



Názov:

**Riadenie rizika destabilizácie
v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti**

Autori:

PhDr. Zuzana Fabianová, MBA

Mgr. Marianna Kličová

PhDr. Andrea Bratová, PhD., MPH

Alena Mochnáčová, DiS., MBA

MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.

doc. PhDr. Martina Žáková, PhD.

Špecializačný odbor:

Ošetrovateľská starostlivosť v komunite

Odborná pracovná skupina:

Dlhodobá starostlivosť

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0191	22. september 2021	schválený	1.október 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

PhDr. Zuzana Fabianová, MBA; Mgr. Marianna Kličová; PhDr. Andrea Bratová, PhD., MPH; Alena Mochnáčová, DiS., MBA; MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.; doc. PhDr. Martina Žáková, PhD.

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; Inštitút zdravotníckej politiky; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: MUDr. Helena Glasová, PhD., doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim.prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Pavol Macho, PhD., MHA; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; MUDr. Mária Murgašová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; MUDr. Martin Vochyan; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr. PhDr. Pavol Tománek, PhD., MHA; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Martin Malina; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných postupov štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

dlhodobá starostlivosť, krehkosť, manažment rizík, komplexné manažérstvo kvality, komplexná ošetrovateľská starostlivosť, ošetrovateľský proces, riziko fatálnej destabilizácie, nástroj zlepšovania kvality, sestra, pacient

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	(ACTIVITY OF DAILY LIVING) – aktivity denného života – test
ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
BMI	(BODY MASS INDEX) – index telesnej hmotnosti
CRP	(C-REACTIVE PROTEIN) – C reaktívny proteín
CQC	(CARE QUALITY COMMISSION) – štátny nezávislý regulátor zdravia a starostlivosti o dospelých vo Veľkej Británii
D	Dych
DOS	dom ošetrovateľskej starostlivosti
EBM	(EVIDENCE-BASED MEDICINE) – medicína založená na dôkazoch
EBN	(EVIDENCE-BASED NURSING) – ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
IS	imobilizačný syndróm
JCI	(JOINT COMMISSION INTERNATIONAL) – Spoločná komisia
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
LDCH	liečebňa pre dlhodobo chorých
L QNRM	(LIVING QUALITY NURSING RISK MANAGEMENT) – percento preživších klientov v riziku destabilizácie
L QNRM EXTREM	(LIVING QUALITY NURSING RISK MANAGEMENT) – percento preživších klientov v najvyššom riziku destabilizácie
LTC	(LONG-TERM CARE) – dlhodobá starostlivosť
MMSE	(MINI MENTAL STATE EXAMINATION) – mini test kognitívnych schopností
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NRD	najvyššie riziko destabilizácie
P	pulz
PDCA	(PLAN-DO-CHECK-ACT) – metóda postupného zlepšovania kvality procesov
PEG	perkutánná endoskopická gastrostómia
PEJ	perkutánná endoskopická jejunostómia
QNRM	(QUALITY NURSING RISK MANAGEMENT) – riadenie rizík zhoršenia zdravotného stavu a fatálnej destabilizácie kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou
RLP	rýchla lekárska pomoc

RZP	rýchla zdravotnícka pomoc
SAK ČR	(SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE ČESKÉ REPUBLIKY) – Spojená akreditačná komisia Českej republiky
Sat. O₂	saturácia kyslíka v krvi
SMK	systém manažérstva kvality
SR	Slovenská republika
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
TK	tlak krvi
TQM	(TOTAL QUALITY OF MANAGEMENT) – komplexné manažérstvo kvality
VRD	vysoké riziko destabilizácie
VVRD	veľmi vysoké riziko destabilizácie
ZP	zdravotná poisťovňa
ZSS	zariadenie sociálnych služieb
ZZS	záchranná zdravotná služba

Destabilizácia – zhoršenie zdravotného stavu, pokračovanie zhoršovania zdravotného stavu, ktoré môže vyústiť do smrti pacienta.

Fatálna destabilizácia – zhoršenie zdravotného stavu, ktoré vedie k úmrtiu pacienta.

Lazar up syndróm – pozitívny zvrät v zdravotnom stave u pacienta s najvyššou mierou rizika destabilizácie.

Riziko fatálnej destabilizácie – stav pacienta predpokladá také zhoršenie zdravotného stavu, ktoré vedie k úmrtiu pacienta (je to súčasne indikácia extrémne náročnej ošetrovateľskej starostlivosti).

Stabilizácia – zlepšenie zdravotného stavu, zastavenie zhoršovania zdravotného stavu, a tým oddialenie alebo odvrátenie predčasnej smrti pacienta.

QNRM (QUALITY NURSING RISK MANAGEMENT) – riadenie rizík zhoršení zdravotného stavu pacienta kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou, jeden z kľúčových ukazovateľov výkonnosti procesov komplexného ošetrovateľského manažmentu pacienta v následnej a dlhodobej starostlivosti.

Kompetencie

Tento ŠDTP je určený manažérom ošetrovateľskej starostlivosti, sestram a ďalším členom multidisciplinárneho tímu:

- v ambulantných a ústavných zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v oblasti následnej a dlhodobej starostlivosti o ohrozených pacientov s rizikom destabilizácie,¹
- zariadeniam sociálnych služieb a sociálno-právnej ochrany a kurately poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť.²

Sestra - manažérka – realizuje priebežné a celkové hodnotenie rizík destabilizácie u všetkých ošetrovaných pacientov, vyhodnocovanie kritérií, posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií pri zhoršení zdravotného stavu, kontrola a aktualizácia prístupov v oblasti zlepšovania kvality riadenia rizík destabilizácie a v rozsahu praxe sestry manažérky stanovenom vo vyhláške MZ SR.¹ Organizačne zabezpečuje ošetrovateľskú starostlivosť, v rozsahu činností sestry pre riadenie ošetrovateľskej praxe.³

Odborný zástupca pre ošetrovateľstvo zodpovedá za dodržiavanie požiadaviek ŠDTP v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti v zdravotníckom zariadení.⁴

Zodpovedná osoba zodpovedá za dodržiavanie požiadaviek ŠDTP v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci (Zákon NR SR č. 351/2017 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa Zákon č. 576/2004, Z. z.).

Sestra s pokročilou praxou – navrhuje a indikuje preventívne opatrenia na zabezpečenie bezpečnosti a stabilizácie zdravotného stavu osoby, indikuje a predpisuje zdravotnícke pomôcky súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti podľa osobitného predpisu, zavádza a hodnotí systém kvality ošetrovateľskej starostlivosti.³

Sestra – zaradenie do indikačného rámca rizika destabilizácie. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta. Ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná metódou ošetrovateľského procesu. Edukácia rodiny v domácom prostredí, opatrovateľského personálu v prostredí ZSS.⁵

Ošetrojúci lekár/lekár - špecialista – medicínsky manažment pacienta.

¹ Zákon 578/2004 Zdravotnícke zariadenie je prevádzkový útvar zriadený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

² **Ošetrovateľská starostlivosť** je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje **sestra** s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu, metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe (Zákon NR SR č. 576/2004, Z. z.).

³ Zariadeniami sociálnej pomoci sú podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov sú zariadenia sociálnych služieb a zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, v ktorých sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť

⁴ Odborný zástupca osobne zodpovedá za odborné poskytovanie zdravotnej starostlivosti v zdravotníckom zariadení. Musí byť v pracovnoprávnom vzťahu alebo obdobnom vzťahu s poskytovateľom. Môže byť určený len pre jedno zdravotnícke zariadenie – nevzťahuje sa na ambulancie a mobilné hospice (Zákon NR SR č. 578/2004)

⁵ Rozsah praxe, ktorú sestra pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti realizuje samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom je uvedený v právnom predpise (vyhláške) MZ SR.

Sociálny pracovník ústavného ZZ – poskytuje základné a špecializované sociálne poradenstvo pacientom a ich rodinám.⁶

Zdravotnícky asistent, sanitár, opatrovatel' – pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na ďalších členov tímu v rozsahu ich odbornej spôsobilosti. Zdravotnú dokumentáciu v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti vedú zdravotnícki pracovníci podľa odborného usmernenia MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie.

Vzhľadom na potrebu multidisciplinárnej starostlivosti odporúčame multidisciplinárny tím rozšíriť o ďalších pracovníkov, napr. **liečebného pedagóga, klinického logopéda a klinického psychológa.**⁷

Úvod

Uspokojovanie potrieb pacientov, ktorí si vyžadujú následnú a dlhodobú starostlivosť alebo starostlivosť sociálnu či podpornú, je zabezpečované v rôznych typoch zariadení. Poslanie zariadení a spektrum ich služieb sa síce líšia, ale v každom z nich existuje celý rad spoločných procesov, ktorých cieľom je uspokojovanie potrieb človeka. K týmto procesom patrí príjem pacienta do zariadenia, rešpektovanie jeho jedinečnosti a jeho práv, vyšetrenie pacientov, plánovanie starostlivosti a služieb a ich poskytovanie, zabezpečenie primeranej edukácie a koordinácie starostlivosti a služieb v rámci zariadenia a medzi jednotlivými zariadeniami.

Vydanie Medzinárodných štandardov pre dlhodobú starostlivosť bolo významným medzníkom v snahách Joint Commission International (JCI), ktorej cieľom bolo vypracovať štandardy pokrývajúce spektrum zdravotnej starostlivosti poskytovanej na celom svete. Medzinárodné štandardy pre dlhodobú starostlivosť boli vypracované prostredníctvom medzinárodných expertných panelov a následne boli štandardy samotné ako aj metodika ich naplnenia a hodnotenia overené v mnohých krajinách sveta. Základným princípom týchto štandardov je maximálny dôraz kladený na aktivitu príslušného zariadenia pri úprave jednotlivých činností, či už formou interného predpisu, alebo vytvorením konsenzuálneho postupu (JCI, 2005; posledná aktualizácia 2012). V zariadení, ktoré sa usiluje o kvalitu, prebieha zber a analýza objektívnych dát o kvalite (indikátorov kvality). Aby sa sledovanie dát stalo skutočne účinným nástrojom zvyšovania kvality, musia byť získané informácie použité pre ďalšie zlepšovanie (SAK ČR, 2009; in Plevová, 2012).

⁶ Ak ústavné zdravotnícke zariadenie poskytuje zdravotnú starostlivosť na oddelení pediatrickom, geriatrickom, doliečovacom, psychiatrickom, medicíny drogových závislostí, gynekológie a pôrodnictva alebo dlhodobou starostlivosťou chorých, musí mať v pracovnoprávnom vzťahu sociálneho pracovníka na podporu zmierňovania alebo odstraňovania sociálnych dôsledkov zdravotnej situácie pacienta v súvislosti s hospitalizáciou a prepustením (Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení).

⁷ Liečebný pedagóg: psychoedukácia, prevencia, liečebno-pedagogická diagnostika a liečba, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť v rámci svojich kompetencií.

Vážne a dlhodobo chorí seniori sú jednou z najzraniteľnejších skupín pacientov – nedokážu sa dožadovať pomoci, či starostlivosti, často nedokážu ani poskytnúť spätnú väzbu, a preto požiadavka na etický prístup profesionálov sa javí byť zvlášť výraznou. Je tu riziko, že ak táto téma nebude dostatočne otváraná, môže sa na túto skupinu pacientov v politikách zabudnúť alebo sa môže stať okrajovou témou, napriek tomu, že spoločenské vedomie jasne inklinuje k pomoci bezvládnym.

Problematika ochorení, problémov súvisiacich s vysokým vekom je zložitá a vyžaduje si odborné predpoklady a kompetencie. Optimálne nastavenie procesov v organizáciách, vzhľadom na komplexnosť, no zároveň vysoký spoločenský význam témy by nemalo byť improvizáciou. Manažment starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých by mal byť cieľovým uplatňovaním overených prvkov efektívneho riadenia organizácie v kontexte komplexného manažérstva kvality a spoločenskej zodpovednosti (Fabianová, 2018).

V rámci kritického posudzovania kvality komplexnej starostlivosti je potrebné sa sústrediť na merateľné výsledky starostlivosti, ktoré sú kľúčové a najlepšie reflektujú komplexnosť starostlivosti o krehkých seniorov a sú zároveň východiskom pre zlepšovanie procesov vnútri organizácie:

- celkovú stabilizáciu, zlepšenie stavu pacienta,
- počet fatálnych destabilizácií (úmrtí),
- počet dní hospitalizácie v nemocnici z dôvodu zhoršenia zdravotného stavu, pri súčasnej objektivizácii individuálnym meraním rizika destabilizácie (Fabianová, 2019).

Ciele štandardu:

- zaviesť inovatívny nástroj manažérstva kvality a bezpečnosti v oblasti následnej a dlhodobej starostlivosti,
- znížiť počet odvrátiteľných fatálnych destabilizácií (úmrtí),
- znížiť počet odvrátiteľných hospitalizácií,
- podporiť meranie kľúčových výsledkov a tým vývoj kvality dlhodobej starostlivosti,
- zlepšiť a rozvíjať pripravenosť pracovísk dlhodobej starostlivosti, predchádzať zhoršeniu zdravia pacientov,
- odbremeniť nemocnice, redukovať riziko kolapsu nemocníc v súvislosti s pandémiou,
- znížiť vynakladané prostriedky zdravotných poisťovní pri efektívnom využití odborného potenciálu sestier a ďalších odborných zamestnancov.

Tento štandard bol vytvorený na základe:

- štúdií a medzinárodných odporúčaní,
- odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných autorít,
- nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax,
- poznatkov z oblastí potrieb a rizík krehkých seniorov,
- princípov komplexného manažérstva kvality v kontexte spoločenskej zodpovednosti,

- klinicky overených skúseností v slovenskej praxi na pracoviskách dlhodobej starostlivosti (ďalej len „pracoviská LTC“).⁸

Vzhľadom na stav dlhodobej starostlivosti v SR v čase predkladania tohto štandardu (prebiehajúca tvorba legislatívy avizovanej reformy dlhodobej starostlivosti), predkladaný štandardný postup má odporúčací charakter – teda nie je záväzným dokumentom, no môže byť použitý ako:

- nadstavba existujúcej legislatívy a platných ŠDTP v praxi pracoviska,
- dobrovoľný nástroj pokračujúceho rozvoja kvality poskytovanej starostlivosti v rámci organizácie/pracoviska,
- opora v rozlíšení úrovne pracoviska v oblasti implementovania manažérstva kvality zo strany ZP, prijímateľov starostlivosti a pod.

V textoch sú prístupy, ktoré sú zároveň indikátorom plnenia štandardu označené symbolom ◇.

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní je aplikované v obmedzenej miere, z dôvodu, že v oblasti riadenia rizík v dlhodobej starostlivosti na základe analýzy a meraní destabilizácií a ďalšieho rozvoja organizácií na úrovni riadenia organizácií, štatisticky významné prínosy nateraz nie sú dostupné. Riadenie rizika destabilizácie v kontexte rozvoja starostlivosti nezapadá do rámca EBM, z dôvodu, že vývoj a použitie EBM v tejto oblasti nie je podložený kvalitnými pozorovacími štúdiami konkrétnych intervencií na úrovni riadenia manažérstva kvality pracovísk s definovanými výstupmi. Z uvedených dôvodov dokument neaplikuje hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní v kontexte EBM/EBN.

Pre riešenie problému krehkosti zatiaľ neexistuje žiadna špeciálna štandardná liečba, avšak na boj proti krehkosti je potrebné vyvinúť vysoko kvalitné a efektívne stratégie zdravotnej starostlivosti. Aj keď už boli vyvinuté a preskúmané rôzne typy intervenčných modelov, väčšina zistení nie je presvedčivých a existuje v nich značná miera heterogenity, pokiaľ ide o optimálny typ intervencie, veľkosť vzorky, charakteristiku populácie, prostredie, východiskový stav krehkosti, definíciu krehkosti a výstupov. V súčasnosti preto nie je možné dospieť k záveru, ktorá intervencia je najefektívnejšia a najvhodnejšia. Celkovo sa ukázalo, že intervenčné štúdie s viacerými doménami, ktoré boli uskutočňované opakovane, mali v porovnaní s intervenciami s jednou doménou alebo v porovnaní s kontrolovanými intervenciami niektoré priaznivé účinky (aj keď nie všetky). Spomedzi rôznych meraní výstupov sa bežne skúmali funkčná schopnosť, zdravotné postihnutie a pády, zatiaľ čo iba obmedzený počet štúdií skúmal ako výsledok zmenu stavu krehkosti. Aj keď stále nie je jasné, ktorá intervencia je najefektívnejšia, cvičebné programy, najmä viaczložkové

⁸ Vývoj metodík merania a riadenia rizika destabilizácie v kontexte komplexného manažérstva kvality na pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slnecný dom v Humennom) a ďalších pracoviskách zapojených **do projektu Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu (národná úroveň)**

cvičenie vrátane odporového tréningu, boli kontinuálne úspešné a zdá sa, že v prevencii krehkosti zohrávajú kľúčovú úlohu (Kojima et al, 2019).

Prevencia

Úroveň kvality služieb v oblasti starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých seniorov determinuje celá škála faktorov. Ktorýkoľvek zlyhávajúci faktor môže vážne ohroziť celý výstup starostlivosti. Ošetrovatel'stvo je zamerané predovšetkým na zdravie a plní funkciu prevencie vzniku chorôb a ochrany zdravia. Sestry sa svojou činnosťou a konkrétnymi ošetrovatel'skými intervenciami výrazne podieľajú na prevencii na všetkých jej úrovniach: primárnej, sekundárnej, terciárnej a kvartérnej. Terciárna prevencia sa pritom uplatňuje v situácii, keď sa už ochorenie prejavilo, bola začatá alebo už prebieha liečba. Jej cieľom je zmierniť, obnoviť zdravie, prípadne zmierniť následky chorôb (Eliášová, 2016).

Charakteristika demografického vývoja starnutia populácie je zreteľná i vzhľadom k pribúdajúcemu počtu seniorov a zároveň zvyšujúcim sa počtom dlhovekých osôb. Sestry vykonávajú holistickú a obetavú prácu s plným nasadením a vysokou mierou profesionality. Pacienti sú v seniorskom veku vo väčšine prípadov polymorbídni, preto je kvalitná profesionálna príprava na starostlivosť o nich nesmierne dôležitá. V modernom ošetrovatel'stve predstavuje sestra nenahraditeľnú, profesionálnu a chápacú odborníčku, ktorá musí, podobne ako iné profesie poskytujúce zdravotnú starostlivosť, rešpektovať holistický prístup k pacientom a taktiež akceptovať populačné hľadisko pri jej poskytovaní (Bratová, 2015a).

Komplexná ošetrovatel'ská starostlivosť založená na prevencii tvorí významnú súčasť profesionálnej starostlivosti o zdravie bezvládných seniorov. Adekvátnym uspokojovaním potrieb, včasným, aktívnym, komplexným prístupom je možné výrazne podporiť úspešnosť ozdravného procesu, no predovšetkým predchádzať zbytočným a vážnym komplikáciám. Nedostatok ošetrovatel'skej starostlivosti, nedostatočný manažment pacienta, podcenenie rizík spôsobuje destabilizáciu a predčasnú smrť pacienta.

Stabilizácia a zlepšenie kvality života rizikových seniorov predpokladá činnosti, prioritne k zvládnutiu akútnych, život ohrozujúcich rizík, liečby rán, zlepšenia stavu nutrice. Tieto a mnohé ďalšie intervencie je potrebné individuálne plánovať, realizovať, hodnotiť ich efekt.

Včasnú a kontinuálnu poskytnutie primeranej zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu a forme môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta (Fabianová, 2014).

Kontrola kvality poskytovanej starostlivosti metódami definovanými v tomto ŠDTP slúži predovšetkým na celkovú prevenciu výskytu závažných chýb, nedostatkov pri poskytovaní starostlivosti v praxi pracoviska. Výsledné kritériá sú monitorované v rámci pravidelného hodnotenia výkonnosti kľúčových procesov, ako sú napríklad príjem pacienta a komplexná zdravotná (a sociálna) starostlivosť (Fabianová, 2019).

Epidemiológia

Podľa Hoogendijk et al. (2019) a Kojima et al. (2019) sa prevalencia krehkosti v jednotlivých štúdiách pohybuje od 4 do 59 % (z dôvodu chýbajúcej štandardizácie konceptov alebo hodnotiacich nástrojov). Systematické prehľady naznačujú, že prevalencia krehkosti je u osôb v dlhodobej starostlivosti vrátane domov ošetrovateľskej starostlivosti 53 %. Prevalencia krehkosti je vyššia u žien a stúpa s vekom. Vyššia miera prevalence je ďalej u ľudí so špecifickými chorobami alebo stavmi, ako sú pacienti so srdcovým zlyhaním (45 %), onkologickým ochorením (42 %), v konečnom štádiu ochorenia obličiek (37 %), s Alzheimerovou chorobou (32 %), ako aj v nižších sociálno-ekonomických skupinách (napr. u osôb s nižším vzdelaním alebo nízkym príjmom) a u etnických menšín.

Na Slovensku pribúda počet osôb v dlhodobom riziku zhoršenia zdravotného stavu – seniori s ranami, dekubitmi, podvyživení, ohrození infekciou, rozvojom kontraktúr atď. Dôvodom je stúpajúci vek, demografický vývoj, pribúdanie seniorov vo fáze imobility, nesebestačnosti, s početnými vážnymi ochoreniami. Sériá prítomných chorôb, rizík v kombinácii s neschopnosťou nielen samostatne uspokojovať, ale často aj dožadovať sa uspokojovania základných potrieb determinuje očakávané zhoršovanie zdravotného stavu a predčasnej smrti. Podľa Eliášovej (2016) je približne 30 % seniorov indikovaných pre dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť z dôvodu krehkosti a úplnej závislosti.

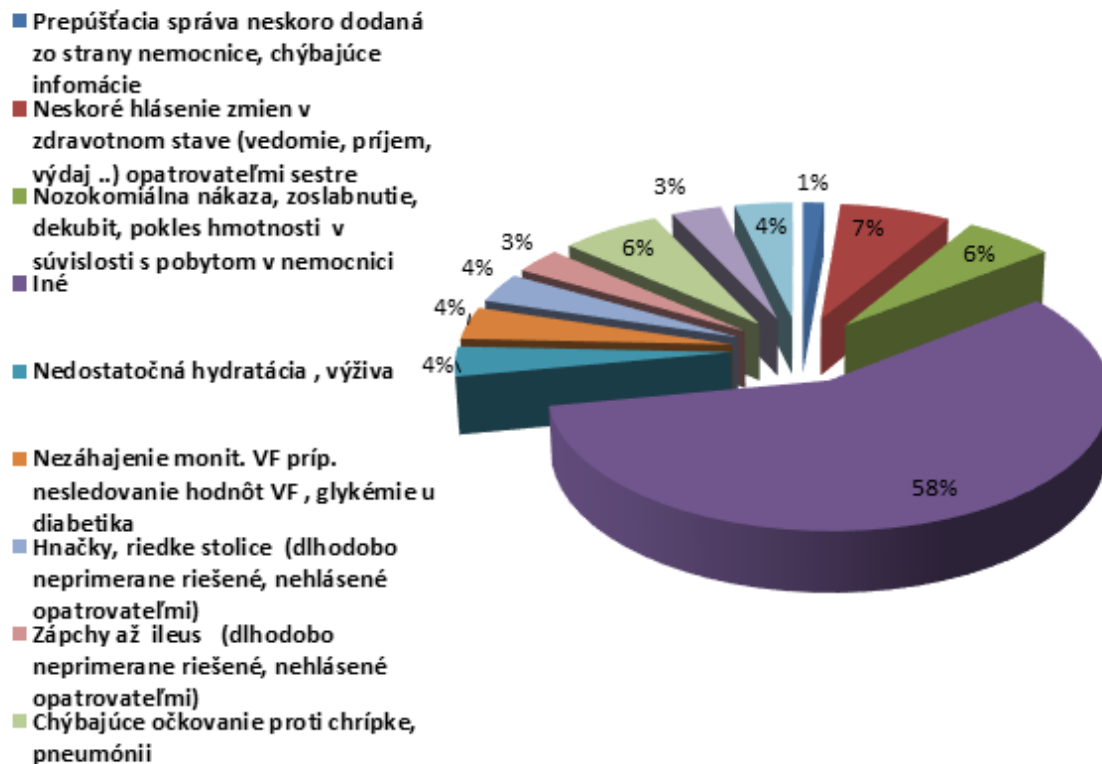
Krehkí seniori sú vystavení zvýšenému riziku predčasnej smrti a rôznych negatívnych zdravotných následkov, vrátane pádov, zlomenín, zdravotného postihnutia a demencie. To všetko môže mať za následok zlé kvalitu života a vyššie náklady a využívanie zdrojov zdravotnej starostlivosti, ako napr. pohotovostné služby. Návštevy lekárov primárnej starostlivosti, hospitalizácie a ústavná starostlivosť. Viaceré štúdie využívajúce kohorty komunit seniorov ukázali, že náklady na zdravotnú starostlivosť krehkých sú niekedy niekoľkonásobne vyššie ako náklady na nie krehkých jedincov (Kojima et al., 2019). Seniorov môže zruťiť jeden malý stimul, naproti jednému stavebnému prvku a snaha udržania špecifických životných funkcií seniorov včas, je takmer profylaxiou bez väčších výkyvov (Drábková, 1997; In Bratová, 2015b).

Kritická analýza faktorov zhoršenia poukazuje na veľký počet možných príčinných súvislostí. Mnohé z nich priamo súvisia s nedostatočne nastavenými procesmi, neefektívnou organizáciou činností, za ďalšími sa skrývajú nedostatky v komunikácii a v informačných tokoch medzi jednotlivými prvkami v rámci komplexného zabezpečenia starostlivosti – fenomén chýbajúcej integrity starostlivosti o zdravie, nedostatočná kontrola, absencia zastrešenia zodpovednosti za koordináciu úkonov v prospech zdravia pacienta, „domino efekt“ zbavovania sa zodpovednosti, profesionálny alibizmus (napr. „sestry čakajú na inštrukcie zo strany lekára, lekár sa spolieha na sestry“).

Podceňujú sa tiež psycho - sociálne riziká. To je len niekoľko z príčinných faktorov odstrániteľnej fatálnej destabilizácie. Na základe realizovaného prieskumu na pracoviskách poskytujúcich ošetrovateľskú starostlivosť pacientom v riziku destabilizácie, najčastejšími možnými príčinnými súvislosťami destabilizácie (Graf č. 1) bolo neskoré hlásenie zmien v zdravotnom stave službukonajúcej sestry, absencia očkovania proti chrípke, pneumónii,

nozokomiálna nákaza, zoslabnutie, dekubit, pokles hmotnosti v súvislosti s pobytom v nemocnici, nedostatočná hydratácia, podvýživa, nedostatočné sledovanie hodnôt vitálnych funkcií, glykémia u diabetika. Kategória „iné faktory“ tvorí až 58 % z celkového počtu zistení, čo svedčí o variabilite príčinných faktorov destabilizácií (Fabianová, 2019).

Graf č. 1: Možné príčinné súvislosti destabilizácie (Fabianová, 2019)



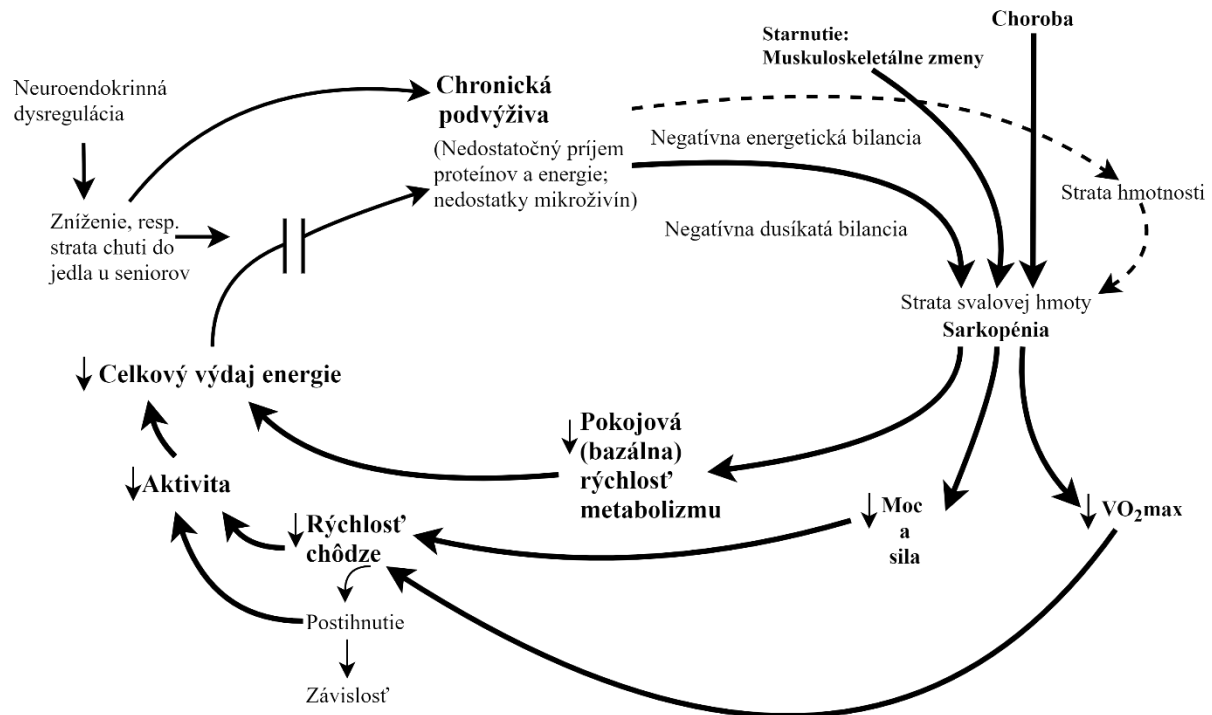
Patofyziológia

Koncept krehkosti (Frailty) bol prvýkrát popísaný a definovaný Fried et al. (2001) v rámci The Cardiovascular Health Study. Syndróm (geriatrickej) krehkosti je patofyziologický jav spojený so starnutím, ktorý nie je pevne zviazaný s vekovou hranicou, aj keď jeho vyšší výskyt môžeme sledovať skôr od 8. decénia. V rozvoji syndrómu krehkosti zohráva dôležitú úlohu starnutím podmienená dysregulácia, najmä neuroendokrinného a muskuloskeletálneho systému, ako aj zmeny v metabolických procesoch a zápalovej aktivite (zvýšený leptín a cholecystokinín, inzulínová rezistencia, zvýšený kortizol, znížený rastový hormón, IGF-1 a pohlavné hormóny, zvýšený CRP, IL-6 a TNF- α , znížená aeróbna kapacita, maximálna spotreba kyslíka, bazálny metabolizmus a celkový energetický výdaj (Obrázok č. 1, in Hoozová, 2014 podľa Fried et al., 2001).

Záverečná fáza (geriatrická deteriorácia) býva v zahraničí označovaná syndrómom zlyhania z prospievania dospelých (geriatric failure to thrive). Syndróm krehkosti nemožno liečiť, možno ho intervenovať, pričom ide o zásadnú interdisciplinárnu tému (oblasť fyzickej stránky, psychika pacienta, jeho sociálny stav, životná motivácia a spontaneita). Krehkosť nie je

synonymom multimorbidity ani disability: multimorbidita je jednou z jej etiologických zložiek a disability jej dôsledkom (Kabelka, 2017).

Obrázok č. 1: Začarovaný kruh pri patofyziológii krehkosti spôsobený súhrou energetickej dysregulácie a zhoršenými fyziologickými funkciami systémov (Hoozová 2014 podľa Fried et al., 2001)



Klinický obraz a diagnostika krehkosti

Podľa Holmerovej (2014) syndróm krehkosti (frailty) predstavuje komplexný geriatrický syndróm, ktorý je charakterizovaný významným úbytkom funkčných rezerv, kompenzačných a adaptačných mechanizmov a zvýšenou vulnerabilitou voči vonkajším či vnútorným stresorom. Syndróm krehkosti v užšom slova zmysle zahŕňa predovšetkým výraznú a neúmyselnú stratu hmotnosti, redukcii svalovej hmoty, s ktorým súvisí spomalenie chôdze, pocit únavy, či rýchlejšia unaviteľnosť. Zhoršené sú tiež kognitívne funkcie. Nastupuje depresívnosť, strata motivácie, poruchy spánku. Stav akcentujú zmyslové poruchy.

Ako uvádzajú Dent et al. (2019) k diagnostike syndrómu krehkosti sa v súčasnej klinickej praxi a vo výskume používa mnoho nástrojov, z ktorých k najbežnejšie používaným patrí fenotyp krehkosti (frailty phenotype) a index krehkosti (frailty index). Fenotyp krehkosti je určený pomocou tzv. FRAIL TEST pozostávajúci z 5 otázok, pričom tri a viac bodov (odpoveď „áno“) svedčí pre krehkosť a 1 - 2 znamená vyššie riziko (pre-frailty):

- Cítite sa často unavený?
- Máte ťažkosti so stúpaním po schodoch (niekoľko, 5 - 10 schodov)?
- Máte ťažkosti s chôdzou okolo jedného bloku domov?
- Máte viac ako 5 chorôb?
- Schudli/-a ste viac ako 5 % váhy v poslednom polroku? (Holmerová, 2014).

Klasifikácia rizík destabilizácie

Krehkosť bezvládneho seniora je definovaná celým spektrom rizík. Pre mnohé riziká pritom platí, že aj keď sa už parciálne naplnili, senior neprestáva byť ohrozený ich zhoršovaním. V starostlivosti je preto nevyhnutné orientovať sa nielen na riešenie už existujúceho problému, ale zároveň aj na posilnenie nástrojov prevencie. Problematika rizík je pritom nesmierne rozsiahla a jej zložitosť umocňuje fakt, že akékoľvek riziko súvisí s ďalším, jedno riziko, jeho prítomnosť, potencuje sériu ďalších ohrození (Tabuľka č. 1). Typická je tiež naliehavosť, latentný priebeh, nízky a často nulový potenciál pacienta verbalizovať súvisiace ťažkosti.

Okrem vážnych rizík súvisiacich s uspokojovaním biologických potrieb, ako je napríklad riziko dehydratácie, podvýživy a pod., sú tu mnohé ďalšie riziká patofyziologického charakteru (riziko embólie, pneumónie, rozvoja imobilizačného syndrómu), či riziká súvisiace s poruchou kognitívnych funkcií (riziko blúdenia, úrazu, pádu), no tiež hrozby psychosociálneho charakteru (riziko depresie, smútku, neprimeranej adaptácie a pod.) (Fabianová, 2018).

Najčastejšie ošetrovateľské problémy a riziká v dlhodobej starostlivosti

Riziko malnutrície

Vysoko rizikovou skupinou sú gerontologickí pacienti, ktorí tvoria najväčšiu skupinu malnutríciami ohrozených osôb (Kapounová, 2007). Malnutrícia nie je častá iba u pacientov pred prijatím do nemocnice. Približne 30 % prípadov sa vyvinie v nemocnici ako iatrogénna malnutrícia. U 70 % pacientov, ktorí prichádzajú do nemocnice už s rôznym stupňom malnutrície, sa v priebehu pobytu v nemocnici stav malnutrície výrazne zhorší. U 3 - 4 % hospitalizovaných je malnutrícia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie k smrti pacienta (Zadák, 2002). Podľa Lukáša (2014) seniori vo veku nad 75 rokov sú malnutríciami postihnutí v 50 až 80 %.

Poruchy emotivity a správania

Behaviorálne a psychické príznaky sa vyskytujú takmer vždy pri stredných a ťažkých demenciách. Patria medzi ne predovšetkým poruchy správania, pridružené psychotické poruchy, poruchy emotivity a poruchy cyklu bdenie-spánok (až spánková inverzia). Poruchy správania pritom narastajú až do ťažkých štádií a podôb spojených s agresivitou proti predmetom a osobám, častými útekmi, potulovaním sa, upútavaním pozornosti, neúčelnými aktivitami (Lukáš, 2014).

Imobilizačný syndróm


Imobilizačný syndróm je charakterizovaný ako celková odozva organizmu na kľudový režim. Jedinec je v súvislosti s imobilitou ohrozený poškodením jednej alebo niekoľkých orgánových sústav (Vytejková, 2011). Podľa Kalvacha (2008) je imobilizačný syndróm klasický geriatrický syndróm, ktorý je odrazom závažnej akútnej dekompenzácie zdravotného stavu a terminálnej fázy geriatrickej krehkosti. Najvýraznejšie zmeny počas dlhodobej imobility sa prejavujú na kostrovom a svalovom systéme (Kozierová, 2004). Podľa Vytejkovej (2011) prvé následky imobility sa môžu začať objavovať už po niekoľkých hodinách pripútania na lôžko a k patologickým zmenám dochádza už v priebehu 7 dní. Svalová sila u imobilného pacienta v priebehu 4 - 6 týždňov klesá až o 40 % (Kalvach, 2008). Z hľadiska komplexného preventívneho prístupu v kontexte efektívneho ošetrovateľského manažmentu rizika, je

potrebné uvedomiť si rozvoj komplikácií a manifestáciu príznakov IS spadajúcim k jednotlivým orgánovým systémom: kardiovaskulárny systém, dýchacie ústrojenstvo, gastrointestinálny trakt, pohybový systém, kosti, psychika, kožná integrita (Kapounová, 2007).

Riziko vzniku a prítomnosť dekubitov

Napriek pokroku dekubity zostávajú stále vážnym problémom so značným medicínskym, spoločenským, sociálnym a ekonomickým rozmerom. Výrazne komplikujú starostlivosť o pacienta, zvyšujú riziko infekčných ochorení, spôsobujú bolesť a utrpenie, dokonca môžu ohroziť pacienta na živote. Generujú značné finančné náklady pre zdravotnícky a sociálny systém. Podľa výsledkov skúmania v SR (Krajčík, Bajanová, 2012) u pacientov pripútaných na lôžko minimálne týždeň sa dekubity zistia u 7,7 %. Najviac ohrození, až v 70 %, sú ľudia starší ako 70 rokov. Vysoký výskyt je na oddeleniach dlhodobej starostlivosti (1/4 až 1/3 pacientov), z toho na geriatrických oddeleniach u 11,5 % a na LDCH 15,7 % pacientov, u 12 - 13 % obyvateľov zariadení sociálnych služieb vznikne dekubitus v priebehu jedného roka. Najvyšší výskyt je u pacientov s kvadraparézou 33 - 60 % a odkázaných na invalidný vozík 25 %. Udáva sa, že skutočný výskyt dekubitov v SR je 20-krát vyšší pri aktívnom pátraní, ako je oficiálne udávaný výskyt. Alarmujúce je, že výskyt dekubitov sa neznižuje. Pre starnutie obyvateľstva, zmeny demografických parametrov a štruktúry ochorení sa tento problém v celosvetovom meradle stupňuje.

Tabuľka č. 1: Klasifikácia rizík destabilizácie na základe hodnotiacich škál (Fabianová, 2019, str. 39)

 Klasifikácia rizík destabilizácie na základe hodnotiacich škál			
Hodnotiaca škála	Oblasť posúdenia	Veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD)	Najvyššie riziko destabilizácie (NRD)
ADL skóre	sebestačnosť v každodenných činnostiach, úroveň sebaopatery	45 – 60 bodov	0-40 bodov
MMSE skóre	kognitívne funkcie	11 - 20 bodov	0-10 bodov
Northonovej škála	riziko vzniku dekubitov	14 – 18 bodov	9-13 bodov

Diagnostika / Postup určenia diagnózy

Zaradenie do indikačného rámca rizika destabilizácie

Do indikačného rámca tohto štandardu spadá bezvládnny pacient v riziku pokračujúceho zhoršenia zdravotného stavu na základe klasifikácie rizík destabilizácie (Tabuľka č.1).

◇ Sestra určuje riziko destabilizácie pri využití hodnotiacich škál: ADL, MMSE a Northonovej škály, pričom ktorákoľvek z týchto škál môže pacienta indikovať do rizika fatálnej destabilizácie.

◇ Sestra posúdi riziko destabilizácie ako vysoké, ak na základe hodnotiacej škály pacienta zaradí do jednej z nasledovných kategórií:

- veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD),
- najvyššie riziko destabilizácie (NRD) (Fabianová, 2019).

Plánovanie a realizácia

A. Činnosti úspešného riadenia rizika destabilizácie (odporúča sa):

- pátranie po ukazovateľoch destabilizácie v období pred prijatím pacienta,
- pred prijatím požadovaním indikátorov stabilizácie (krvné testy),
- príjem skúsenými sestrami pracoviska,
- angažovanosť sestry – manažérky ošetrovateľskej starostlivosti pri každom príjme,
- príjem orientovaný na identifikáciu typických rizík a plánovanie vhodných intervencií (Fabianová, 2019).

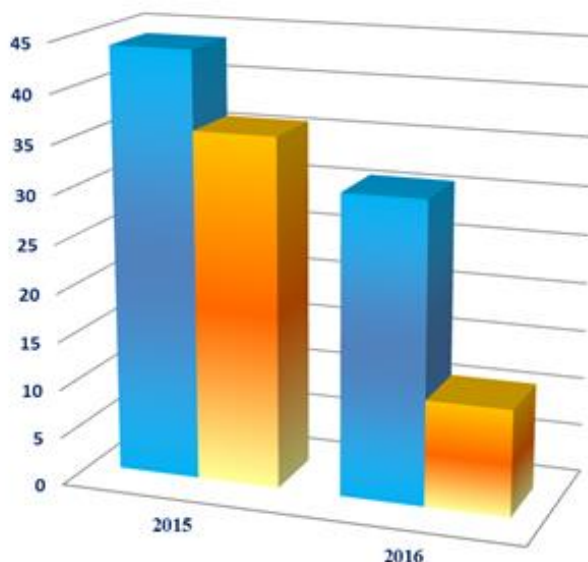
Pozn. podrobnejšie pozri v kapitole Ďalšie odporúčania.

B. Hodnotenie riadenia rizika destabilizácie

Vývoj meraní destabilizácií na pracoviskách LTC

Destabilizácie sú na pracoviskách LTC merané od roku 2015, kedy sa zároveň začala tvoriť a skúmať metodika k riadeniu rizika destabilizácie. Metodika sa postupne vyvíja a v súčasnosti obsahuje celý rad opatrení, ktoré oddiaľujú predčasné úmrtie. Zavedenie meraní malo bezprostredný, výrazný efekt (Graf č. 2).⁹

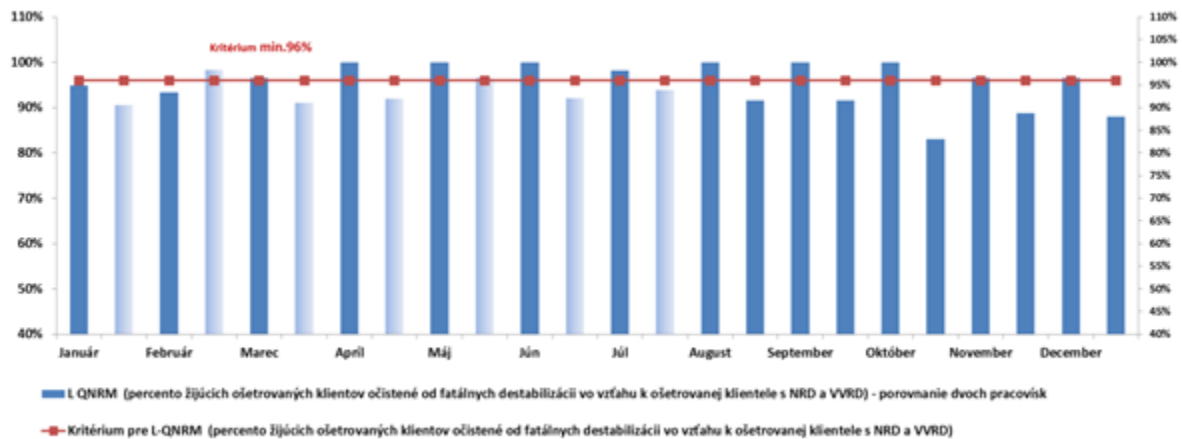
Graf č. 2: Vývoj počtu destabilizácií v iniciálnej fáze – komparácia dvoch pracovísk LTC (Fabianová, 2019, str. 32)



⁹ Metodika rizika destabilizácie zdravotného stavu klienta je významným vnútorným dokumentom pracovísk LTC, ktorý definuje najproblémovejšie oblasti starostlivosti, slabé miesta, ktoré v hodnotenom období mohli súvisieť s destabilizáciou, pretože v praxi sa na ne zvyklo zabúdať a zároveň definuje nové nástroje, ktoré pomáhajú kompenzovať tiež nedostatky v externom prostredí LTC pracovísk.

V súlade s PDCA cyklom bola metodika hodnotenia riadenia rizika opakovane prehodnocovaná a aktualizovaná. V ďalšej etape boli hodnotené iba fatálne destabilizácie, teda také zhoršenia, ktoré vyústia do smrti pacienta. Na druhej strane boli hodnotenia rozšírené o sledovanie počtu dní hospitalizácií v nemocnici a výskyt Lazar up syndrómu. Tieto tri výsledky boli hodnotené vždy vo vzťahu k objektivizovaného riziku destabilizácie¹⁰ (Fabianová, 2019).

Graf č. 3: Trend prežívania rizikových pacientov v r. 2020 – komparácia dvoch pracovísk LTC (Fabianová, 2021, str. 31)



◇ Sestra - manažérka, resp. ňou poverená sestra (ďalej len „manažérka“):

- realizuje posúdenie rizika, hodnotí priebežne a po ukončení mesiaca,
- pracuje so zoznamom rizikových ošetrovaných pacientov,
- kontroluje menný zoznam a individuálne riziko u pacienta – hodnotenie rizika a dosiahnutý počet bodov/skóre,
- aplikuje aj poznámkový zošit, v ktorom vyhodnocuje riziko, robí si poznámky, môže použiť aj hodnotiace škály,
- v tabuľke pre daný mesiac uvedie ďalšie premenné: LAZAR UP syndróm, počet dní hospitalizácie a počet fatálnych destabilizácií a na základe týchto údajov sa generuje sumárny vývoj v grafe, ktorý prekontroluje.¹¹

Ako LAZAR UP syndróm je pomenované každé výrazné zlepšenie predtým veľmi vážneho stavu, pričom u takýchto pacientov pozorujeme napríklad:

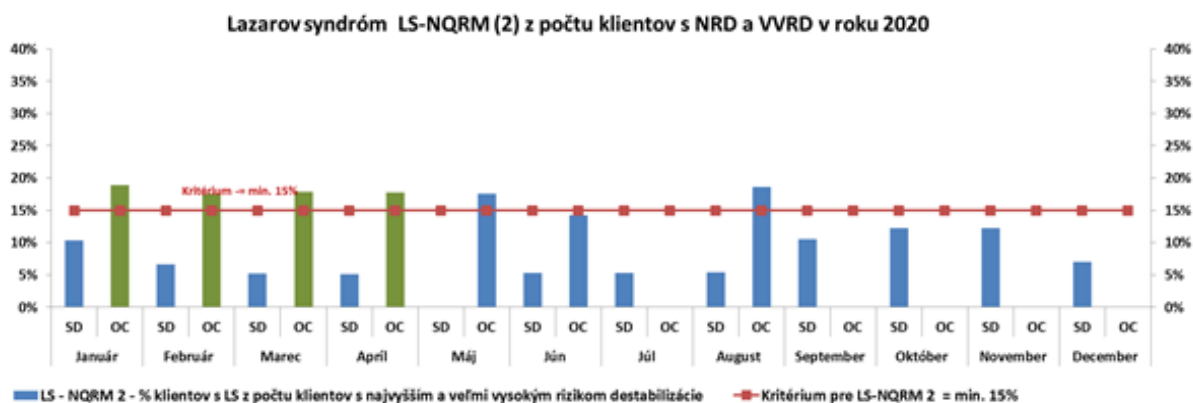
- prejavy zlepšenia, úpravu prejavov alebo aspoň zastavenie progresie ochorenia,
- stabilizovanie vitálnych funkcií,
- pokles/úpravu zápalových parametrov,
- zlepšenie laboratórnych výsledkov napr. močoviny, kreatinínu, kália,

¹⁰ Cieľom bolo objektivizovať merania tak, aby riadenie rizika destabilizácie bolo hodnotené vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie. Riziko destabilizácie bolo objektivizované sumárnym použitím troch známych škál hodnotenia rizika v ošetrovatelstve.

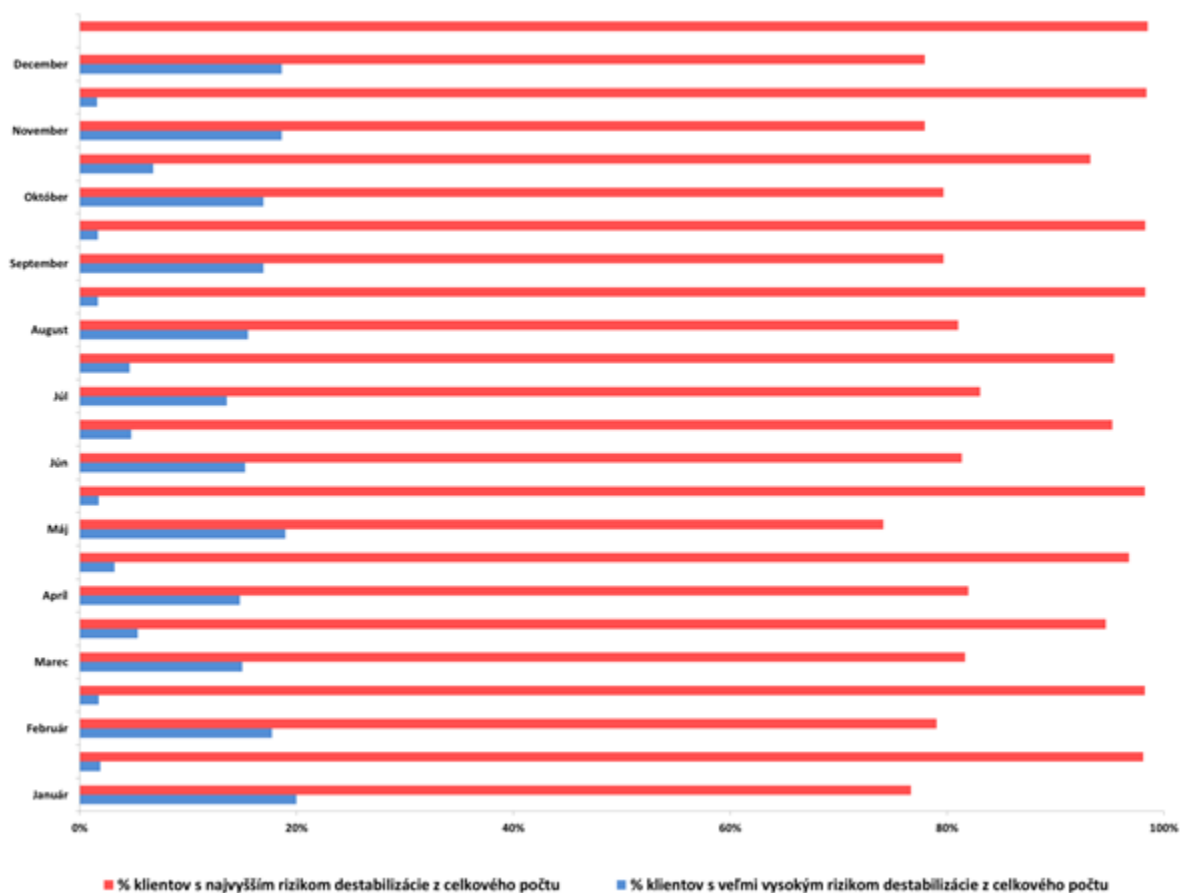
¹¹ Zvládnutie rizika destabilizácie je vždy hodnotené vo vzťahu k prítomnému riziku, pričom platí priama úmera – vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií. Riziko destabilizácie sa ráta ako percento, respektíve pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu klientov.

- zastavenie chudnutia alebo nárast hmotnosti,
- úprava laboratórnych ukazovateľov malnutricie/zastavenie zhoršovania výsledkov,
- zlepšenie psychického stavu a komunikácie,
- nárast záujmu klienta o okolie (Fabianová, 2019).

Graf č. 4: Vývoj LAZAR UP syndrómu klientov s najvyšším a veľmi vysokým rizikom destabilizácie v roku 2020 – komparácia dvoch pracovísk LTC (Fabianová, 2021, str. 31)



Graf č. 5: Pomer pacientov podľa posúdenia miery rizika za rok 2020 – komparácia dvoch pracovísk LTC (Fabianová, 2021, str. 31)



Prognóza

Na kvalitnú starostlivosť v prostredí dlhodobej starostlivosti vplýva veľa faktorov. Podporná organizačná kultúra, silné vedenie, vhodný personál a personálne zabezpečenie, efektívne školenie a profesionálny rozvoj zamestnancov sú základné prvky potrebné na ovplyvnenie kvalitnej starostlivosti v prostredí dlhodobej starostlivosti (Silvestre – Bowers – Gaard, 2015).

Všeobecne uznávanou zásadou úspešného manažmentu je meranie oblastí, ktoré chceme zlepšovať, vyvíjať. Predpokladáme, že každé pracovisko, ktoré bude meranie úspešnosti vyjadrené QNRM skóre realizovať, bude zároveň cielene hľadať také spôsoby v organizácii práce, ktoré budú viesť k zlepšovaniu výsledkov. Vyhodnocovanie úmrtí a počtu dní hospitalizácie, a tiež prípadov významného zlepšenia zdravotného stavu, prináša benefity všetkým zainteresovaným stranám. Kľúčovým úspechom je pacient v stabilizovanom stave, ktorý je pod trvalou kontrolou pozorného ošetrojúceho personálu. Ďalším žiaducim efektom je už spomínaný tlak na analýzy, kritické sebahodnotenie, rozvoj inovácií vnútri každej zapojenej organizácie. V súlade s princípmi totálneho manažérstva kvality je potrebné sa zameriavať predovšetkým na výsledky, nie na procesy, činnosti ako také. Dôležitým nástrojom dosiahnutia kvality sú štandardy kvality pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta. Úspešná implementácia štandardov môže priniesť výrazné zlepšenie kvality, ktoré predpokladá zlepšenie výsledkov starostlivosti. Orientácia na výsledky je najistejšou cestou k dosiahnutiu cieľov a národné štandardy popri meraniach výstupov zohrávajú úlohu nástroja ich dosiahnutia. Výsledkovo orientovaný manažment organizáciu nabáda štandardy prehodnocovať, tvorivo vyvíjať a zabezpečiť ich dodržiavanie v praxi pri súčasnom vytváraní podmienok na ich používanie (Fabianová, 2019).

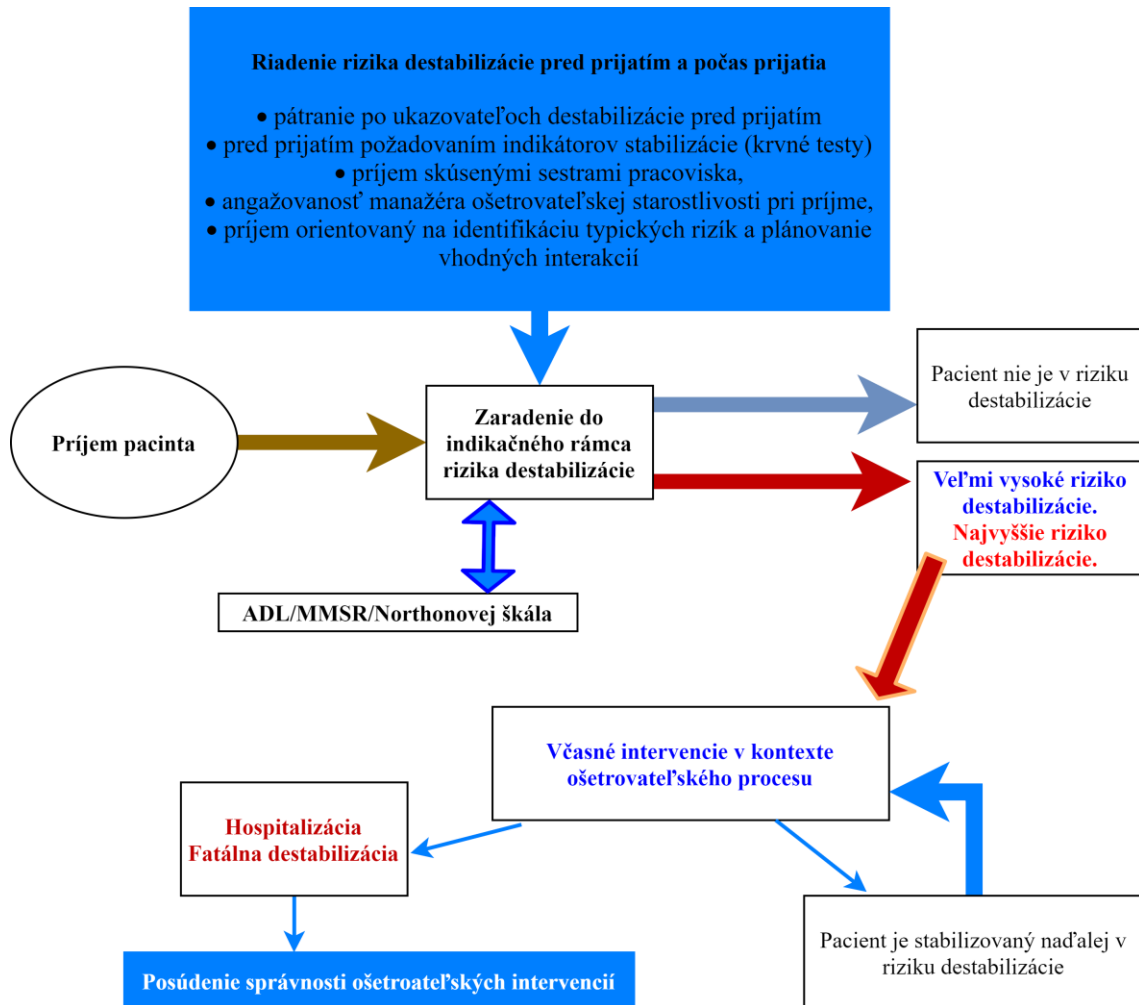
Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti je povinný nepretržite zabezpečovať systém kvality na dodržiavanie a zvyšovanie kvality tak, aby sa vzťahoval na všetky činnosti, ktoré môžu v zdravotníckom zariadení ovplyvniť zdravie osoby alebo priebeh jej liečby, personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie zdravotníckeho zariadenia zodpovedalo najmenej požiadavkám ustanoveným podľa vydaného predpisu. Je zavedený inštitút klinického auditu (Zákon č. 578/2004, Z. z.).

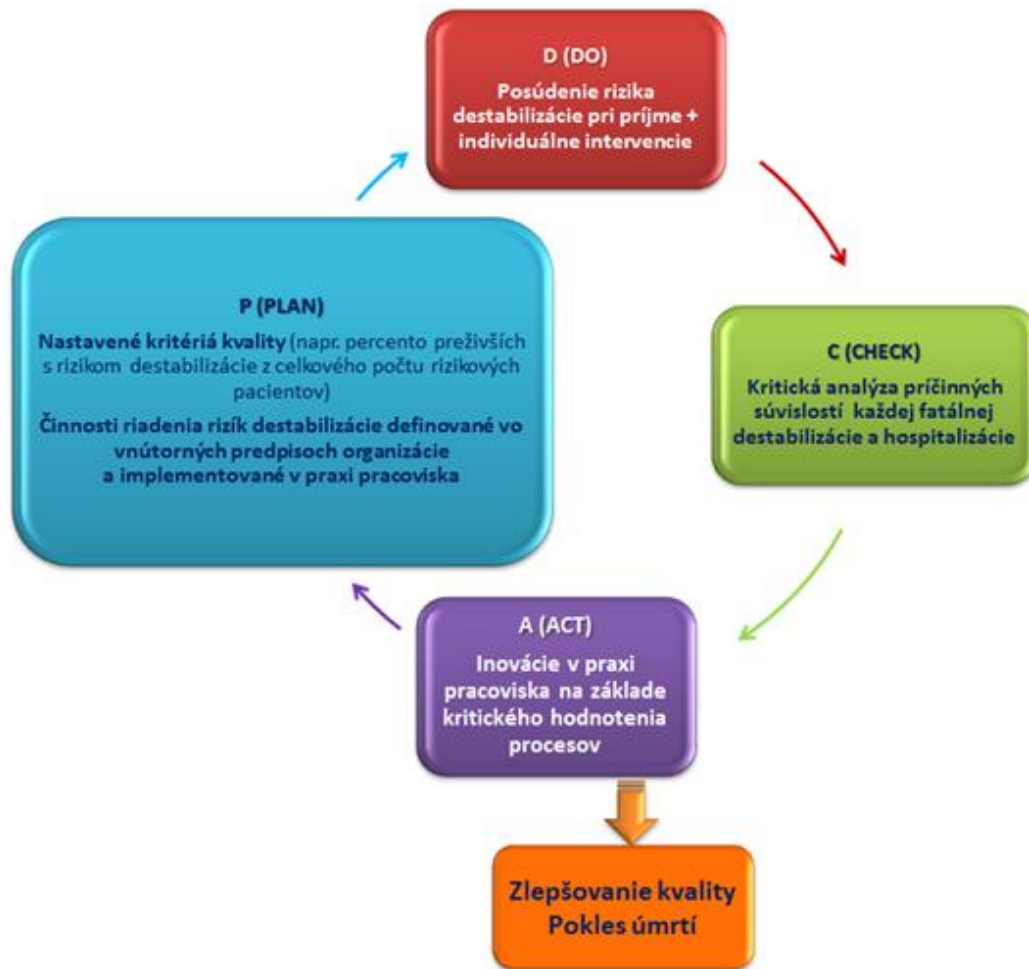
Zariadenie sociálnej pomoci môže poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť, ak ju poskytujú zamestnanci, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania podľa osobitného predpisu. Zariadenie sociálnej pomoci, ktoré poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť je povinné poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v súlade so štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi, spĺňať základné materiálno-technické vybavenie podľa Prílohy č. 1, viesť zdravotnú dokumentáciu (Zákon č. 576/2004, Z. z.).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Algoritmus č. 1: Riadenie rizika destabilizácie v kontexte rozvoja kvality starostlivosti



Graf č. 6: Riadenie rizika destabilizácie pacientov v kontexte PDCA cyklu



Ďalšie odporúčania

Podľa možností pracoviska

- príjem realizuje sestra, ktorá je svojimi skúsenosťami a myslením predurčená detekovať problémy a plánovať ich efektívne riešenie.¹²
- angažovanosť manažéra sestry - manažérky ošetrovateľskej starostlivosti pri každom prijíme:
 - manažér prehodnotí, skoriguje, doplní plánovanie ošetrovateľských intervencií, ďalších vhodných vyšetrení, či monitoringu a to bezprostredne po ukončení prijímu pacienta.¹³

¹² Pri analýze zhoršenia stavov klientov sa často prichádza na chyby už počas prijímu klienta. Menej skúsená sestra môže podceniť alebo nedostatočne zasiahnuť správne a včas.

¹³ **Efekt:** nezávislý názor, odobrenie intervencií, priestor na nápad, dobrú ideu do starostlivosti; získanie pocitu istoty, ; zníženie pocitu stresu z príliš vysokej zodpovednosti za plánovanie KOS zo strany prijímajúcej tímovej sestry, sestra – manažérka sa oboznámi s každým novým prijímom včas a efektívnym spôsobom, čím má vyššiu kontrolu, schopnosť hodnotiť a efektívne riadiť starostlivosť u všetkých pacientov.

Spätné posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií

Komparácia s nadnárodnými guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax

CQC štátny nezávislý regulátor zdravia a starostlivosti o dospelých v Anglicku je kontrolovaný vládou a zabezpečuje, aby služby zdravotnej a sociálnej starostlivosti poskytovali ľuďom bezpečnú, účinnú, dôstojnú, vysokokvalitnú starostlivosť. V prípade každého úmrtia sa na CQC zasiela protokol s údajmi o úmrtí, na základe ktorého CQC realizuje kontrolu k danému protokolu, aby sa ubezpečila, či bolo všetko vykonané správne a v súlade so štandardom (Fabianová, 2019).¹⁴

◇ Posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií vykonáva sestra manažérka, resp. ním poverená sestra (ďalej len „manažérka“) v prípadoch výrazného zhoršenia stavu a/alebo smrti pacienta.

◇ Manažérka:

- kriticky posúdi správnosť intervencií k etiologickým súvislostiam zhoršovania zdravotného stavu za posledné týždne a dni starostlivosti pred zhoršením;
posúdenie realizuje:
 - pri použití dostupných zdrojov informácií (zdravotná/ošetrovateľská dokumentácia je základným východiskom),
 - prostredníctvom určeného formulára/kontrolného listu (pozri príklad formulára IN Špeciálny doplnok štandardu).¹⁵

AD Činnosti úspešného riadenia rizika destabilizácie (odporúča sa):

- A. Pátranie po ukazovateľoch destabilizácie v období pred prijatím pacienta:
 - overiť úroveň stabilizácie ešte pred prijatím na základe objektívnych parametrov ešte pred prijatím z nemocnice¹⁶.
- B. Návšteva pacienta pred prijatím v prostredí, kde sa nachádza:
 - výhodou je lepšia príprava na príjem, organizáciu prijatia, prípadne poradenstvo/pomoc už pred prijatím,
 - pre efektívny priebeh návštevy je vhodné použiť štruktúrovaný dotazník¹⁷.
- C. Orientačné vyšetrenie CRP pri prijíme (vylúčenie/detekcia zápalu).
- D. Hydratácia bezprostredne pri prijatí (vylúčenie rizika dehydratácie).

¹⁴ Tento postup je daný štandardom, uvedeným na stránke CQC. Kontrola môže byť v prípade potreby aj priamo u poskytovateľa. **Každé úmrtie je teda priamo kontrolované a oznamované.** Registrovaný manažér v zariadení vyplňa tzv. 8D report (Pomenovanie problému, kroky na nápravu). Tento formulár je vhodný na situácie, kedy je potrebné problém riešiť čo najrýchlejšie, najúčinnnejšie a pritom ochrániť klienta od nežiaducich dôsledkov (resp. ďalších klientov).

¹⁵ Prostredníctvom formulára sa posudzujú novovzniknuté známky infekcie, úraz, pád, zmeny v liečbe, nové farmaká, kontroly glykémie u diabetikov, nové symptómy chorobného stavu, zmena psychiky, orientácie, adekvátny príjem tekutín, správnosť dokumentácie za posledných 24 hodín, správnosť intervencií sestry, zmeny vo vyprázdňovaní, vitálnych funkciách, konzultovanie zdravotného stavu s lekárom, stav rán a ďalšie možné príčinné súvislosti zhoršenia zdravotného stavu.

¹⁶ napr. krvné testy - KO, albumíny, transferíny, CRP, kreatinín

¹⁷ Dôležité informácie k starostlivosti sú zaznamenané do pripraveného dotazníka. Získané informácie odovzdá poverená osoba vedúcej sestry, ktorá následne informuje ošetrovateľský tím o dôležitých zisteniach – stávajú sa súčasťou podkladov k príjmu.

- E. Dezinfekčný kúpeľ pri prijatí ako prevencia rizika rozvoja infekcie.¹⁸
- F. Prijem sestrou - sesterský assessment (posúdenie), stanovenie sesterských diagnóz, plánovanie ošetrovateľských intervencií
- G. Angažovanosť manažéra ošetrovateľskej starostlivosti v súvislosti s manažmentom plánovania ošetrovateľskej starostlivosti.
 - Dokumentovanie v zmysle platnej legislatívy. Vhodné je zabezpečiť kópie dekurzov, záznamov o dávkovaní liečiv za obdobie najmenej 2 - 3 týždňov dozadu.


Celkovú úspešnosť poskytovateľa v riadení rizika destabilizácie sa odporúča posudzovať objektívne, vždy vo vzťahu k prítomnému riziku na základe princípov:

- vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií,
- výsledný ukazovateľ riadenia rizika destabilizácie sa ráta ako percento/pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu pacientov.

QRNM ako kritérium procesu zdravotná/ošetrovateľská starostlivosť

Stabilizácia ošetrovaných pacientov by mala byť kľúčovým cieľom organizácie. QRNM je merateľný výstup kvality starostlivosti, ktorý odporúčame používať ako monitorované kritérium výkonnosti procesu zdravotná/ošetrovateľská starostlivosť. Nastavenie kritéria by malo byť individuálne, požiadavkou je zlepšujúci sa trend. Ako príklad predkladáme cieľové kritériá pracovísk LTC (Tabuľka č. 2).

Tabuľka č. 2: Nastavenie kritérií vo vzťahu k metodike výpočtu (Fabianová, 2021, str. 32)

 Nastavenie kritérií vo vzťahu k metodike výpočtu		
Názov kritéria	Výpočet kritéria	Kritérium
L (QRNM)	percento preživších klientov v riziku destabilizácie	najmenej 96 %
L (QRNM) EXTREME	percento preživších klientov z celkového počtu pacientov v najvyššom riziku destabilizácie	najmenej 95 %
LAZAR UP	percento klientov s pozitívnym zvratom v zdravotnom stave u pacienta s najvyššou mierou rizika destabilizácie;	najmenej 10 %
Počet dní hospitalizácie	za skúmané obdobie	zlepšujúci sa trend

- Pokračujúci rozvoj prístupov na základe učenia sa zo spätného posúdenia destabilizácií,

¹⁸ **Lesný kúpeľ** – do kúpeľa pridať odvar z 1kg mladých púčikov borovicového, alebo smrekového ihličia. *Kúpeľ má dezinfekčný, upokojujúci, osviežujúci a dezodoračný účinok;* alebo **Harmančekový kúpeľ** – na 1 vaňu vody použiť 150 až 200 g kvetov harmančeka. *Harmanček čistí, dezinfikuje, pôsobí antistresovo a utišujúco.*

- Motivačné prepojenie zodpovedných pracovníkov na výsledky.

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so zákonom č. 576/ 2004 Z.z., § 6 **informovaný súhlas**. Týmto pacient vyjadrí svoj súhlas s aktuálne aj v budúcnosti realizovanými diagnostickými aj liečebnými a ošetrovateľskými postupmi. V prípade špeciálnych postupov pacient (ev. zákonný zástupca) podpisuje nový informovaný súhlas.

Alternatívne odporúčania

Podľa Kočanovej (2019) získanie merateľných parametrov podľa jednotlivých odporúčaní z iných štandardov, čeklistov pri ošetrovateľskej anamnéze znamená indikovať individuálne ošetrovateľské problémy každého pacienta takmer v číslach, v hraniciach jeho vlastných obmedzení. Z pohľadu merania kvality v praxi vyhráva práve perfekcionizmus v porovnávaní jednotlivých etáp v starostlivosti o každého pacienta individuálne. V merateľných hodnotách teda v číselných hraniciach prijímajú pacienti, aj ich príbuzní realitu svojich vitálnych schopností každej etapy života lepšie. Pre zdravotníka, sestru, sestru manažérku, sestru špecialistku sú merateľné hodnoty získané podľa štandardov východiskom pre indikáciu ošetrovateľských intervencií, stanovením spoločných cieľov pre sestru, pacienta, príbuzného, komunitu a pre vyhodnotenie správnosti, alebo nesprávnosti.

Význam merateľných hodnôt pomáha ošetrovateľstvu:

- poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť správne v čase,
- porovnávať realizovanú ošetrovateľskú starostlivosť v čase,
- hodnotiť kontrolným orgánom, manažmentom, či je ošetrovateľská starostlivosť poskytovaná správne,
- tvoriť interný aj externý audit v ošetrovateľstve.

Parametre jednotlivých hodnôt meraní nám pomáhajú vytvoriť ošetrovateľské indikátory kvality v ošetrovateľstve.

Príklady pre indikátory kvality ošetrovateľskej starostlivosti:

- preležaniny ako indikátor kvality poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti,
- malnutrícia ako indikátor kvality ošetrovateľskej starostlivosti,
- pády, úrazy ako indikátor ošetrovateľskej kvality,
- bolesť u pacientov ako indikátor ošetrovateľskej kvality,
- dermatitída u pacientov ako indikátor ošetrovateľskej kvality,
- destabilizácia pacienta ako indikátor ošetrovateľskej kvality.

Pre rozvoj ošetrovateľstva sa stávajú všetky moderné štandardy v ošetrovateľstve nadčasovým ukazovateľom smerovania pre poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti, pre benefit a bezpečnosť pacientov, pre príbuzných a komunity, ktorí sú priamo súčasťou celého procesu starostlivosti.

Ošetrovateľstvo v SR má normy, v ktorých pravá strana rovnice musí byť väčšia, v prospech bezpečnosti ošetrovaného pacienta, rodiny (Kočanová, 2020).

Špeciálny doplnok štandardu

Príklad formulára pre posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií

Kontrolný l i s t Posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií <u>24 hodín</u> pred zmenou/resp. zhoršením zdravotného stavu(pacient)
--

Situácia: a) výrazné zhoršenie stavu b) nutnosť privolania ZZS c)exitus

Dátum vzniku situácie:

Dôvod privolania RLP - RZP/popis situácie

.....
.....
.....

Otázka	Odpoveď	Špecifikácia	Bez nedostatkov?
1. Novovzniknuté príznaky akútneho ochorenia alebo infekcie?	Áno / Nie	Ochorenie: Infekcia:	
2. Prítomnosť zhoršenia alebo zmeny stavu chronického ochorenia?	Áno / Nie		
3. Bol klient zaočkovaný proti chrípke/pneumónii/COVID 19?	Áno / Nie		
4. Úraz, pád?	Áno / Nie	Úraz: V anamnéze: Akútny: Pád: V anamnéze: Akútny:	
5. Antikoagulačná liečba?	Áno / Nie	Dátum: Frekvencia: Množstvo: Miesto aplikácie:	
6. Zmena v liečbe, nová farmakologická liečba?	Áno / Nie	Časový interval:	
7. Prítomnosť ochorenia Diabetes mellitus?	Áno / Nie	Perorálne antidiabetiká Áno / Nie Dávkovanie: Inzulín Áno / Nie Dávkovanie: Inzulínová pumpa: Áno / Nie Dávkovanie:	

a) Posúdená glykémia - kedy?	Áno / Nie	Hodnota: Dátum a čas:	
8. Epilepsia v anamnéze?	Áno / Nie		
9. Zmena psychiky, orientácie?	Áno / Nie		
10. Liečba opiátmi, psychofarmakami, benzodiazepínmi?	Áno / Nie	Opiáty: Psychofarmaká: Benzodiazepínmi: Iné:	
11. Adekvátny príjem tekutín?	Áno / Nie	Bilancia tekutín: Vek: Váha:	
12. Bezchybná ošetrovateľská dokumentácia za posledných 24 hodín?	Áno / Nie		
13. Správne intervencie sestry?	Áno/Nie		
14. Príjem potravy PER OS	Áno/Nie	Diéta č.: Váha Výška BMI Malnutrícia: Áno / Nie Problém s prehĺtaním: Áno / Nie SONDA: PEG: PEJ:	
15. Zmena vo vyprázdňovaní?	Áno/Nie	Močenie: Stolica: Zvracanie: Nadmerné potenie: Iné: (sonda, katéter)	
16. Zmena vo vitálnych funkciách?	Áno/Nie	Dátum: TK: P: D:	

		Sat. O ₂ : Tracheostómia:	
17. Zdravotný stav konzultovaný s lekárom – záznamy preukazujú správne postupy?	Áno/Nie		
18. Časový interval od prvého záznamu o zmene zdravotného stavu po prvé terapeutické intervencie? (detekcia prolongácií)			
19. Rany žiadne alebo ošetrované sestrou bez príznakov zápalu?	Áno/Nie	Rana: Veľkosť: Poloha: Stav: Ošetrované: Dátum:	

Stanovisko vedúcej sestry k poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti

a) **Intervencie boli včasné, v súlade s potrebami klienta a internou dokumentáciou SMK**

b) **Iné**

.....
.....
.....

Lek. diagnóza/príčina smrti uvedená na liste o prehliadke mŕtveho:

Záver pre hromadnú analýzu možných príčinných súvislostí destabilizácií v zariadení :

Katégoria
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nezládnutá infekcia – prolongácia zásahu?<input type="checkbox"/> Nezládnutá infekcia - neočkovaný pacient?<input type="checkbox"/> Neskorý/ nedostatočný monitoring vitálnych funkcií a stavu pacienta?<input type="checkbox"/> Komplikácia rán, nezvládnuté hojenie, následky?<input type="checkbox"/> Aspirácia, slabé opatrenia?<input type="checkbox"/> Nedodržanie ordinácie lekára?<input type="checkbox"/> Chýbajúce prehodnotenie ordinácie v súvislosti zmeny zdravotného stavu?<input type="checkbox"/> Nezládnutá malnutícia?<input type="checkbox"/> Dehydratácia?<input type="checkbox"/> Hypoglykémia?<input type="checkbox"/> Diabetická kóma?<input type="checkbox"/> Agresivita/sebapoškodenie?<input type="checkbox"/> Následky úrazu, pádu?<input type="checkbox"/> Hypertenzia?<input type="checkbox"/> Udusenie sa v súvislosti s epi záchvatom?<input type="checkbox"/> Nedostatočná prevencia tromboembolických komplikácií?<input type="checkbox"/> Zlyhanie orgánov?<input type="checkbox"/> Smútok, depresia?<input type="checkbox"/> Iné (uviesť):

Riešenie zistených nedostatkov/opatrenie:

a) v rámci prípadu

.....
.....
.....

b) systémové

.....
.....
.....

Službukonajúca sestra:

Dátum, čas posúdenia:

Podpis vedúcej sestry:

Dôležité : Odovzdať, odoslať , informovať odborného garanta okamžite, čo najskôr , v prípade neprítomnosti najneskôr pri najbližšom rannom (telef.) hlásení.

Čeklist preposlaný na vedomie odbornému garantovi e- mailom (sken) áno nie

Dátum preposlania:

e- mailová adresa:

Stanovisko odborného garanta :

Dátum, čas záznamu:

*U terminálne chorých („T“)sa udalosti posudzujú s prihliadnutím na celkový stav.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a prípadná revízia tohto štandardného postupu budú realizované po roku a následne každých 5 rokov, resp. pri známom novom vedeckom dôkaze o efektívnejšom manažmente diagnostiky alebo liečby so včasným zavedením tohto postupu do zdravotného systému v Slovenskej republike.

Literatúra

- BRATOVÁ, A., 2015a. Vybrané kapitoly starostlivosti v seniorskom veku I. Gerontologické ošetrovateľstvo. Vysokoškolská učebnica. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Trnava: Typi Universitas Tyrnaviensis, 2015. 92 s., ISBN 978-80-8082-923-0.
- BRATOVÁ, A., 2015b. Vybrané kapitoly starostlivosti v seniorskom veku II. Gerontologické ošetrovateľstvo. Vysokoškolská učebnica. Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave. Trnava: Typi Universitas Tyrnaviensis, 2015. 101 s., ISBN 978-80-8082-924-7.
- BULÍKOVÁ, T. 2007. Zvláštnosti akútnej liečby u starých ľudí. In: DOBIÁŠ, V. a kol. 2007. Prednemocničná urgentná medicína. Martin: Osveta, 2007. s. 295, ISBN 80-8063-255-7.
- BULÍKOVÁ, T. 2012. Odlišnosti akútnej liečby geriatrických pacientov. In: DOBIÁŠ, V. a kol. 2012. Prednemocničná urgentná medicína. 2. vyd. Martin : Osveta, 2012 s. 590, ISBN 978-80-8063-387-5.
- DENT, E., 2019. Management of frailty - opportunities, challenges, and future directions. *Lancet* 2019; 394: 1376–86.
- DRÁBKOVÁ, J., 1997. Akútne stavy v prvej linii. Praha: Grada Publishing, 1997. 329 s., ISBN 80-771769-238-7.
- ELIAŠOVÁ, A. – CUPEROVÁ, J. a kol., 2016. Východiská v ošetrovateľstve 2., Prešov: A-print s.r.o., 2016, s.142-3. ISBN 978-80-89721-11-5.
- ELIAŠOVÁ, A. – MAGUROVÁ, D. a kol., 2016. Východiská v ošetrovateľstve 1., Prešov: A-print s.r.o., 2016, s. 99-100. ISBN 978-80-89721-09-2.
- FABIANOVÁ, Z., 2014. Sestry v ZSS – nástroj kvality v starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých. *Kvalita a spoločenská zodpovednosť*. Žilina: MASM, s.r.o., Ročník XXII, číslo 1/2014, 24 – 28. ISSN 1335 - 9231.
- FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2015. Možnosti efektívneho manažérstva rizika zhoršenia zdravotného stavu v kontexte komplexnej starostlivosti o seniorov v pobytových zariadeniach. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. Bratislava: SKSaPa, číslo 6/2015, 32-33. ISSN 1339-5920.
- FABIANOVÁ, Z. 2017. Sestry v dlhobehovej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život. *Zdravotnícke noviny*. Bratislava: MAFRA Slovakia, a.s., Ročník XXII, číslo 27/2017, 7. ISSN 1335-4477.
- FABIANOVÁ, Z., 2018. Efektívne manažérstvo kvality v starostlivosti o krehkých seniorov. Prešov, 2018. 55 s.
- FABIANOVÁ, Z., 2019. Koncept stratégie kvalitnej starostlivosti v LTC zariadeniach na Slovensku s celonárodným dopadom (návrh). Humenné: ZSS Slnecný dom, n.o., 2019. 66 s.
- FABIANOVÁ, Z. et al. 2021. Monitorovanie procesov in Porada vedenia ZPV 12/2020-01/2021. Vnútny dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnecným dom, n.o., Humenné. 2021.
- Fried et al. 2021. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype, *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 56, Issue 3, 1 March 2021, Pages M146–M157, citované 2021.06.01]. Dostupné na internete: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.
- HOLMEROVÁ, I. a kol. 2014. *Dlhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- Hoogendijk EO, 2019. Frailty 1 - implications for clinical practice and public health. *Lancet* 2019; 394: 1365–75. Dostupné online 01.06.2021.
- HOOZOVÁ, J. 2014. *Krehkosť (frailty): spoločná téma geriatra a paliatológa*. In *Onkológia*. ISSN 1339-421 (online), 2014, ročník 9, č. 6, s. 349–354.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2005. *Medzinárodné akreditačné štandardy pro dlhodobou péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 247 s. ISBN 80-247-1001-3.
- KABELKA, L. 2017. *Geriatrická paliatívna péče*. Praha: Mladá fronta a.s., 2017. 317 s. ISBN 978–80–204–4225-3.
- KALVACH, Z. a kol. 2008. Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 194s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- KAŠUBOVÁ, K. – VEREŠOVÁ, K. (2014). Najlepšie organizácie dokázali svoju výnimočnosť. In *Kvalita & spoločenská zodpovednosť*, Česko Slovenský odborný časopis, Bratislava. Vol. XXII, No. 3, 2014, pp. 30 – 32, ISSN 1335-9231
- KOČANOVÁ, E. 2020. *Štandardy priamo v praxi, prečo sa ich nebáť, ale hľadať v nich benefit*. In *Newsletter – Štandardné preventívne, diagnostické a terapeutické postupy*. ISSN 2644-5832 (online), 2020, č. 5, s. 2.
- KOJIMA G, ILIFFE S, WALTERS K. 2017. Frailty index as a predictor of mortality - a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 2018; 47: 193–200. doi: 10.1093/ageing/afx162. Published electronically 13 October 2017. Dostupné online 01.06.2021.
- Kojima G, 2019. Frailty syndrome - implications and challenges for health care policy. *Risk Management and Healthcare Policy* 2019;12 23–30. [online]. [citované 2021.06.01]. Dostupné na internete: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385767/pdf/rmhp-12-023.pdf>.
- KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. *Ošetrovateľstvo* 2. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2004. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.
- KUCKIR, M. – VAŇKOVÁ, H.- HOLMEROVÁ, I. a kol. 2016. *Výbrané oblasti a nástroje funkčného geriatrického hodnotení*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.

29. LEE L, HECKMAN G, MOLNAR FJ. 2015. Frailty - Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. Canadian Family Physician (Le Médecin de famille canadien). Vol 61:march 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4369632/pdf/0610227.pdf>. Dostupné online 01.06.2021
30. LUKÁŠ, K. 2014. *Chorobné znaky a príznaky. Diferenciální diagnostika*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5.
31. MOUSA A, 2018. Is frailty a stable predictor of mortality across time? Evidence from the Cognitive Function and Ageing Studies. Age and Ageing 2018; 47: 721–727. Published electronically 16 June 2018. [online]. [citované 2021.06.01]. Dostupné na internete: <https://doi: 10.1093/ageing/afy077>
32. PAULOVÁ, I. 2013. *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava: Iura Edition, spol. s r.o.,2013. 160 s. ISBN 978-80-8078-574-1.
33. SCHULER, M. - OSTER, P. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
34. SILVESTRE, H.J. - BOWERS, B.J. - GAARD, S., 2015. *Improving the Quality of Long-Term Care, 2015*. [online]. [citované 2021.06.08] Dostupné na internete: https://www.ncsbn.org/longterm_silvestre_2015.pdf
35. ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.
36. VYTEJČKOVÁ, R. a kol. 2015. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné III*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 308 s. ISBN 978-80-247-3421-7.
37. ZADÁK, Z. 2002. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 487 s. ISBN 80-247-0320-3.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. októbra 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva