



Názov:

**Multidisciplinárny manažment zdravia dospelých
v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti
multidisciplinárny štandard**

Autori:

Ing. Mgr. Ľubica Kočanová
PhDr. Zuzana Fabianová, MBA
MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Tatiana Leitmann
PhDr. Silvia Rummelová
doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.
doc. MUDr. Jozef Firment, PhD.
PhDr. Mária Kovaľová, PhD. MHA
doc. MUDr. Jozef Kalužay, 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:

Multidisciplinárny manažment zdravia dospelých v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti - multidisciplinárny štandard

| Číslo ŠP | Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP | Status | Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR |
|-----------------|--|---------------|--|
| 0227 | 12. apríl 2022 | schválený | 1. máj 2022 |

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

Ing. Mgr. Ľubica Kočanová, PhDr. Zuzana Fabianová, MBA; MUDr. Jana Hoozová, MUDr. Tatiana Leitmann, PhDr. Silvia Rummelová, doc. PhDr. Tatiana Hrindová, PhD.; doc. MUDr. Jozef Firment, PhD., PhDr. Mária Kovaľová, PhD. MHA; doc. MUDr. Jozef Kalužay, 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; 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. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; 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; 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; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Barbora Kováčová; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; Mgr. Anton Moises; PhDr. Dominik Procházka

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

zdravie, starnutie, multidisciplinárny manažment zdravia, dlhodobá starostlivosť, multidisciplinárny tím, koordinátor, komplexná starostlivosť o dlhodobo choré osoby

V texte štandardu pojem “osoba” zodpovedá pojmom “pacient”, “klient”, “prijímateľ sociálnych služieb” a “recipient”. Pre potreby tohto štandardného diagnostického a terapeutického postupu (ďalej „ŠDTP“) sa považuje za dospelého pacienta osoba, ktorá dovŕšila 18 rokov.

Obsah

| | |
|--|----|
| Kľúčové slová | 1 |
| Obsah..... | 1 |
| Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov | 2 |
| Kompetencie..... | 5 |
| Úvod | 7 |
| Prevenca | 10 |
| Epidemiológia | 10 |
| Patofyziológia..... | 11 |
| Multidisciplinárna starostlivosť o zdravie v kontexte dlhodobej starostlivosti..... | 12 |
| Multidisciplinárny prístup a vzťahy v multidisciplinárnom tíme..... | 15 |
| Klasifikácia..... | 17 |
| DOS verzus ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou..... | 19 |
| Komplexný manažment zdravia multidisciplinárnym tímom (MDT) pre osoby v dlhodobej starostlivosti (LTC) | 21 |
| Posúdenie osoby, rodiny, komunity v manažmente zdravia | 21 |
| Posúdenie osoby lekárom (všeobecný lekár pre dospelých, ev. lekár so špecializáciou, geriatler, paliatológ)..... | 23 |
| Posúdenie osoby sestrou, sestrou so špecializáciou, sestrou s pokročilou praxou | 25 |
| Posúdenie osoby sociálnym pracovníkom | 27 |
| Posúdenie osoby fyzioterapeutom..... | 27 |
| Plánovanie manažmentu zdravia osoby, rodiny, komunity | 28 |
| Realizácia manažmentu zdravia osoby a participácia rodiny, príbuzných, komunity..... | 31 |
| Vyhodnotenie, prehodnotenie cieľov manažmentu zdravia osoby..... | 33 |
| Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby lekárom | 34 |
| Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby sestrou | 38 |
| Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby fyzioterapeutom | 40 |
| Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby sociálnym pracovníkom | 41 |
| Indikátory kvality | 44 |

| | |
|--|----|
| Kooperácia, vzájomné zdieľanie, koordinácia multidisciplinárneho tímu | 46 |
| Desatoro multidisciplinárnej spolupráce pri manažmente zdravia o dospelých v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti (spracované autormi štandardu) | 49 |
| Koordinácia spolupráce v multidisciplinárnom tíme | 50 |
| Prognóza..... | 52 |
| Stanovisko expertov (posudková činnosť, revízná činnosť, PZS a pod.)..... | 52 |
| Zabezpečenie a organizácia starostlivosti | 53 |
| Ďalšie odporúčania | 54 |
| Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán..... | 57 |
| Alternatívne odporúčania | 57 |
| Špeciálny doplnok štandardu..... | 60 |
| Rozhodovanie o nezačatí kardiopulmonálnej resuscitácie v podmienkach PDZS | 60 |
| Stupeň odkázanosti fyzickej osoby a postup pri odkázanosti na sociálnu službu | 62 |
| Postup pri odkázanosti na sociálnu službu | 64 |
| Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu..... | 64 |
| Literatúra | 64 |

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

| | |
|--------------|---|
| ADL | (ACTIVITY OF DAILY LIVING) aktivity denného života – test |
| ADOS | agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti |
| CPČ | certifikovaná pracovná činnosť |
| D | dych |
| DLZS | dlhodobá zdravotná starostlivosť |
| DOS | dom ošetrovateľskej starostlivosti |
| DSZS | dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť |
| EBM | (EVIDENCE-BASED MEDICINE) medicína založená na dôkazoch |
| EBN | (EVIDENCE-BASED NURSING) ošetrovateľstvo založené na dôkazoch |
| EEG | elektroencefalografické vyšetrenie |
| FBLR | fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia |
| HDP | hrubý domáci produkt |
| i.v. | intravenózne (podanie) |
| IADL | inštrumentálne činnosti každodenného života |
| KOM | komplexný ošetrovateľský manažment |
| KOS | komplexná ošetrovateľská starostlivosť |
| KPR | kardiopulmonálna resuscitácia |
| LDCH | liečebňa pre dlhodobo chorých |
| LTC | (LONG-TERM CARE) dlhodobá starostlivosť |
| MDT | multidisciplinárny tím |
| MS | multidisciplinárna spolupráca |
| MZ SR | Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky |
| NGS | nazogastrická (sonda) |

| | |
|-------------|--|
| NMR | nukleárna magnetická rezonancia |
| ODCH | oddelenie dlhodobých chorých |
| ONS | odporúčaná následná starostlivosť |
| OS | ošetrovateľská starostlivosť |
| PF | pulz |
| PROS | pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť |
| PSS | prijímateľ sociálnych služieb |
| PZDS | pobytové zariadenie dlhodobej starostlivosti |
| RTG | rádiologická diagnostická metóda |
| RZP | rýchla zdravotná pomoc |
| SR | Slovenská republika |
| SS | sociálne služby |
| ŠDTP | štandardný diagnostický a terapeutický postup |
| ŠPI | špecifické psychoterapeutické intervencie |
| TK | tlak krvi |
| TT | telesná teplota |
| VF | vitálne funkcie |
| VLD | všeobecný lekár pre dospelých |
| WHO | (WORLD HEALTH ORGANIZATION) Svetová zdravotnícka organizácia |
| ZP | zdravotná poisťovňa |
| ZSP | zariadenie sociálnej pomoci |
| ZSS | zariadenie sociálnych služieb |
| ZZ | zdravotnícke zariadenie |
| ZZS | záchranná zdravotná služba |

Zdravie je stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo postihnutia (WHO, 2021a).

Dlhodobá starostlivosť ako koncept ucelenej zdravotno-sociálnej starostlivosti je súbor služieb určený (starším) ľuďom odkázaným na pomoc pri základných sebaobslužných aktivitách kvôli zlému zdravotnému a funkčnému stavu. Cieľom dlhodobej starostlivosti je dosiahnutie čo najvyššej možnej kvality života v súlade s individuálnymi preferenciami a čo najvyššej miery nezávislosti, autonómie, participácie, osobného naplnenia a dôstojnosti (WHO, 2015).

Pobytové zariadenia dlhodobej starostlivosti (PZDS) pre účely tohto štandardu sú lôžkové zariadenia DSZS, kde je poskytovaná starostlivosť o zdravotný stav klientov bez nepretržitej (fyzickej) prítomnosti lekára (predovšetkým domy ošetrovateľskej starostlivosti¹ a zariadenia sociálnych služieb/sociálnej pomoci, ktoré sú v súlade s platnou legislatívou poskytovateľmi zdravotnej/ošetrovateľskej starostlivosti na základe zmluvného vzťahu so ZP²).

¹ Dom ošetrovateľskej starostlivosti je zariadením ústavnej zdravotnej starostlivosti (Zákon NR SR č. 578/2004, Z. z.)

² V čase spracovania štandardu podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov na základe verejného zdravotného poistenia sa uhrádza ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ak majú so zdravotnou poisťovňou uzatvorenú zmluvu podľa osobitného predpisu. Úhrada ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci zo zdrojov verejného zdravotného poistenia sa neviaže na konkrétne zdravotné výkony. Podmieňuje sa uzatvorením zmluvy o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (Zákon NR SR č. 448/2008, Z. z.).

Chronicky chorí ľudia s dlhodobými ťažkosťami vyžadujú komplexnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť na pokrytie rozmanitých potrieb v rôznych doménach kvality života (telesné, kognitívne, emocionálne, funkčné, sociálne, duševné, spirituálne, naplnenie života, blízke vzťahy, umieranie, smrť a iné), ktoré sú špecifické pre každého jednotlivca. Heterogenita potrieb je daná nielen zastúpením jednotlivých domén, ale aj intenzitou problému u každého individuálne. Systematické a účelné riešenie rozmanitých problémov skupiny populácie indikovanej na dlhodobú starostlivosť profituje z **interdisciplinárneho prístupu multidisciplinárneho tímu (MDT)**, v ktorom pri riešení uplatnia svoje vedomosti a skúsenosti spoločne odborníci z viacerých oblastí (Obrázok č. 1, Tabuľka č. 1). Výsledkom spolupráce sú riešenia orientované na konkrétneho jedinca nielen v oblasti zdravotnej starostlivosti, ale aj pri napĺňaní jeho potrieb psychologických, sociálnych, duchovných, ekonomických atď.) pri zachovaní princípu adresnosti, efektivity („nie všetko pre všetkých“) a flexibility (Wagner, 2000).

Obrázok č. 1 Schematické znázornenie multidisciplinarity v MDT v rámci DSZS (spracovala Hoozová)




Kompetencie

Tento ŠDTP (ďalej len „štandard“) je určený manažérom a profesionálnym členom multidisciplinárnych tímov v PZDS, ktorí poskytujú starostlivosť osobám v dlhodobej starostlivosti³.

Štandard je záväzný pre tých poskytovateľov, ktorí v zmysle aktuálne platnej legislatívy poskytujú zdravotnú a sociálnu starostlivosť o dlhodobo chorých, špeciálne v DOS a v ZSS, ktoré sú poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti a sú pobytové. Štandard prizýva do spolupráce ďalších stakeholderov/profesionálov v oblasti dlhodobej starostlivosti, ktorí majú v rámci svojho pôsobenia dosah na poskytnutie čo najkvalitnejšej starostlivosti o zdravie osobám v PZDS.

Tabuľka č. 1 Multidisciplinárny tím, oblasti prepojenia všeobecných a špecifických kompetencií vo vzťahu k štandardu (spracované autormi štandardu na základe obsahu štandardu a aktuálne platnej legislatívy)

|  Multidisciplinárny tím – Kompetencie | | | |
|--|------------------------------------|--|---|
| Pozícia | Všeobecná zodpovednosť/kompetencia | | Zodpovednosť/kompetencia vo vzťahu k štandardu |
| Odborný zástupca v DOS^{4,5} (Čl. VI., bod (1),(2)) ⁴ (§12, bod (3a, 9-12), §68 ods.1 písm. c)) ⁵ | ZZ | Zodpovednosť za kvalitu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v DOS, v zmysle platnej legislatívy ^{4,5} | Implementovanie ŠDTP v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti do praxe v PZDS |
| Zodpovedná osoba za poskytovanie sociálnej starostlivosti⁶ (§63, bod (1-7), §64, bod (2 písm.b. 2.), §88, bod (3)) ⁶ | ZSP ZSS | Zodpovednosť za vykonávanie odbornej činnosti v sociálnej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy ^{5,6} | Implementovanie ŠDTP v oblasti sociálnej starostlivosti do praxe v PZDS |
| Zodpovedná osoba za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSP⁷ (§10a, bod (3-7)) ⁷ (§4, bod (a-i)) | ZSP ZSS | Zodpovednosť za dodržiavanie požiadaviek ŠDTP v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti v ZSP ^{5,7} . | Implementovanie ŠDTP do oblasti vedenia ošetrovateľskej praxe v PZDS |

³ Podľa OECD (2018) sa za pacientov v dlhodobej starostlivosti navrhuje považovať osoby závislé od LTC, keď sa predpokladá, že ich ochorenie/porucha bude trvať najmenej 6 mesiacov, alebo po zvyšok ich života bez očakávania úplného uzdravenia (niektorí nevyliciteľne chorí pacienti vyžadujúci starostlivosť môžu mať menej ako 6 mesiacov života).

⁴ Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, Čiastka 17 - 23 zo dňa 1. apríla 2006, Ročník 54.: Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti. Číslo: 10095/2006-OO Dňa: 27. februára 2006

⁵ Zákon č. 578/2004 Z. z. Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

⁶ Zákon č. 448/2008 Z. z. Zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

⁷ Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

| | | | |
|---|------------------|--|---|
| Všeobecný lekár pre dospelých a lekár špecialista (geriater, paliatológ)⁸ (§3, bod (1-3), §4, bod (1-4)) ⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za odborné poskytovanie všeobecnej a špecializovanej lekárskej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy ^{5,8} | Poskytovanie všeobecnej a špecializovanej lekárskej starostlivosti v rámci ŠDTP v praxi v PZDS |
| Sestra, sestra so špecializáciou, sestra s pokročilou praxou⁹ (§1-§3) ⁹ , (§11-12) ⁹ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie odbornej ošetrovateľskej starostlivosti v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ^{5,9} | Zodpovednosť za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v rámci ŠDTP v praxi v PZDS |
| Fyzioterapeut (§17-19) ⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie odbornej fyzioterapie, rehabilitačnej starostlivosti v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁸ | Zodpovednosť za poskytovanie fyzioterapie v kontexte ŠDTP v praxi PZDS |
| Zdravotnícky asistent¹⁰ Praktická sestra-asistent⁸ (§4b bod (1-5)) ¹⁰ (§49 bod (1-3), §50 bod (1-3)) ⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo svojom odbore, v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ^{8,10} | Zodpovednosť za poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo svojom odbore v kontexte ŠDTP v PZDS |
| Sanitár (§4cg bod (1-2)) ¹⁰ (§52 bod (1-2) (§53 bod (1-2)) ⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za výkon odborných pracovných činností na úsekoch zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb | Zodpovednosť za výkon odborných pracov. činností v zdravotnej a sociálnej starostlivosti v kontexte ŠDTP v PZDS |
| Sociálny pracovník (§ 84, bod (1-7)) ⁶ | ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie sociálnej starostlivosti v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁶ | Zodpovednosť za poskytovanie sociálnej starostlivosti v kontexte ŠDTP v PZDS |
| Ergoterapeut, liečební terapeuti (§ 84, bod (1-7)) ⁶ | ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie liečebnej a sociálnej rehabilitácie v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁶ | Zodpovednosť za poskytovanie liečebnej a sociálnej rehabilitácie v v kontexte ŠDTP v PZDS |
| Opatrovateľ (§84, bod 8-9)) ⁶ | ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie odbornej opatrovateľskej starostlivosti v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁶ | Zodpovednosť za poskytovanie opatrovateľskej starostlivosti |
| Nutričný terapeut, asistent výživy (§26-27) ⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie nutričnej terapie fyziologická, klinická, dietetická výživa, nutričná podpora v starostlivosti, v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁸ | Zodpovednosť za poskytovanie nutričnej terapie v kontexte ŠDTP v PZDS |

⁸ Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností

⁹ Vyhláška MZ SR č 95/2018 Z. z. ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom.

¹⁰ Vyhláška MZ SR 28/2017 Z.z. ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov

| | | | |
|---|------------------|---|---|
| Logopéd (§53-55)⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie starostlivosti pri vývine a výchove reči, terapia porúch reči, v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁸ | Zodpovednosť za poskytovanie starostlivosti pri vývine a výchove reči, terapie porúch reči v kontexte ŠDTP v PZDS |
| Psychológ, klinický psychológ (§56-58)⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie psychologickéj a psychoterapeutickej starostlivosti, v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁸ | Zodpovednosť za poskytovanie psychologickéj a psychoterapeutickej starostlivosti, v kontexte ŠDTP v PZDS |
| Liečebný pedagóg (§59-§61)⁸ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie liečebno-pedagogickej starostlivosti v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ⁸ | Zodpovednosť za poskytovanie terapeuticko-edukačnej pomoci v kontexte multidisciplinárneho manažmentu zdravia |
| Duchovný, kňaz, členovia reholí¹¹ | ZZ ZSP ZSS | Zodpovednosť za poskytovanie duchovnej služby osobám, ktoré sú veriace ¹⁰ | Zodpovednosť za poskytovanie duchovnej služby osobám, ktoré sú veriace, v kontexte ŠDTP v PZDS |

V prípadoch nesamostatnosti, potreby osobe pomáhajú uspokojovať blízki/členovia rodiny. Ak toho rodina alebo blízki nie sú schopní, osobe je poskytovaná starostlivosť inými osobami alebo v inom prostredí (Gondárová - Vyhníčková - Bratová - Kovaľová - Laurinc - Katreniaková - Žáková, 2021).

Veľmi dôležitá je **spolupráca s pacientom a jeho rodinou – PROS**. Filozofiou je **poskytovanie zdravotnej starostlivosti v spolupráci s pacientmi a ich rodinnými príslušníkmi** (Kočanová - Katreniaková - Fabianová - Rajničová Nagyová, 2021).

Úvod

DSZS je poskytovaná v rámci štruktúr zdravotníckeho systému orientovaná predovšetkým na geriatrických pacientov a osoby vo vyššom veku. Poskytuje sa prostredníctvom:

- ambulantnej ZS, ambulancie všeobecného lekára pre dospelých, geriatrickej, internej, neurologickej a ďalšej špecializovanej ambulantnej starostlivosti, ADOS, mobilného hospicu,
- ústavnej ZS, ODCH, LDCH, interných, geriatrických a paliatívnych oddelení v nemocniciach, v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach predovšetkým v psychiatrických nemocniciach, v DOS, hospicoch,
- ako aj v ZSS, v špecializovaných zariadeniach, v zariadeniach pre seniorov a pod.

Posledné menované tvoria akýsi prienik zdravotných a sociálnych služieb (Lévyová - Katreniaková - Fabianová - Dobrotková - Červenáková, 2019).

Vývoj integrovanej dlhodobej starostlivosti v SR negatívne ovplyvnil fakt, že MPSVaR SR ako ministerstvo zastrešujúce sociálne služby v ZSS pracovalo nezávisle od MZ SR.

¹¹ Zákon č. 308/1991 Z. z. o slobode náboženskej viery a postavení cirkví a náboženských spoločností

Dlhoročný rezortizmus spôsobil nedostatok ošetrovateľskej starostlivosti v sociálnych službách, no tiež sociálny aspekt v starostlivosti o bezvládne a multimorbídne osoby v zariadeniach zdravotníckeho sektora bol podceňovaný, na čo krehkí pacienti doplácali sociálnou depriváciou a zdravotnými komplikáciami. Tím sestier, ktorý v roku 2005 etabloval prvý DOS ako ústavné ZZ v SR po šiestich rokoch praxe vybudoval ZSS (spadajúci pod sociálny sektor). Sestry v ZSS vnímali naliehavú potrebu starostlivosti o zdravie klientov, ako aj skutočnosť, že starostlivosť opatrovateliek a sociálnych pracovníkov nie je pre ochranu zdravia postačujúca a v roku 2017 iniciovali legislatívne zmeny zavedenie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS cestou štandardu a úhrady – tzv. ošetrovateľského paušálu pre 10 000 lôžok v SR (Fabianová - Mochnáčová - Bratová, 2021). Podľa WHO (WHO, 2021b) pandémia COVID-19 odhalila a zvýraznila medzery v poskytovaní vhodných, komunitných služieb dlhodobej starostlivosti pre rýchlo rastúci počet ľudí s poklesom funkčnej schopnosti naprieč európskym regiónom. Jedným z kľúčových zámerov **Stratégie dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike** (MPSVaR SR – MZ SR, 2021) bolo pripraviť Slovensko na rýchle starnutie obyvateľstva zabezpečením kvalitnej, dostupnej a komplexnej podpory ľudí s potrebou dlhodobej a paliatívnej starostlivosti. Reformami a investíciami sa má zvýšiť prepojenie a efektivita zdravotnej a sociálnej starostlivosti a ich odolnosť voči kritickým situáciám. Vláda sa v Programovom vyhlásení vlády na roky 2020 – 2024 zaviazala vytvoriť systém dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti. Navrhované ciele stratégie sú súčasťou Plánu obnovy a odolnosti Slovenskej republiky obsiahnutými v Komponente 13: Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť.

Štandard nadväzuje na uvedené dokumenty a je nástrojom naplnenia vízie DSZS v SR (MPSVaR SR – MZ SR, 2021) v rámci dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti o ľudí indikovaných pre DSZS dosiahnuť:

- adekvátnu úroveň kvality v oblasti starostlivosti o zdravie s dôrazom na prevenciu destabilizácie zdravotného stavu, či oddialiteľného úmrtia,
- zmiernenie utrpenia,
- pripravenosť poskytovateľov služieb zabezpečovať starostlivosť na primeranej úrovni súbežne s úpravou legislatívnych a ekonomických východísk pre evalváciu úrovne DSZS.

Cieľom štandardu je definovať:

- multidisciplinárnu spoluprácu v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti,
- multidisciplinárny tím a princípy multidisciplinárnej, takisto interdisciplinárnej spolupráce pri manažmente zdravia osoby v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti,
- koordináciu činností medzi jednotlivými profesiami, ošetrovateľstvom a lekáorskými disciplínami v ambulantnej starostlivosti a mobilných hospicioch, DOS, ADOS, ZSS/ZSP alebo v domácnostiach s prepojením ošetrovateľstva na ambulantnú starostlivosť, sociálnu starostlivosť, rehabilitáciu, služby, integrované centrá, edukáciu,
- vzhľadom na naliehavosť problému odporúčať koncept multidisciplinárneho manažmentu zdravia tiež pre ZSS, ktoré nie sú poskytovateľmi ošetrovateľskej starostlivosti (na základe zmluvného vzťahu so ZP),
- indikátory kvality v PZDS.

Do indikačného rámca tohto štandardu sú zaradené osoby:

- a) indikované pre následnú, dlhodobú starostlivosť, osoby s deficitom sebestačnosti, alebo deficitom kognitívnych funkcií a iných porúch v súvislosti s ochorením, alebo úrazom, alebo s vysokým vekom v domácej starostlivosti, u ktorých je dočasne alebo trvale prítomná neschopnosť zabezpečiť si nevyhnutné úkony starostlivosti o zdravie samostatne,
- b) ošetrované v ústavnom ZZ alebo ZSS s indikáciou následnej/dlhodobej starostlivosti.

Dôvody pre tvorbu štandardu

Potreba (celonárodný kontext):

- rozšírenia štandardných postupov pre koordináciu a algoritmus postupov, procesov v multidisciplinárnych tímoch v zariadeniach v následnej a dlhodobej starostlivosti,
- podpory integrovania najmä sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ďalej environmentálnej, kultúrnej, duchovnej, pedagogickej, edukatívnej starostlivosti pri manažovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti v interdisciplinárnom kontexte a následné zjednotenie,
- rozvoja kvality v integrovanej sociálnej a zdravotnej starostlivosti na základe definovania procesov, činností a zodpovednosti v rámci multidisciplinárnych tímov zložených zo zdravotníckych, sociálnych a iných profesií.

Tento štandard bol vytvorený na základe:

- odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných autorít,
- medzinárodných odporúčaní a guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax,
- princípov komplexného manažérstva kvality v kontexte spoločenskej zodpovednosti,
- klinicky overených skúseností v slovenskej praxi na pracoviskách dlhodobej starostlivosti (ďalej len „pracoviská LTC“).

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní je aplikované v obmedzenej miere, z dôvodu, že v oblasti multidisciplinárnej spolupráce v následnej a dlhodobej starostlivosti na základe analýzy a meraní štatisticky významné prínosy nateraz nie sú dostupné. Multidisciplinárny manažment zdravia následnej a dlhodobej 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.

Multidisciplinárna spolupráca v následnej a dlhodobej starostlivosti predstavuje komplexnú sériu vzájomne prepojených procesov, koordinácia ktorých si vyžaduje nové trasy (pathways) a služby na dosiahnutie zlepšenia kvality a efektívnosti starostlivosti. Trasy starostlivosti sa široko používajú pre štruktúrované a detailné plánovanie procesu starostlivosti, vrátane štandardov starostlivosti (Nagyová, Katreniaková, 2019; Panella et al., 2012).

Prevenca

Ľudia žijúci v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti tvoria heterogénnu skupinu. Heterogenita je spôsobená viacerými faktormi – vekom, zdravotným stavom, funkčným deficitom, rehabilitačným potenciálom, osobnosťou každého, jeho kultúrnymi a náboženskými zvyklosťami. Rôznorodosť osobnostná aj ťažkostí prináša potrebu riešenia pestrého spektra interakcií aj problémov, navyše s potrebnou odbornou úrovňou aj ľudským prístupom. Preto má filozofia multidisciplinárneho tímu a interdisciplinárnej spolupráce v týchto zariadeniach vysoký preventívny potenciál – ideálne už od nástupu do zariadenia. Poslaním zariadení je vytvoriť svojim klientom prostredie navodzujúce domov. Chrániť a zlepšovať zdravie klientov v súlade s ich očakávaniami a potenciálom uzdraviť sa. Zmierňovať utrpenie tým chorým, ktorým zdravie navrátiť nie je možné, pri maximálnej emocionálnej, sociálnej a duchovnej podpore. Dobre fungujúci MDT tvorí sieť starostlivosti, ktorá adresne, flexibilne a efektívne problémy nielen rieši, ale im aj predchádza.

- Posúdenie zdravotného stavu pred vstupom do zariadenia slúži na rozpoznanie skrytých patologických stavov, upresnenie aktuálnej liečby a prípadne doplnenie vyšetrení.
- U osôb veku 65 a viac je prínosom Komplexné geriatrické posúdenie, výstupom ktorého je sumárna informácia o zdravotnom stave, prítomnosti geriatrických syndrémov (inkontinencia, kognitívny deficit, poruchy hybnosti, krehkosť, atď.) a iných rizikách v zdravotnej, funkčnej a sociálnej oblasti (napr. riziko malnutricie, pádov, amentných stavov, atď.).
- Flexibilná spolupráca ambulantný lekár – sestra v zariadení minimalizuje zdravotné komplikácie u ľudí žijúcich v PZDS. Zlepšuje dostupnosť rýchlej medicínskej pomoci v ambulantných podmienkach a tak redukuje potrebu zásahov RZP (ZZS) a hospitalizácií.
- Včasné riešenie rizikových oblastí zdravotných aj funkčných, prispieva k zastaveniu/spomaleniu progresie funkčného deficitu a rozvoju komplikácií (napr. lekárom indikovaný nácvik chôdze predchádza rozvoju imobility, včasným riešením dehydratácie v zariadení hypodermoklýzou sa možno vyhnúť hospitalizácii).
- Individualizovaná denná starostlivosť členmi MDT je „na osobu a rodinu orientovaná“ starostlivosť, preto minimalizuje iatrogenicitu a fenomén zvecnenia, zabezpečí kontinuitu.
- V neposlednom rade má MDT aj preventívny význam pri minimalizovaní syndrómu vyhorenia, fenomén zvecnenia živej bytosti u personálu – rozloženie záťaže, kompetentné riešenie problémov, hierarchia v zodpovednosti.

Epidemiológia

V Európskom regióne WHO, ktorý je regiónom sveta s najvyšším stredným vekom, bude naďalej pokračovať zrýchlené starnutie populácie s najrýchlejším rastom v skupine ľudí vo veku 80 a viac rokov. Odhaduje sa, že v celom regióne žije 135 miliónov ľudí so zdravotným postihnutím, ktoré obmedzuje ich nezávislosť. V krajinách Európskej únie z osôb vo veku 16 a viac rokov 6,9 % uvádza vážne dlhodobé obmedzenia svojich bežných činností a zdravotné problémy, zvyčajne spojené s potrebou pravidelnej starostlivosti a podpory (WHO, 2021b).

Slovensko bude do roku 2070 jednou z najrýchlejšie starnúcich krajín EÚ (Salamonová, Fodor, 2021). So starnutím obyvateľstva prichádza čoraz rozšírenejší fenomén odkázanosti, ktorý býva následkom zhoršenia zdravia a často aj spúšťačom ďalšieho zhoršovania. **Odkázanosť človeka na pomoc často vznikne náhle**, po zdravotnom incidente, ktorý zásadným spôsobom obmedzí jeho telesné a/alebo duševné schopnosti (Lévyová - Katreniaková - Fabianová - Dobrotková - Červenáková, 2019).

Vek síce nie je rozhodujúcim kritériom indikácie na dlhodobú starostlivosť, ale z podstaty vecí sú recipientmi najmä starší ľudia (vek 65 a viac), keďže indikačným kritériom sú zdravotne - sociálne charakteristiky (zdravotný stav/chronické ochorenia s následkom ovplyvnenia funkčných kapacít, nárastom dizability a potrebou pomoci v denných aktivitách). Uvažovať o potrebe LTC je namieste už v situácii rizika poklesu funkčných kapacít, pretože cestou LTC je možné predísť „zrúteniu“ krehkej rovnováhy, zdravotnej alebo sociálnej turbulencii, ktorá núti k akútnemu riešeniu vzniknutej situácie. Na flexibilné a účelné riešenie takto vzniknutej potreby sociálnej pomoci náš systém nie je nastavený. Vybavenie formalít je zdĺhavé. Podľa úrovne zdravotnej starostlivosti a sociálneho podporného systému sa v jednotlivých krajinách zvyšuje veková hranica potreby LTC (v dobre fungujúcich systémoch až do 9. decénia) (Horecký - Potůček - Cabrnach - Kalvach, 2021).

Na Slovensku je aktuálne vysoký podiel neformálnej formy LTC. Formálna je často nedostupná pre finančnú záťaž. Kvalita a počet zariadení poskytujúcich sociálnu starostlivosť je ovplyvnená nedostatkom personálu (najnižší počet pracovníkov LTC v Európskej únii) a nedostatočným financovaním tohto sektoru (European Commission – Social Protection Committee, 2021). Zdravotná starostlivosť v PZDS je limitovaná nesystémovým nastavením spolupráce PZDS so všeobecnými lekármi a geriatrami a nedostatkom personálu v pozícii sestry, ktorý je kľúčový na zabezpečenie odbornej ošetrovateľskej starostlivosti.

Patofyziológia

So starnutím a/alebo chronickými ochoreniami sa spája aj strata schopnosti organizmu vysporiadať sa bez následkov so záťažovou situáciou, adaptovať sa, úplne sa regenerovať. Dôležitým faktorom pri rozvoji nesebestačnosti a odkázanosti na pomoc iných je pokles funkčných rezerv orgánov a systémov. Klesá výkonnosť a zvyšuje sa vulnerabilita (zraniteľnosť) takto postihnutého (krehkého) jedinca. Následkom je trvalý pokles potenciálu zdravia, riziko ďalších komplikácií (napríklad inkontinencia, infekcie, nedostatočná odpoveď na liečbu, nežiaduce účinky liečiv, zhoršenie kognitívnych funkcií, úrazy, poruchy hybnosti a rozvoj imobility, malnutrícia) a zlyhávanie pri realizácii bežných denných aktivít. Rizikový senior väčšinou trpí viacerými ochoreniami súbežne (multimorbidita), často aj v kombinácii s kognitívnym deficitom. Má vyššiu pravdepodobnosť opakovanej dekompenzácie chronických ochorení. Je ohrozený komplikáciami a zhoršením zdravotného alebo funkčného stavu, aj úmrtím. Je odkázaný na pomoc druhých a kvalitu jeho života ovplyvňuje aj ekonomické zázemie, kvalita a dostupnosť zdravotných a sociálnych služieb (Cesari et al., 2016). **Zhoršenie zdravia veľmi často priamo súvisí s neadekvátnym uspokojovaním potrieb**. Latentný vývoj, nízky a často nulový potenciál osoby verbalizovať súvisiace ťažkosti často spôsobuje odhalenie problému v rozvinutom štádiu. Závažnosť zdravotného stavu odkázanej osoby, pacienta, klienta, prijímateľa je definované rozsiahlym spektrom rizík, ktoré sa navzájom

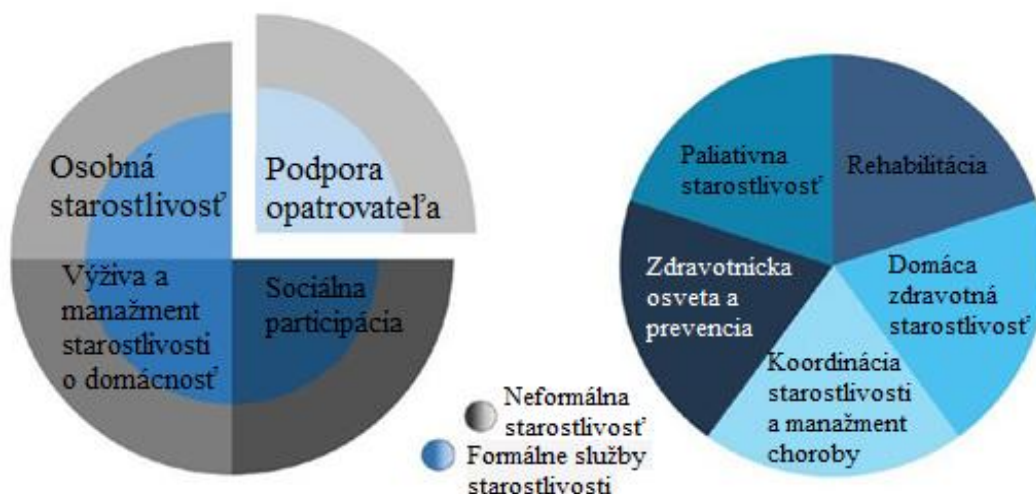
podmieňujú a ovplyvňujú. Jediné nezvládnuté riziko často býva spúšťačom ďalších rizík a ošetrovateľských problémov (Fabianová, 2019).

Dlhodobá starostlivosť je určená pre ľudí s výraznou stratou fyzických a/alebo mentálnych schopností a výkonnosti, aj pre tých, ktorí sú v riziku tejto straty. Trvalé problémy spojené s ochoreniami a úrovňou sebestačnosti determinujú aj možnosti bývania, rozsah podpornej starostlivosti (rodina/inštitúcia). U ľudí úplne odkázaných na pomoc druhých je udržanie kvality života a dôstojnosti podmienené dostupnosťou a komplexnosťou poskytovaných služieb (Pot et al., 2017).

Multidisciplinárna starostlivosť o zdravie v kontexte dlhodobej starostlivosti

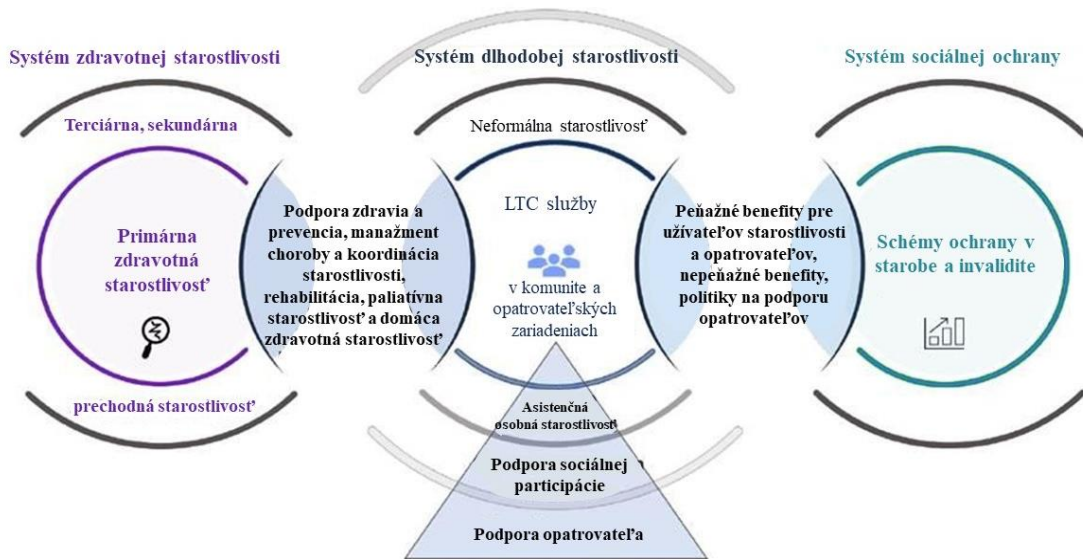
Multidisciplinárna spolupráca, ktorú poskytuje MDT v DSZS zahŕňa mnoho pestrých vzájomne prepojených druhov služieb, ktoré sú orientované na zdravie osôb, alebo starostlivosť o ich potreby počas krátko opakovaného, alebo dlhého časového obdobia. Tieto služby pomáhajú ľuďom žiť v rámci možností nezávisle a bezpečne, ak si už viac nedokážu zabezpečiť každodenné činnosti samostatne. LTC je vykonávaná na rozdielnych miestach rozdielnymi poskytovateľmi, a to v závislosti od potrieb osoby. Väčšina LTC je vykonávaná doma prostredníctvom členov rodiny či priateľov, alebo iných blízkych osôb (neformálnych opatrovateľov) bez finančnej odmeny. Môže byť tiež poskytnutá ako služba poskytovateľa, napr. v dome ošetrovateľskej starostlivosti alebo v rámci komunity, ako napr. v dennom centre starostlivosti o dospelých (NIA, 2021). OECD, Eurostat a WHO (2017) definujú LTC ako súbor služieb, ktoré potrebujú osoby závislé od pomoci pri ADL. Ide o LTC zdravotnú a sociálnu.

Obrázok č. 2 Druhy služieb a poskytovateľov dlhodobej starostlivosti a poskytovateľov (WHO, 2021b)



Komentár autorov k Obrázku č. 2: Neformálna starostlivosť (graf vľavo) zahŕňa osobnú starostlivosť, výživu, manažment starostlivosti o domácnosť, sociálnu participáciu a podporu opatrovateľa. Formálne služby starostlivosti (graf vpravo) rovnakým dielom zastupujú rehabilitácia, domáca zdravotná starostlivosť, koordinácia starostlivosti a manažment choroby, zdravotnícka osveta a prevencia a paliatívna starostlivosť.

Obrázok č. 3 Mapovanie systémov dlhodobej starostlivosti – hranice/prieniky a základ komunity (WHO, 2021)



Komentár autorov k Obrázku č. 3: Priaznivé a podporné prostredie tvoria tri základné systémy: **systém zdravotnej starostlivosti, systém dlhodobej starostlivosti a systém sociálnej ochrany**. Centrom systému zdravotnej starostlivosti (vľavo) je primárna zdravotná starostlivosť, na ktorú nadväzuje terciárna, sekundárna a prechodná starostlivosť. Uprostred systémov zdravotnej starostlivosti a sociálnej ochrany je systém dlhodobej starostlivosti, ktorý obsahuje LTC služby v komunite a opatrovateľských zariadeniach, kde sa sústreďuje asistenčná osobná starostlivosť, podpora sociálnej participácie a podpora opatrovateľa. V prieniku medzi systémom dlhodobej starostlivosti a systémom sociálnej ochrany sa nachádzajú peňažné dávky pre užívateľov starostlivosti a opatrovateľov, nepeňažné benefity a politiky na podporu opatrovateľov. Jadrom systému sociálnej ochrany (vpravo) sú schémy ochrany v starobe a invalidite. **Podpora zdravia a prevencia, manažment choroby a koordinácia starostlivosti, rehabilitácia, paliatívna starostlivosť a domáca zdravotná starostlivosť** sú prienikom systémov zdravotnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti.

Integrované multidisciplinárne zdravotné systémy sú služby, ktoré sú koordinované, manažované a poskytované takým spôsobom, aby zabezpečili ľuďom kontinuálnu starostlivosť o zdravie, prevenciu chorôb, diagnostiku, liečbu, manažment ochorenia, rehabilitáciu, paliatívnu starostlivosť na rôznych úrovniach poskytovania v systéme starostlivosti o zdravie a v súlade s potrebami jednotlivcov počas celého obdobia ich života (Cangár, Machajdíkova, 2017).

Komplexná multidisciplinárna spolupráca v LTC pozostáva z radu lekárskeho, ošetrovateľských služieb, služieb osobnej starostlivosti a asistenčných služieb, ktoré sa spotrebúvajú s primárnym cieľom zmiernenia bolesti a utrpenia alebo zníženia, alebo riadenia zhoršenie zdravotného stavu u pacientov so stupňom dlhodobej závislosti (OECD, 2018).

Dlhodobá starostlivosť je škála vzájomne prepojených služieb a podpôr, ktoré dlhodobo chorý potrebuje na splnenie svojich potrieb v osobnej starostlivosti. **Prevaha potrebných intervencií pre zabezpečenie dlhodobej starostlivosti nesúvisí s medicínskou intervenciou, ale so starostlivosťou zameranou na zabezpečenie základných aktivít denného života jedinca.**

Niekedy sa im hovorí aj činnosti denného života (ADL), ako napríklad kúpanie, obliekanie, stravovanie či použitie toalety.

Ďalšie **bežné služby a podpory dlhodobej starostlivosti** sú pomoc s každodennými úlohami, niekedy sa im hovorí inštrumentálne činnosti každodenného života (IADL): domáce práce, správa peňazí, užívanie liekov, nakupovanie potravín alebo oblečenia a pod.

Dlhodobá starostlivosť závisí aj od **environmentálnych faktorov** ako je ergonómia obytného priestoru, bezbariérovosť – úprava obytného priestoru, komfort a dostupnosť.

Spirituálne potreby chorého nie je ľahké rozpoznať, napriek tomu ich má každý jedinec, či si ich uvedomuje alebo nie. Sú často skryté za rôznymi prejavmi správania. Sestra poskytujúca ošetrovateľskú starostlivosť si má uvedomovať význam uspokojovania spirituálnych potrieb a pracovať na svojej úrovni kompetencie v tejto oblasti. Veľkú časť **spirituálnych potrieb klienta zabezpečuje kňaz**. Je však dôležité, aby si aj ostatní členovia multidisciplinárneho tímu boli vedomí potreby duchovnej starostlivosti klientovi, pretože každý z tímu disponuje týmto potenciálom (Hrindová, Ontkocová, 2021).

Spiritualita môže veriacim osobám pomôcť pri rozhodovaní o spôsobe liečby. Môže ovplyvniť rozhodnutie, či prijať starostlivosť v hospici na konci života. Ovplyvňuje komunikáciu pri ukončovaní protinádorovej liečby. Členovia MDT by mali vedieť realizovať hodnotenie **spirituálnych potrieb veriacej osoby**. Pri odstránení bolesti, fyzického utrpenia sa odкрýva psychosociálne, existenčné a spirituálne utrpenie, ktoré je možné minimalizovať. Spiritualita ovplyvňuje kvalitu života veriacej osoby s nevyliciteľným ochorením. Spiritualita predstavuje **nádej, vieru, túžbu, potrebu, otázky, odpovede, psychickú podporu**. Spiritualita môže predstavovať nielen **religiózne, ale aj nereligiózne postoje**. Pre spiritualitu by malo v PZDS byť modlitebné miesto, kaplnka, alebo priestory ticha (Rybová, 2020).

Významným faktorom je aj spoločenská podpora v multidisciplinarite pre DSZS: podpora opatrovateľov, podpora po úrazoch u dlhodobo chorých, podpora dopravy, kultúry, vzdelávania pre dlhodobo chorých, no tiež vytvorenie postu **ombudsmana** pre DSZS.

Obrázok č. 4: Oblasť, rezorty, ktoré participujú na starostlivosti o dlhodobo chorú osobu. Multidisciplinárny manažment zdravia o osobu v DSZS (spracovala Hoozová, Kočanová)



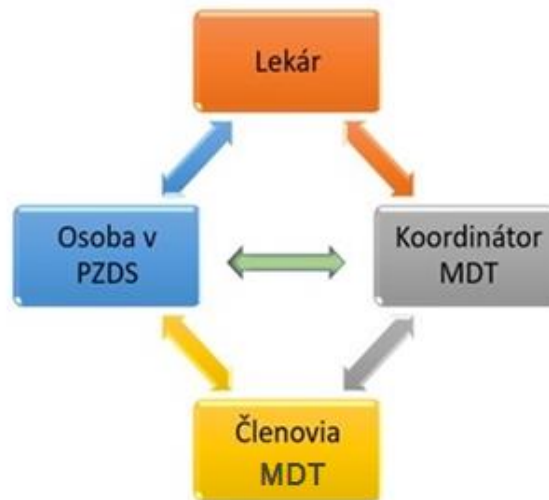
Multidisciplinárny prístup a vzťahy v multidisciplinárnom tíme

Multidisciplinárny prístup predstavuje štandard odbornej práce, ktorý zaručí, že koordinovaná spolupráca medzi odborníkmi pomôže človeku získať maximálny možný úžitok s primeraným počtom potrebných intervencií.

Zmyslom tejto spolupráce je komplexné, personalizované, organizované a koordinované vykonávanie odborných služieb. Ide o to, aby nikto, kto potrebuje pomoc neprepadol cez sieť odbornej pomoci a podpory a aby mu v čo najkratšom čase bola poskytnutá podpora, ktorú potrebuje na miestach, kde je to možné s odborníkmi, ktorí majú zodpovedajúcu odbornú spôsobilosť. Uplatňovanie multidisciplinárneho prístupu je v súlade s poskytovaním komplexnej starostlivosti. **Ľudia pracujúci v multidisciplinárnom tíme využívajú všetky dostupné zdroje na to, aby identifikovali potreby, limity a potenciál svojich klientov.** Multidisciplinárny tím sa zameriava na proces odborného riešenia problému a človeka vníma ako toho, čo vie o svojom probléme najviac, má k nemu kľúč, je „odborníkom na svoj problém“.

Osoba nie je vnímaná ako pasívny prvok, ktorý je potrebné „opraviť“, ale aktívne sa podieľa na rozhodovaní o vlastnom smerovaní (Krnáčová - Čerešník - Ugorová - Hambálek, 2020).

Obrázok č. 5 Vzťahy v multidisciplinárnom tíme (spracovala Hoozová)



Koordinácia tímu

Pre tím je dôležité zvoliť si štruktúru riadenia a tímovej koordinácie. Štruktúra riadenia sa zväčša spája s tromi kľúčovými rolami, ktoré môžu byť výnimočne kumulované: vedúci organizácie, tímový koordinátor a administrátor. Všetky tieto role sú dôležité pre efektívne fungovanie multidisciplinárneho tímu.

Rolu koordinátora vykonáva najčastejšie:

- odborný zástupca pre povolanie sestry v DOS,
- zodpovedná osoba pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v povolaní sestry,
- zodpovedná osoba za poskytovanie sociálnej starostlivosti v povolaní sociálny pracovník.

V zariadeniach sociálnych služieb bez poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti je spravidla koordinátorom zodpovedná osoba za poskytovanie sociálnej starostlivosti, sociálny pracovník.

Koordinácia tímu – pozíciu koordinátora tímu spravidla určuje vedenie inštitúcie. Súvisí s riadením a rozvojom činností multidisciplinárneho tímu.

Koordinácia klienta – je viazaná na konkrétneho odborníka, ktorý je spravidla určený na základe prevažujúceho problému klienta. Koordináciu klienta vykonáva človek, ktorý má najväčší potenciál ponúknuť odborný pohľad vo vzťahu k primárnemu problému.

Koordinácia – zahŕňa zosúladenie jednotlivých činností tak, aby boli služby prístupnejšie a menej duplicitné. Koordinácia si vyžaduje väčšiu mieru komunikácie, dôvery a väčšie časové záväzky od ľudí, najmä čas na stretnutie a skompletizovanie dokumentov.

Vzájomné zdieľanie – v tomto stupni dochádza k oveľa vyššej miere komunikácie, vo vzájomnej zodpovednosti a dôvere jednotlivých členov. Zahŕňa to občasné zdieľanie zdrojov, vedomostí, zamestnancov, či fyzického majetku pri spolupráci aj s inými organizáciami.

Kooperácia – najvyšší stupeň spolupráce je rozvinutý, ak sú všetky zainteresované subjekty a aktéri presvedčení a uznávajú, že nikto nemôže uspieť bez ostatných. Každý z nich má špecifické odborné vedomosti, alebo prístup a zručnosti, ktoré ostatní potrebujú. To je charakterizované dôverou pri spolupráci, ochotou vzájomne sa učiť a nadobúdať hraničné odborné zručnosti, spoločnou zodpovednosťou, riešením konfliktov, dosahovaním konsenzu, zdieľaním právomoci, informácií a koordinácie a riadenia (Krnáčová - Čerešník - Ugorová - Hambálek, 2020).

Klasifikácia

Klasifikácia v multidisciplinárnej spolupráci v LTC vychádza z medzinárodne zaužívaných hodnotení, posudzovaní pacienta, rodiny, komunity v spolupráci odborníkov ako sestry, všeobecného lekára, lekára špecialistu (geriatra, paliatológa, psychiatra a iných), fyzioterapeuta, psychológa, sociálnych odborníkov, sociálnych terapeutov. LTC musí zahŕňať aj environmentálne posúdenia okolia, prostredie pacienta, rodiny, komunity. Ergonómia priestoru, bezbariérovosť, dostupnosť, preťaženosť významne ovplyvňujú komplexnosť multidisciplinárnej dlhodobej starostlivosti (Achterberg, Holemman, 2005).

Štruktúra klasifikácie ICF /Medzinárodná klasifikácia funkčného postihnutia a zdravia/ posudzuje pacienta, rodinu, komunitu z pohľadu multidisciplinaritu v týchto okruhoch:

- telesné funkcie a štruktúry pacienta,
- činnosti, aktivity a účasť pacienta,
- faktory životného prostredia (definície uvedené v prehľade nižšie) (Achterberg, Holemman, 2005).

Kategórie v rámci multidisciplinárnych subdimenzií telesných funkcií a telesných štruktúr sú usporiadané podľa telesných systémov. Rozmer aktivít zahŕňa všetky činnosti, ktoré jednotlivci môžu vykonávať, zoradené v kategóriách od jednoduchých po zložité. Dimenzia účasti pokrýva všetky oblasti života a zameriava sa na prístupnosť, príležitosti a bariéry (opäť usporiadané podľa úrovne zložitosti). Okrem uvedených rozmerov je uvedený aj zoznam environmentálnych faktorov. Tieto faktory potenciálne ovplyvňujú všetky ostatné dimenzie (Achterberg, Holemman, 2005).

Pre multidisciplinárnu spoluprácu v dlhodobej starostlivosti v oblasti ošetrovateľstva platia v SR aktuálne ošetrovateľské diagnózy podľa vyhlášky č. 306/2005 Z. z. ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz počnúc diagnózou A100-S109.¹²


¹² Poznámka autorov: Vyhláška je z roku 2005, kde niektoré ošetrovateľské diagnózy už dnes nespĺňajú požiadavky potrieb pre multidisciplinaritu v DLZS.

V Európskej únii aj v Českej republike je dnes zaužívaný stále aktualizovaný jednotný systém ošetrovateľskej diagnostiky s platnými medzinárodnými kódmi **NANDA Int. – Taxonómia II. (2015 - 2017)**, ktorý vyhovuje v oblasti multidisciplinarity najmä v oblasti prevencie v dlhodobej starostlivosti.

Ako uvádza OECD (2018), vo všeobecnosti LTC pozostáva:

- 1) z **lekárskej a/alebo ošetrovateľskej starostlivosti** (napr. preväz rany, podávanie liekov, zdravotné poradenstvo, paliatívna starostlivosť, tlmenie bolesti, lekárska diagnostika); môže zahŕňať preventívne činnosti na zabránenie zhoršenia dlhodobých zdravotných stavov alebo rehabilitačné činnosti na zlepšenie funkčnosti (napr. fyzické cvičenie na zlepšenie zmyslu pre rovnováhu a predchádzanie pádom),
- 2) a zo **služieb osobnej starostlivosti**, ktoré poskytujú pomoc pri ADL.

Tabuľka č. 2 Služby poskytované formálnou LTC (slúži aj ako kontrolný zoznam) (adaptované autormi podľa Agency for Healthcare Research and Quality, 2011)

|  Služby poskytované formálnou LTC | |
|---|---|
| Služba | Poznámka |
| Osobná starostlivosť | Pomoc v ADL |
| Ošetrovateľská starostlivosť | Liečba, sledovanie zmien v zdravotnom stave, realizácia ordinácií, referencia lekárovi Ošetrovateľskú starostlivosť v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti poskytujú sestry v súlade s aktuálne platnou legislatívou a štandardmi pre komplexný ošetrovateľský manažment |
| Zdravotná starostlivosť | Lekárska starostlivosť – kontinuálny zdravotný dohľad a indikácia k ďalším špecializovaným odborným výkonom (iný lekár – špecialista, logopéd, psychológ, ak je osoba veriaci tak aj duchovný) |
| Paliatívna starostlivosť | Starostlivosť na konci života cestou všeobecnej paliatívnej starostlivosti (všeobecný lekár, geriatra) alebo spolupráce s mobilným hospicom (špecializovaná paliatívna starostlivosť) |
| Stravovanie | Podľa potreby odborník na výživu |
| Rehabilitácia | Fyzioterapeut, predpis adekvátnej kompenzačnej pomôcky |
| Aktivity | Primeraná mentálna a spoločenská stimulácia, liečebný pedagóg + ostatní členovia tímu |
| Doprava | Zabezpečenie primeranej formy transportu napr. na vyšetrenie, na pohreb... |
| Plánovanie, koordinácia, dohľad | Doplňkové služby podľa situácie (napr. duchovný) Kordinátor starostlivosti |

LTC pozostáva z asistenčných služieb, ktoré umožňujú osobe žiť samostatne. Týkajú sa pomoci s inštrumentálnymi činnosťami každodenného života (IADL). Samotná povaha činnosti však nie je dostatočná na to, aby sa mohla považovať za LTC, musí platiť aj nasledovné:













- služba musí byť zameraná na závislé/odkázané osoby, ako sú staršie osoby alebo osoby s telesným alebo duševným postihnutím, trpiace chronickými stavmi s funkčnými alebo kognitívnymi obmedzeniami po dlhšiu dobu; závislé osoby vyžadujú služby LTC nepretržite a opakovane – spravidla sa navrhuje považovať pacientov za závislých od LTC, keď sa predpokladá, že ich porucha bude trvať najmenej 6 mesiacov alebo po zvyšok ich života bez očakávania úplného uzdravenia (niektorí nevyliciteľne chorí pacienti vyžadujúci starostlivosť môžu mať menej ako 6 mesiacov života),
- služba musí súvisieť so stavom závislosti od LTC,
- existuje transakcia, to znamená, že poskytovanie formálnej LTC bez finančnej odmeny poskytovateľa starostlivosti (vrátane benefitov pre neformálnych opatrovateľov) je vylúčené.

DOS verzus ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou

Spoločným znakom oboch poskytovateľov je **pripravenosť chrániť zdravie** svojich klientov na vyššej úrovni ako v bežných pobytových zariadeniach sociálnych služieb. Zastúpenie profesionálov poskytujúcich zdravotnú starostlivosť v týchto zariadeniach je nevyhnutné – a to v rámci multidisciplinárneho zdravotnícko-sociálneho tímu (sestry, praktické sestry/zdravotnícki asistenti, fyzioterapeuti, sanitári, sociálni pracovníci, opatrovateľky, ergoterapeuti...). Prostredie a “režim” sú v porovnaní s nemocnicou osobnejšie. DOS (v porovnaní ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou) svojich pacientov prijíma často priamo z nemocnice, v stave neistej/nie priaznivej prognózy, vzhľadom na početné riziká v súvislosti s prítomným ochorením so súčasnou imobilizáciou, malnutríciou, poklesom sebestačnosti. Kratšia priemerná dĺžka pobytu pacienta a organizačne náročný vyšší počet prijatí a ukončení starostlivosti súvisí aj s limitovanou dĺžkou pobytu v DOS (týždne, mesiace). Vyšší počet úmrtí, keďže stavy pacientov sú vážnejšie znamená viac paliatívnej starostlivosti, aj keď úmrtie pacientov nebýva vždy očakávaným (nejde o terminálne štádium ochorenia).

DOS stabilizuje zdravie a zmiernuje utrpenie predovšetkým prostredníctvom komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v súlade so štandardmi (MZ SR). Úroveň ošetrovateľskej starostlivosti odlišuje zákonná povinnosť DOS naplňať rozsiahlej série štandardov pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta, kým v ZSS v súčasnosti postačuje plnenie jedného štandardu. Z uvedených dôvodov je **v DOS viac personálu – predovšetkým zdravotníckeho, viac lekárskej starostlivosti, ošetrovateľských výkonov, rehabilitácie, lepšieho prístrojového, materiálno-technického vybavenia, viac školení, viac vysokoškolsky vzdelaných zamestnancov, viac špecializácií a pod.** V DOS je potrebné navýšiť sociálny aspekt starostlivosti (Fabianová - Mochnáčová - Bratová, 2021).

Obrázok č. 6 Proporcie tímu v závislosti od typu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti (Fabianová - Mochnáčová - Bratová, 2021)

| Zdravotný aspekt starostlivosti bez hotelových nákladov pri kapacite 40 klientov v zariadení | | | | | | | |
|--|------|--|------|---|------|--|------|
| DOS | | | | ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou | | | |
| Oblasť | | | | | | | |
| A. Pomer ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti | | | | | | | |
| Súčasný stav | | Reálna potreba | | Súčasný stav | | Reálna potreba | |
| <p>Sestry, zdravotnícki asistenti, sanitári, pracovníci pre RHB 95% personálu</p> <p>Lekárska starostlivosť - 1800 minút lekárskej starostlivosti mesačne (vrátane telemedicíny)</p>  | | <p>Reprofilizácia tímu Sestry, zdravotnícki asistenti, sanitári, pracovníci pre RHB - 20% personálu</p> <p>Lekárska starostlivosť - 2000 minút lekárskej starostlivosti mesačne (vrátane telemedicíny) + opatrovatelia a sociálni pracovníci +20%</p>  | | <p>Sestry, zdravotnícki asistenti, sanitári, pracovníci pre RHB 10% personálu</p> <p>Lekárska starostlivosť 800 min lekárskej starostlivosti mesačne (vrátane telemedicíny)</p>  | | <p>Reprofilizácia tímu na Sestry, zdravotnícki asistenti, sanitári, pracovníci pre RHB na 40% personálu</p> <p>Lekárska starostlivosť - 1000 minút lekárskej starostlivosti mesačne (vrátane telemedicíny)</p>  | |
|  Sociálna a opatrovateľská starostlivosť  Zdravotnícka starostlivosť | |  Sociálna a opatrovateľská starostlivosť  Zdravotnícka starostlivosť | |  Sociálna a opatrovateľská starostlivosť  Zdravotnícka starostlivosť | |  Sociálna a opatrovateľská starostlivosť  Zdravotnícka starostlivosť | |
| Personálne zloženie (v % a číslach) | | Reálna potreba | | Personálne zloženie (v % a číslach) | | Reálna potreba | |
| Zdravotnícky personál (Zdravotnícki asistenti a sanitári, sestry, FYZIO, RHB..) (88%) a + lekárska starostlivosť (vrátane telemedicíny) približne 1800 min mesačne | 88% | Zdravotnícky personál (Zdravotnícki asistenti a sanitári, sestry, FYZIO, RHB..) (91%) + lekárska starostlivosť (vrátane telemedicíny) približne 2000 minút / mesačne | 60% | Zdravotnícky personál (Zdravotnícki asistenti a sanitári, sestry, FYZIO, RHB..) (23%) + lekárska starostlivosť (vrátane telemedicíny) približne 800 min mesačne | 25% | Zdravotnícky personál (Zdravotnícki asistenti a sanitári, sestry, FYZIO, RHB..) (45%) + lekárska starostlivosť (vrátane telemedicíny) približne 1000 min mesačne | 47% |
| - | - | Opatrovatelia a sociálni pracovníci | 32% | | 44% | Opatrovatelia (32%) | 31% |
| Iné profesie (napr. pomocníci v DOS, údržbári, upratovačky a pod.) | 12% | Iné profesie (napr. pomocníci v DOS, údržbári, upratovačky a pod.) | 8% | Iné profesie (32%) (napr. sociálni pracovníci, pomocníci v ZSS, údržbári, upratovačky a pod.) | 31% | Iné profesie (23%) (napr. sociálni pracovníci, pomocníci v ZSS, údržbári, upratovačky a pod.) | 22% |
| SPOLU: | 100% | SPOLU: | 100% | SPOLU: | 100% | SPOLU: | 100% |

Obrázok č. 6 – pokračovanie

| Zdravotný aspekt starostlivosti bez hotelových nákladov pri kapacite 40 klientov v zariadení | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---------|---------------------------------|--------------|----|--|-----|----|--|------|----|-------------------------------------|--------|----|--|--------|----|--|-----|----|--------------------------|-----|----|------------------------------|-----|
| DOS | | ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oblasť | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Štruktúra klientov v DOS pri prijíme pri kapacite 40 | | Príklad štruktúry klientov v ZSS pri prijíme pri kapacite 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Štruktúra pacientov v DOS pri prijíme / počet klientov 40</th> </tr> <tr> <th>Por. č.</th> <th>Pritomný ošetrovateľský problém</th> <th>% zastúpenie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>porucha vedomia, tracheostomická kanyla a potrebou pravidelného odsávania a na umelej pľúcnej ventilácii</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>ohrozenie vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu vrátane vzniku dekubitov a deficitu sabaobsluhy</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>riziko vzniku a rozvoja malnutricie</td> <td>77,50%</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>žalúdočná sonda (PEG + nasogastrická) alebo s porucha prehĺtania</td> <td>27,50%</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>dekubit a chronická rana vrátane malignej rany</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>paliatívna starostlivosť</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>porucha správania a demencia</td> <td>95%</td> </tr> </tbody> </table> | | | Štruktúra pacientov v DOS pri prijíme / počet klientov 40 | | | Por. č. | Pritomný ošetrovateľský problém | % zastúpenie | 1. | porucha vedomia, tracheostomická kanyla a potrebou pravidelného odsávania a na umelej pľúcnej ventilácii | 15% | 2. | ohrozenie vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu vrátane vzniku dekubitov a deficitu sabaobsluhy | 100% | 3. | riziko vzniku a rozvoja malnutricie | 77,50% | 4. | žalúdočná sonda (PEG + nasogastrická) alebo s porucha prehĺtania | 27,50% | 5. | dekubit a chronická rana vrátane malignej rany | 55% | 6. | paliatívna starostlivosť | 15% | 7. | porucha správania a demencia | 95% |
| Štruktúra pacientov v DOS pri prijíme / počet klientov 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por. č. | Pritomný ošetrovateľský problém | % zastúpenie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | porucha vedomia, tracheostomická kanyla a potrebou pravidelného odsávania a na umelej pľúcnej ventilácii | 15% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | ohrozenie vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu vrátane vzniku dekubitov a deficitu sabaobsluhy | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | riziko vzniku a rozvoja malnutricie | 77,50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | žalúdočná sonda (PEG + nasogastrická) alebo s porucha prehĺtania | 27,50% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | dekubit a chronická rana vrátane malignej rany | 55% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | paliatívna starostlivosť | 15% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | porucha správania a demencia | 95% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Štruktúra pacientov v ZSS pri prijíme /počet klientov 40</th> </tr> <tr> <th>Por. č.</th> <th>Pritomný ošetrovateľský problém</th> <th>% zastúpenie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>porucha vedomia, tracheostomická kanyla a potrebou pravidelného odsávania a na umelej pľúcnej ventilácii</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>ohrozenie vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu vrátane vzniku dekubitov a deficitu sabaobsluhy</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>riziko vzniku a rozvoja malnutricie</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>žalúdočná sonda (PEG + nasogastrická) alebo s porucha prehĺtania</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>dekubit a chronická rana vrátane malignej rany</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>paliatívna starostlivosť</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>porucha správania a demencia</td> <td>75%</td> </tr> </tbody> </table> | | | Štruktúra pacientov v ZSS pri prijíme /počet klientov 40 | | | Por. č. | Pritomný ošetrovateľský problém | % zastúpenie | 1. | porucha vedomia, tracheostomická kanyla a potrebou pravidelného odsávania a na umelej pľúcnej ventilácii | 0% | 2. | ohrozenie vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu vrátane vzniku dekubitov a deficitu sabaobsluhy | 80% | 3. | riziko vzniku a rozvoja malnutricie | 25% | 4. | žalúdočná sonda (PEG + nasogastrická) alebo s porucha prehĺtania | 15% | 5. | dekubit a chronická rana vrátane malignej rany | 35% | 6. | paliatívna starostlivosť | 3% | 7. | porucha správania a demencia | 75% |
| Štruktúra pacientov v ZSS pri prijíme /počet klientov 40 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por. č. | Pritomný ošetrovateľský problém | % zastúpenie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | porucha vedomia, tracheostomická kanyla a potrebou pravidelného odsávania a na umelej pľúcnej ventilácii | 0% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | ohrozenie vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu vrátane vzniku dekubitov a deficitu sabaobsluhy | 80% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | riziko vzniku a rozvoja malnutricie | 25% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | žalúdočná sonda (PEG + nasogastrická) alebo s porucha prehĺtania | 15% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | dekubit a chronická rana vrátane malignej rany | 35% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | paliatívna starostlivosť | 3% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | porucha správania a demencia | 75% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Komentár autorov k Obrázku č. 6: Rozdiely v štruktúre klientely z hľadiska nárokov na poskytovanie zdravotnej starostlivosti (“Structure of clients”) medzi DOS (vľavo) a ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou (vpravo) sa premietajú do rozdielnej štruktúry tímov. Podiel ošetrovateľskej, lekárskej či rehabilitačnej starostlivosti je v DOS väčší oproti sociálnej starostlivosti, na rozdiel od ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou, kde je pomer opačný. Obrázok popisuje súčasný stav (“current status/composition”) a reálnu potrebu (“real need”).

Komplexný manažment zdravia multidisciplinárnym tímom (MDT) pre osoby v dlhodobej starostlivosti (LTC)

Obrázok č. 7 Proces komplexného manažmentu zdravia osoby v LTC (spracovala Hoozová, Kočanová)



Posúdenie osoby, rodiny, komunity v manažmente zdravia

Členovia MDT tímu **individuálne posúdia** osobu, rodinu, komunitu, s holistickým vnímaním osoby v aktuálnom čase.

V multidisciplinárnej spolupráci sa v systéme DSZS v súčasnosti posudzujú dve oblasti – zdravotná a sociálna. V prípade zdravotnej oblasti sa realizuje zdravotná posudková činnosť, v prípade sociálnej oblasti sociálna posudková činnosť. Posudzuje sa odkázanosť osoby na pomoc inej fyzickej osoby na účely poskytnutia sociálnej služby na základe podania žiadosti (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Pre posudzovanie pacienta lekárom, sestrou, sociálnym pracovníkom sú **spoločné tieto špecifické anamnestické údaje**: identifikačné údaje, osobná, rodinná, sociálna a pracovná anamnéza osoby.

Koordinátor tímu jednotlivé posúdenia a odporúčania lekára, sestry, fyzioterapeuta, sociálneho pracovníka zosumarizuje, zosúladí s potrebami osoby, rodiny, komunity, zoradí podľa dôležitosti a potrieb osoby.

- **Lekár posúdi osobu, rodinu, komunitu** z medicínskeho pohľadu manažmentu zdravia osoby. Pri posúdení osoby spolupracuje s rodinou, príbuznými, komunitou. Berie ohľad na rodinné pomery osoby, sociálnu anamnézu, pracovnú anamnézu, duchovnú orientáciu, inú orientáciu, multikulturalizmus osoby. Posúdenie a odporúčania vo forme správy, nálezů odovzdá koordinátorovi osobne, alebo elektronicky.
- **Sestra posúdi osobu, rodinu, komunitu** z hľadiska manažmentu zdravia osoby, stanoví ošetrovateľský problém, jeho prioritu a navrhne ošetrovateľské intervencie. Posudzovanie je prvou fázou ošetrovateľského procesu. Zahrňuje zber dát a ich validizáciu, čo je potrebné na stanovenie sesterskej diagnózy. Pri posúdení berie ohľad

na rodinné pomery osoby, sociálnu anamnézu, pracovnú anamnézu, duchovnú orientáciu, sexuálnu orientáciu, multikulturalizmus osôb. Cieľom posúdenia je založenie databázy o pacientovej odpovedi na zdravotné ťažkosti či choroby so zreteľom na jeho potrebu ošetrovateľskej starostlivosti. Na základe zistení získaných posúdením, sestra stanovuje sesterskú diagnózu. Sesterská diagnóza je klinický záver o odpovediach jednotlivca, rodiny či komunity na skutočné alebo potenciálne zdravotné problémy či životný proces. Sesterské diagnózy poskytujú základ pre výber ošetrovateľských zásahov na dosiahnutie výsledkov v zdravotnom stave pacienta/klienta, za ktoré je sestra zodpovedná (Hudáková,2019). Ošetrovateľské posúdenie a stanovené sesterské diagnózy sestra zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie. Posúdenie, formuláciu ošetrovateľských problémov zoradených podľa priority a plánované intervencie odovzdá koordinátorovi slovne, písomne.

- **Sociálny pracovník osobu rodinu, komunitu posúdi** z hľadiska sociálnej starostlivosti v manažmente zdravia, schopnosti adaptovať sa v zariadení a navrhne vhodné odporúčania v sociálnej oblasti. Pri posúdení berie ohľad na rodinné pomery osoby, sociálnu anamnézu, pracovnú anamnézu, duchovnú orientáciu, inú orientáciu, multikulturalizmus osoby, zručnosti osoby a záľuby, hobby. Posúdenie zaznamená vo svojej dokumentácii priamo v zariadení. Posúdenie a odporúčania odovzdá koordinátorovi slovne, písomne.
- **Fyzioterapeut posúdi osobu, rodinu, komunitu** z hľadiska rehabilitačného procesu, možnosti, schopnosti rehabilitácie v manažmente zdravia osoby. Posúdenie zaznamená vo svojej dokumentácii, zároveň do ošetrovateľskej dokumentácii priamo v zariadení. Posúdenie a odporúčanie odovzdá koordinátorovi slovne, písomne v krátkej správe.
- **Opatrovateľ** spolupracuje so sestrou pri posudzovaní aktuálneho stavu osoby z pohľadu uspokojovania základných potrieb a aktivít dňa osoby napr., akým spôsobom realizovať kúpanie, stravovanie, kŕmenie osoby, vyprázdňovanie, pokoj na lôžku. O zrealizovaní indikovaných aktivít, o zmenách v správaní osoby opatrovateľ informuje sestru, alebo sociálneho pracovníka, alebo priamo koordinátora slovne, písomne, telefonicky.
- **Liečebný pedagóg** – zdravotnícky pracovník s klinicky zameraným pedagogickým vzdelaním, ktorý disponuje kompetenciami na bazálnu psychoterapiu, rodinnú terapiu, muzikoterapiu, biblioterapiu, arteterapiu, ergoterapiu, psychomotorickú terapiu, vrátane podpory relaxácie prostredníctvom týchto umeleckých terapií ako aj ďalších nefarmakologických intervencií **posúdi** možnosti a schopnosti osoby pre uvedené terapie, funkčnú zdatnosť, dizabilitu a zdravie podľa MKF. Realizuje anamnestické vyšetrenie, analýzu aktuálnych potrieb pacienta, vnútorných zdrojov a motívov, analýzu produktov činnosti (Yakhyaev, Vránová, Hornáková, Kováčsová, Kotrbová, 2020). Výsledky svojho posúdenia napíše do správy, nálezu. Odovzdá správu koordinátorovi, alebo informuje koordinátora slovne, písomne, telefonicky, elektronicky. Koordinátor zabezpečí, aby správa bola uložená v ošetrovateľskej dokumentácii osoby.
- **Psychológ posúdi** osobu z pohľadu typu osobnosti, ktorou bol a ktorou je aktuálne, aktuálneho duševného zdravia osoby a zmien zdravotného stavu, stav jeho nálad, porúch správania, psychickú rovnováhu, prítomnosť suicidálnych sklonov, prítomnosť terminálneho štádia. Preverí možnosti zlepšenia zdravotného stavu, alebo zachovania zdravotného stavu osoby. Výsledky svojho posúdenia zostaví do správy. Oznámi sestru,

alebo koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky. Koordinátor zabezpečí aby správa o posúdení osoby bola uložená v ošetrovateľskej dokumentácii osoby.

- **Psychiater posúdi** osobu, realizuje psychiatrické vyšetrenie pacienta, tvorbu individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, ambulantné vedenie pacienta s pravidelným posudzovaním jeho stavu, po absolvovaní vzdelávania v CPC špecifické psychoterapeutické intervencie poskytovanie ŠPI, psychoedukácia, psychorehabilitačná a komunitná starostlivosť – supervízia. Vykonávanie prevencie (Dietzová, Droppová, Kotianová, 2021). Výsledky svojho posúdenia zostaví do správy. Oznámi sestre, alebo koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky. Koordinátor zabezpečí aby správa o posúdení osoby bola uložená v ošetrovateľskej dokumentácii osoby.

Koordinátor zabezpečuje kontinuitu starostlivosti. Spolupracuje so všetkými členmi MDT. Dohliada na všetky dôležité aspekty posúdenia a odporúčania jednotlivých profesií zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie osoby v chronologickom poradí, alebo na záznamy dohliadne. Dohliadne aby posúdenie lekára formou správ, nálezov, posúdenie sestry a plánovanie intervencií, posúdenie fyzioterapeuta, sociálneho pracovníka boli uložené v zdravotnej dokumentácii osoby. Navrhované vyšetrenia vyplývajúce z posúdení v prípade potreby zaznamenáva do plánovacieho diára.

Koordinátor osoby posudzuje rodinu z pohľadu celkového komplexného manažmentu zdravia. Informuje rodinu, príbuzných o jednotlivých výsledkoch posúdenia, odporúčaniach, intervenciách. Spolupracuje s rodinou, s príbuznými, s komunitou osoby.

Posúdenie osoby lekárom (všeobecný lekár pre dospelých, ev. lekár so špecializáciou, geriatler, paliatológ)

Posúdenie lekárom v súvislosti s LTC má dve roviny:

1. identifikovať cieľovú skupinu – recipienta LTC,
2. aktualizovať informácie o zdravotnom stave recipienta – zabezpečiť bezpečný prechod z domáceho prostredia do pobytového zariadenia dlhodobej starostlivosti.

AD 1 Cieľová skupina = recipient LTC z pohľadu lekára = pacient s komplexnými zdravotno - sociálnymi problémami

- a) s chronickými ochoreniami a častou potrebou úpravy liečby a/alebo potrebou hospitalizácie a s dizabilitou v rôznych oblastiach,
- b) s geriatrickými syndrómami (poruchy chôdze, pády, kognitívny deficit atď.) vrátane dizability (s obmedzujúcimi funkčnými deficitmi v rôznych oblastiach),
- c) s vysokým rizikom poklesu funkčnej kapacity (krehkosť) a rozvojom disability,
- d) s nedostatočným sociálnym a ekonomickým zázemím (zlyhávajúca neformálna starostlivosť, vysoké riziko maladaptácie, sociálnej izolácie, zanedbávania, týrania) (Health Service Executive, 2017).

Posúdenie všeobecným lekárom pre dospelých v rozsahu platných noriem: Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu (podľa § 49 ods. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb.).

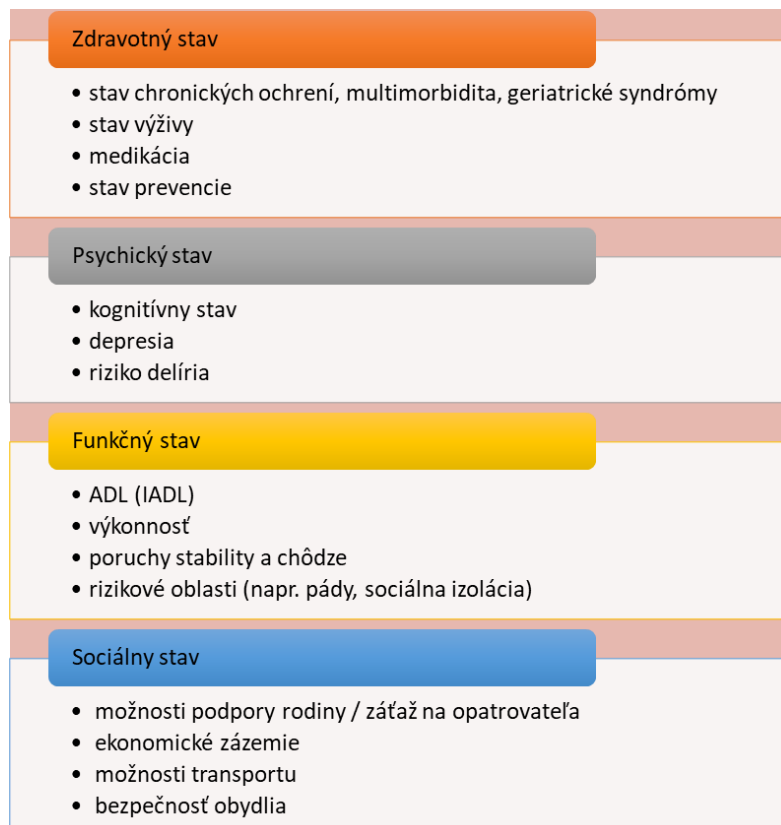
Pri posudzovaní VLD zohľadňuje všetky kategórie problémov súvisiacich so zdravím, so zreteľom na sociálno-ekonomické faktory, na prostredie, v záujme komplexnej zdravotnej starostlivosti o osobu. Posúdenie osoby všeobecným lekárom pre dospelých má multidisciplinárny charakter, obsahuje komplexný rozsah medicínskych činností, podpora zdravia, prevencia, včasná a rýchla diagnostika, diferenciálna diagnostika, komplexná liečba, rehabilitácia a ďalšia starostlivosť o osobu. Riadi sa princípom zachovania integračnej a koordinačnej funkcie všeobecného lekárstva, vrátane manažovania zdravotnej starostlivosti osoby (Masár a kol., 2015).

Štandardné klinické postupy pre komplexný manažment zdravia osoby vo všeobecnom lekárstve (Štandardy všeobecného lekárstva ::SPDTP):

- ❖ Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti – 1. Revízia (Šimková, 2021).
- ❖ Komplexný manažment dospelého pacienta s prediabetes v ambulantnej zdravotnej starostlivosti (Šimková, Eftimová, Gazdíková, 2021).
- ❖ Starostlivosť o pacientov s artériovou hypertenziou prostredníctvom telekonzultácií (odporúčanie). (Šimková - Bendová - Zagibová - Tulejová - Mužik, 2021).

Posúdenie geriatrom (Obrázok. č. 8) v rozsahu aktuálne platného štandardu pre oblasť geriatrickej: Komplexné vyšetrenie geriatrické (Hoozová - Németh - Leitmann, 2021), ktoré na základe nálezov slúži aj na plánovanie potrebných intervencií.

Obrázok č. 8 Schéma komplexného geriatrického vyšetrenia (spracovala Hoozová)




Posúdenie potreby špecializovanej paliatívnej starostlivosti sa týka osoby v starostlivosti PZDS na konci života. Podľa WHO (2016) je paliatívna medicína prístupom, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov (dospelých a detí) a ich rodín, čeliacich trápeniu sprevádzajúcemu ich život ohrozujúce ochorenie. Včasná diagnostika, správne zhodnotenie a liečba bolesti a iných ťažkostí vedie k zmierneniu utrpenia. Paliatívna medicína je prevenciou a úľavou od utrpenia ktoréhokoľvek druhu – fyzického, psychického, sociálneho alebo spirituálneho, ktoré zakúšajú dospelí aj deti žijúce so život limitujúcimi zdravotnými problémami. Podporuje dôstojnosť chorého, kvalitu života a aktívne prispôsobovanie progredujúcemu ochoreniu na základe najlepších dostupných dôkazov (WHO, 2016). Všeobecný lekár a geriater poskytujú všeobecnú paliatívnu starostlivosť.

Pacientov, ktorých komplexnosť potrieb a intenzita ťažkostí (Tabuľka č. 3) presahuje možnosti a kompetencie všeobecnej paliatívnej starostlivosti, je potrebné referovať do špecializovanej paliatívnej starostlivosti, ktorá je poskytovaná lekárom so špecializáciou v odbore paliatívna medicína (paliatológom) (Škripeková - Dzurillová, 2012).

PZDS môže byť miestom poskytovania paliatívnej starostlivosti na konci života (hospicovej starostlivosti), ak s tým súhlasí pacient a jeho príbuzní a v zariadení sú na túto starostlivosť vytvorené personálne, kapacitné a technické podmienky, pacient nevyžaduje hospitalizáciu (24-hodinovú fyzickú prítomnosť lekára) a je zabezpečená spolupráca s mobilným hospicom (ideálne) alebo aspoň možnosť konzultácie s paliatológom (Harasym - Afzaal - Brisbin, 2021).

Tabuľka č. 3 Indikácie na špecializovanú paliatívnu starostlivosť (Škripeková, Dzurilová, 2012)

|  Indikácie na špecializovanú paliatívnu starostlivosť | |
|---|-------------------------------|
| Ošetrovateľské problémy/problematiky | Extrémne symptómy |
| Nevyliečiteľné a progredujúce ochorenie | Bolesť |
| Cieľom liečby je zabrániť/zmierniť utrpenie | Neurologické |
| Prítomná komplexita symptómov | Psychiatrické |
| Vysoká intenzita aspoň jedného symptómu | Gastrointestinálne |
| Základné ochorenie je nevyliečiteľné | Urogenitálne |
| Dominujú symptómy nevyliečiteľného ochorenia | Komplikované rany/kožné zmeny |

Posúdenie osoby sestrou, sestrou so špecializáciou, sestrou s pokročilou praxou

Multidisciplinárne tímy vedené sestrou sa považujú za dobrú prax v zariadeniach najmä pre starších ľudí s komplexnými potrebami a s demenciou (Repková, 2011).

Pre posudzovanie funkčného stavu pacienta v multidisciplinárnej starostlivosti sa odporúča v ošetrovatelstve používať jednotné hodnotiace nástroje, dostupné posudzovacie škály, za účelom vyhodnotenia aktuálneho zdravotného stavu pacienta.

Posúdenia sú komplexné a efektívne spracované, ľahko interpretovateľné s individuálnym holistickým prístupom. Poskytujú užitočné, praktické informácie pre lekára a sestru, fyzioterapeuta, socioterapeuta. Majú byť začlenené do histórie pacienta a jeho denných hodnotení.

Tabuľka č. 4 Možnosti objektívneho hodnotenia funkčného stavu osoby a jeho potenciálnych rizík pre ošetrovateľskú prax /hodnotí sestra/ pre multidisciplinárnu spoluprácu (spracovala Kočanová)

|  Možnosti objektívneho hodnotenia funkčného stavu a jeho potenciálnych rizík pre ošetrovateľskú prax /hodnotí sestra/ pre multidisciplinárnu spoluprácu | |
|---|--|
| Riziká destabilizácie osoby | Posúdenie osoby sestrou - príklady testov, hodnotení |
| Mobilita | Stupeň mobility, časový faktor mobility, test rovnováhy podľa Tinettiovej a iné |
| Sebestačnosť | Test základných denných činností ADL, inštrumentálnych denných činností, stupeň deficitu v sebestačnosti |
| Bolesť | Hodnotenie bolesti, typ bolesti, škála bolesti od 1 - 10 |
| Výživa | BMI, test malnutrie MNA, stav hydratácie, bilancia tekutín turgor kože |
| Inkontinencia | Typ a stupeň inkontinencie |
| Stav vedomia | Poruchy vedomia, hĺbka vedomia GCS |
| Kognitívne funkcie | Stav orientácie, MMSE, test MoCa |
| Dekubity, chronické rany | Nortonovej škála, stupeň dekubitu, rany, štádium liečby rany, stupeň kompresívnej terapie pre DK |
| Poruchy správania | Agresivita, depresia, striedanie nálad, suicidálne sklony |

Výsledky posúdenia sestra oznámi lekárovi, geriatrovi, paliatológovi, blízkemu/rodinnému príslušníkovi/opatrovníkovi (ak pacient rodinu/blízkych/opatrovníka nemá – obci pacienta, komunite) o čom vykoná zápis do ošetrovateľskej dokumentácie. O výsledkoch informuje koordinátora slovne, písomne, telefonicky, alebo elektronicky.

Sestra v multidisciplinárnej spolupráci so sociálnym pracovníkom, s rodinnými príslušníkmi, komunitou posúdi u pacienta **možné aktivity a účasť na nich** (Achterberg, Hollemann, 2005).

Spiritualita

Sestra má kompetenciu pre **adekvátne zhodnotenie fyzického, ale aj psychického stavu pacienta**. Posúdenie spirituálnych potrieb by sa malo realizovať veľmi opatrne. Je potrebné dbať na to, aby sestry v dialógu pri posudzovaní spirituálnych potrieb nezredukovali len na jednorazovú aktivitu (Hrindová, Ontkocová, 2021).

Sestra v multidisciplinárnej spolupráci so sociálnym pracovníkom, s rodinnými príslušníkmi, komunitou posúdi u pacienta všetky súvisiace **environmentálne faktory** (Achterberg, Hollemann, 2005).

Environmentálne faktory


Environmentálne faktory tvoria fyzické, sociálne a prístupové prostredie, v ktorom ľudia žijú a vedú svoj život.

- Výrobky, pomôcky, technológie a ich vplyv na osobu
- Prírodné prostredie, barierovosť a zmeny životného prostredia ľuďmi
- Podpora a vzťahy
- Postoje
- Systémy a polícia, dostupnosť pre pacienta

Posúdenie osoby sociálnym pracovníkom

Sociálny pracovník v spolupráci s rodinnými príslušníkmi posúdi **aktuálny sociálny status osoby**, rodiny, komunitu, jeho možnosti v starostlivosti, **autobiografiu**, aktivity a účasť na nich. Berie pritom do úvahy kognitívne schopnosti osoby, deficit v sebestačnosti osoby, mobilitu, psychiatrické, neurodegeneratívne, iné ochorenia, záujmy a voľnočasové aktivity.

Tabuľka č. 5: Príklady posúdenia osoby sociálnym pracovníkom v spolupráci s psychiatrom, s psychológom (spracovala Rummelová)

|  Príklady posúdenia osoby sociálnym pracovníkom v spolupráci s psychiatrom, psychológom | |
|---|--|
| Posúdenie osoby podľa prevládajúcej charakteristiky | Sangvinik, melancholik, cholerik, flegmatik, introvert, extrovert |
| Posúdenie osoby podľa typu hodnôt | Realistický typ, umelecký typ, intelektuálny typ, sociálny typ, aktívny typ, pasívny typ |
| Posúdenie osoby podľa psychickej rovnováhy | Psychicky stabilný, psychicky labilný, slabý typ, silný nevyrovnaný typ, silný vyrovnaný typ |

Posúdenie odkázanosti osoby na pomoc inej fyzickej osoby na účely poskytnutia sociálnej služby (v kompetencii príslušného úradu v zmysle platnej legislatívy) je špeciálnym doplnkom štandardu.

Posúdenie osoby fyzioterapeutom

Súčasťou multidisciplinárneho tímu pri poskytovaní rehabilitačnej starostlivosti je fyzioterapeut a sestra, ktorí sa podieľajú na lôžkových oddeleniach, v domácnostiach nielen na poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, ale aj na rehabilitačnom procese (Ištoňová, 2008).

Fyzioterapeut berie do úvahy pri posúdení osoby, či ide o konzervatívny, alebo pooperačný typ liečby osoby. Zhodnotí **psychologické kritéria, inteligenciu, charakter osobnosti, vek a motiváciu pacienta k vyliečeniu**. Vyhodnotí **sociálne, ekonomické, pracovné údaje**, ktoré sa zohľadnia pri stavbe rehabilitačného plánu.

Fyzioterapeut je odborne spôsobilý vykonávať **vyšetrenie rovnováhy osoby a stanoviť cieľný cvičebný program** podľa Zákona č. 578/2004 Z. z. (Hagovská, 2021).

Plánovanie manažmentu zdravia osoby, rodiny, komunity

Koordinátor všetky plánované vyšetrenia lekárom, plánované ošetrovateľské intervencie sestry, frekvencie rehabilitačných cvičení osoby s fyzioterapeutom, plány aktivít podľa sociálneho pracovníka zosumarizuje, zosúladí s potrebami osoby, rodiny, komunity, s režimom zariadenia v chronologickom poradí, zoradí podľa dôležitosti a potrieb pacienta.

- **Lekár plánuje komplexný manažment osoby**, indikuje laboratórne, funkčné, iné typy pomocných vyšetrení, indikuje konziliárne vyšetrenia, indikuje poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti, plánuje opakované kontroly zdravotného stavu osoby z medicínskeho pohľadu manažmentu zdravia. Pri plánovaní berie do úvahy celoštátne preventívne programy, vrátane očkovania, depistáže, skríningu, boja proti alkoholizmu a drogovým závislostiam. (Masár a kol., 2015). Spolupracuje s rodinou, príbuznými, komunitou. Konkrétne plány a dátumy plánovaných vyšetrení, laboratórných testov, meraní odovzdá slovne, písomne, telefonicky koordinátorovi MDT. Niektoré časti procesu plánovania deleguje na sestru.
- **Sestra zostaví ošetrovateľský individuálny plán, ktorý obsahuje realistické ciele osoby**. Plánuje ošetrovateľské intervencie pre osobu z ošetrovateľského hľadiska manažmentu zdravia osoby v súlade so štandardnými postupmi (Štandardy ošetrovateľstvo: SPDTP). Plánuje ošetrovateľské intervencie, kontrolné merania a frekvenciu informovaní lekára napr. prostredníctvom vopred dohodnutého protokolu (pozri kapitolu Ďalšie odporúčania). Niektoré z plánovaných intervencií je vhodné delegovať na zdravotníckeho asistenta, sanitára, opatrovateľa v rozsahu ich kompetencií. Konkrétny ošetrovateľský plán a frekvencie intervencií zaznamená do ošetrovateľskej dokumentácie. Informácie odovzdá koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky, alebo elektronicky.
- **Sociálny pracovník zostaví adaptačný plán** pre osobu, ktorý si stanoví dané zariadenie podľa vlastného Procesu individuálneho plánovania. Je spravidla určený na časové obdobie 6 týždňov, v niektorých prípadoch až 3 mesiace. Prvoradé je poznanie klienta, jeho záujmy, potreby, životné hodnoty a ciele v smerovaní k potrebám klienta. Následne v spolupráci s klientom pripraví **individuálny plán aktivít**, kde spoločne s klientom stanovuje potreby, ciele klienta a následne plánuje aktivity, ktoré budú klienta naplňovať. Spolupracuje s rodinou, s príbuznými, s komunitou osoby, získava tak informácie o socializácii osoby, o záľubách, zvyklostiach. Informáciu o adaptácii osoby, o plánovaných aktivitách a ich frekvenciu zaznamenáva pravidelne do sociálnej dokumentácie. Informácie o adaptácii osoby, plánovaných aktivitách odovzdá koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky. Individuálny plán nemusí realizovať iba sociálny pracovník, klient si môže určiť svojho kľúčového pracovníka.

Kľúčový pracovník sprevádza a podporuje PSS v procese individuálneho plánovania (Zákon č. 448/2008 Z. z. §9 ods. 2).

- **Kľúčový pracovník** je odborný pracovník, ktorý koordinuje proces individuálneho plánovania, ktorý v sebe zahŕňa identifikáciu potrieb klienta, stanovenie primeraných cieľov, voľbu metód alebo techník, ktoré budeme využívať až po plán činností. Kľúčový pracovník pravidelne hodnotí stanovený individuálny plán, prehodnocuje spoločne s klientom stanovené potreby, ciele a činnosti vedúce k napĺňaniu individuálneho plánu.¹³
- **Fyzioterapeut plánuje** rehabilitačné terapie, tréningy, individuálne a kolektívne cvičenia pre osobu z hľadiska liečebno-rehabilitačného procesu v manažmente zdravia osoby. Správne plánovaná rehabilitácia môže minimalizovať poruchu (impairment), znížiť neschopnosť (disability) a uľahčiť návrat do normálneho života. Plánovanie, dátumy a frekvenciu rehabilitačných cvičení zaznamená vo svojej dokumentácii. Zároveň plánované rehabilitácie a ich frekvenciu chronologicky zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie priamo v zariadení. Plány o liečebnej rehabilitácii odovzdá koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky. Frekvenciu zaznamená v plánovacom diári v zariadení (Ištoňová, 2008).
- **Opatrovateľ/-ka plánuje** opatrovateľskú starostlivosť v súčinnosti s ostatnými členmi MDT poskytujúceho starostlivosť osobe v pobytovom zariadení a rešpektuje pritom zvyklosti, životný priestor, biografii, náboženské vyznanie a kultúrne prostredie opatrovaného. Plány pre osobu ako napr. kúpanie, strihanie vlasov, strihanie nechťov zaznamenáva do opatrovateľskej dokumentácie. Opatrovateľská dokumentácia obsahuje záznamy o stravovaní, hydratácii, príjme tekutín, hygiene, polohovaní, sprchovaní, kúpaní, vylučovaní. Frekvencia záznamov závisí od stavu pacienta a býva určovaná sestrou. Opatrovateľ/-ka o svojich plánoch informuje sestru alebo sociálneho pracovníka, alebo priamo koordinátora slovne, písomne, telefonicky.
- **Liečebný pedagóg** – na základe posúdenia osoby tvorba individuálneho a skupinového terapeutického plánu. Plánuje psychoedukáciu pacientov a ich príbuzných. Plánuje bazálnu psychoterapiu, rodinnú terapiu, muzikoterapiu, biblioterapiu, arteterapiu, ergoterapiu, psychomotorickú terapiu, vrátane podpory relaxácie prostredníctvom týchto umeleckých terapií ako aj ďalších nefarmakologických intervencií vo frekvencii podľa individuálnych potrieb osoby (Čunderlíková - Kisel'áková - Zigmundová - Kováčsová, 2021). Správu o terapeutických individuálnych plánoch osoby odovzdá koordinátorovi, ktorý zodpovedá za jej uloženie v ošetrovateľskej dokumentácii osoby v zariadení.
- **Psychológ, alebo klinický psychológ plánuje** psychodiagnostické vyšetrenie, psychoedukáciu, psychorehabilitačnú a komunitnú starostlivosť, prevenciu, podporné psychoterapie individuálne, komunitné, spoločné, podľa zmeny zdravotného stavu osoby, stavu jeho nálad, porúch správania, psychickej rovnováhy, prítomnosti

¹³ Ciele individuálneho plánu vychádzajú z individuálnych potrieb prijímateľa sociálnej služby a spolupráce prijímateľa sociálnej služby a poskytovateľa sociálnej služby. Individuálny plán je koordinovaný pracovníkom, ktorý podporuje a sprevádza prijímateľa sociálnej služby v procese individuálneho plánovania (ďalej len „kľúčový pracovník“). Proces individuálneho plánovania zahŕňa identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov individuálneho plánu, voľbu metód dosahovania cieľov individuálneho plánu, plán činností a aktivít napĺňania individuálneho plánu a hodnotenie individuálneho plánu (§ 9 (Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

suicidálnych sklonov, prítomnosti terminálneho štádia. Preverí možnosti zlepšenia zdravotného stavu, alebo zachovania zdravotného stavu osoby (Lebedová - Chudovská - Jandová, 2021). Správu o individuálnych psychodiagnostických plánoch osoby odovzdá koordinátorovi, ktorý zodpovedá za jej uloženie v ošetrovateľskej dokumentácii osoby v zariadení.

- **Rodinní príslušníci osoby, komunita, priatelia plánujú** návštevy u osoby, prípadne krátkodobý pobyt osoby u nich v domácnosti. Pri plánovaní návštev spolupracujú s koordinátorom, so sestrou, so sociálnym pracovníkom. Návštevu vopred ohlásia koordinátorovi.
- Ak je osoba veriaca, sestra, alebo sociálny pracovník **plánuje pre osobu návštevu kostola**, alebo návštevu osoby duchovným predstaviteľom priamo v zariadení, podľa vierovyznania osoby. Plánované religiózne aktivity sestra, sociálny pracovník zaznamená do ošetrovateľskej dokumentácie, do plánovacieho diára a informuje o nich koordinátora.

Podľa novej charty zdravotníckych pracovníkov, ktorú vydala Kongregácia pre pastoraáciu v zdravotníctve vo Vatikáne (2016) sú **zdravotnícki pracovníci povolaní spolupracovať s pastoračnými pracovníkmi** a rodinnými príslušníkmi, aby osobe v terminálnom štádiu života ponúkli **klinickú, psychologickú a duchovnú pomoc**, ktorá jej umožní v tej miere ako je to ľudsky možné, akceptovať a prežiť svoju smrť (Hrindová, Ontkocová, 2021).

Koordinátor tímu plánuje v spolupráci s lekárom vizity lekára u osoby v zariadení, minimálne 1x/týždeň. Plánuje stretnutia, porady s členmi MDT s vopred dohodnutou frekvenciou, spravidla 1x/týždeň. Plánuje stretnutie s manažmentom zariadenia. Plánuje stretnutia s príbuznými, rodinou, komunitou, kde o plánovaných dátumoch všetkých informuje slovné, písomne, elektronicky.

Koordinátor všetky plánované vyšetrenia, merania, testy, odporúčania od jednotlivých profesií zaznamená do ošetrovateľskej dokumentácie osoby, alebo dohliadne, či sú správne zaznamenané sestrou. Plánované vyšetrenia osoby u lekára, plánované ošetrovateľské intervencie u osoby sú zaznamenané do plánovacieho diára.

V prípade potreby, ak dátumy vyšetrení nie sú kompatibilné, koordinátor prehodnotí časovú dôležitosť vyšetrení a zabezpečí náhradné termíny vyšetrení. O zmenách informuje lekára, sestru, ak je to potrebné tak aj sociálneho pracovníka. Dohliadne aby zmeny boli zaznamenané v ošetrovateľskej dokumentácii a v plánovacom diári.

Plánované rehabilitácie s fyzioterapeutom a plánované aktivity osoby so sociálnym pracovníkom, liečebným pedagógom, psychológom koordinátor zaznamená do plánovacieho diára, alebo dohliadne, či sú zaznamenané správne. Plánované návštevy kostola, alebo plánované návštevy rodinných príslušníkov osoby v zariadení, iné mimoriadne aktivity rovnako zaznamená v plánovacom diári.

Realizácia manažmentu zdravia osoby a participácia rodiny, príbuzných, komunity

- **Lekár realizuje základné a komplexné vyšetrenie a manažment osoby, plánované vyšetrenia**, pričom využíva diagnostické a liečebné metódy, metodiky, pomôcky, prístroje, realizuje laboratórne, funkčné, iné pomocné vyšetrenia, realizuje diagnostiku a liečbu život ohrozujúcich stavov, poruchy vedomia a správania, diferenciálnu diagnostiku chorobných stavov, poskytuje prvú pomoc. Realizuje pravidelné preventívne prehliadky, vrátane očkovania. Odporúča opakované kontroly zdravotného stavu osoby z medicínskeho pohľadu manažmentu zdravia osoby. (Masár a kol., 2015). Niektoré vyšetrenia ako ekg, laboratórne odbery deleguje na sestru. Konkrétne realizácie vyšetrení a nové dátumy plánovaných vyšetrení, kontrol, meraní odovzdá slovne, písomne vo forme lekárskej ambulantnej správy koordinátorovi.
- **Participácia rodiny, príbuzných, komunity** v časti realizácie spočíva najmä v tom, že sprevádzajú osobu na vyšetrenia aktívnym spôsobom. Spolurozhodujú o terapiách, liečbe, postupoch. Sú edukovaní, vedia pomôcť pri všetkých úkonoch. Pre osobu je prítomnosť rodiny pri realizácii manažmentu zdravia povzbudzujúca, pomáhajúca, podporná (Kočanová - Katreniaková - Fabianová - Rajničová Nagyová, 2021). Príbuzní, rodina je usmerňovaná koordinátorom tímu.
- **Sestra realizuje ošetrovateľské intervencie** pre osobu, rodinu, komunitu z ošetrovateľského hľadiska manažmentu zdravia osoby, zároveň dohliada na frekvenciu ošetrovateľských intervencií, meraní a frekvenciu informovaní lekára napr. prostredníctvom vopred dohodnutého protokolu. Niektoré intervencie deleguje na zdravotníckeho asistenta, sanitára, opatrovateľa. Realizáciu ošetrovateľských intervencií zaznamenáva do ošetrovateľskej dokumentácie priamo v zariadení. Konkrétne realizácie a frekvencie intervencií odovzdá koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky.
- **Sociálny pracovník realizuje sociálne poradenstvo klientovi, príbuzným PSS, či záujemcom o SS, vedie sociálnu agendu klienta, realizuje aktivity, terapie.** Vedie/koordinuje individuálne plány PSS, ktoré denne zaznamenáva. Podieľa sa na zisťovaní spokojnosti klientov s poskytovanou SS a spolupodieľa sa pri skvalitňovaní poskytovania SS. Realizuje aktivity stanovené v súčinnosti s klientom. Informáciu o realizovaných a ďalších plánovaných aktivitách a ich frekvenciu odovzdá koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky.
- **Fyzioterapeut na základe odporúčania lekára FBLR, ortopéda event. traumatológa realizuje rehabilitačné terapie, tréningy, cvičenia** pre osobu z hľadiska rehabilitačného procesu v manažmente zdravia osoby. Realizuje fyzioterapeutickú diagnostiku a terapiu funkčných porúch pohybového systému s cieľom zachovania a obnovenia optimálnej funkcie pohybového systému so zameraním na problém osoby. (Filep, Šingliarová, 2021). V prípade potreby konzultuje s lekárom FBLR, alebo operatéra. Fyzioterapeut vedie zdravotnú dokumentáciu o priebehu RHB diagnostiky a terapie. Dátumy realizácie a frekvenciu rehabilitačných cvičení odovzdá koordinátorovi slovne, písomne, telefonicky.
- **Liečebný pedagóg** v procese psycho-sociálnej rehabilitácie realizuje nasledovné výkony: liečebno-pedagogická diagnostika, vedenie skupinového programu psycho-

sociálnej rehabilitácie zameranej na podporu sociálnych kompetencií, pracovná rehabilitácia, ergoterapia, realizácia liečebno-pedagogických cvičení a programov s využitím arteterapie, psychomotorickej terapie, dramaterapie, biblioterapie, muzikoterapie, v individuálnej a skupinovej forme **nácvik relaxačných techník, realizácia kognitívneho tréningu a tréningu pamäti, psychoedukácia ľudí a ich príbuzných**, case-manažment – pomoc pri organizácii starostlivosti o pacienta, úzka spolupráca s terapeutickým tímom krízová intervencia, liečebno-pedagogické poradenstvo, podporná psychoterapia, odborné konzultácie a intervízia činnosti s lekármi zdravotníckeho zariadenia, s klinickým psychológom a ďalšími špecialistami v oblasti psychiatrie a psycho-sociálnej rehabilitácie, vedenie systematickej zdravotnej dokumentácie pacientov (Čunderlíková - Kiseľáková - Zigmundová - Kováčsová, 2021).

- **Ergoterapeut** komplexne pomáha aktivovať motoricko-intelektuálne funkcie a sociálne schopnosti osoby s cieľom dosiahnutia čo najvyššieho stupňa sebaobsluhy a samostatnosti osoby v živote. Snaží sa o zachovanie a využívanie schopností jedinca potrebných pre zvládnutie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb s rôznym typom postihnutia. Zameriava sa na **vykonávanie činností, ktoré osoba považuje za užitočné a zmysluplné**. Hlavným cieľom ergoterapie je cieleňý tréning vnímania a senzitivity, tréning jemnej a hrubej motoriky a funkcie horných končatín, koordinácie, tréning kognitívnych funkcií, sebestačnosti v dennom živote (Flašková, 2021).
- **Psychológ realizuje** psychoterapie individuálne, komunitné, spoločné, podľa zmeny zdravotného stavu osoby, stavu jeho nálad, porúch správania, psychickej rovnováhy, prítomnosti suicidálnych sklonov, prítomnosti terminálneho štádia. Preverí možnosti zlepšenia zdravotného stavu, alebo zachovania zdravotného stavu osoby.
- **Opatrovateľka realizuje** praktické úkony sebaobsluhy, opatrenia, metódy a techniky základnej opatery. Uspokojuje potreby osoby a rešpektuje pritom zvyklosti, životný priestor, biografiu, náboženské vyznanie a kultúrne prostredie opatrovanej osoby.
- **Rodinní príslušníci osoby, komunita, priatelia** realizujú návštevy u osoby. Realizované návštevy zaznamenajú v zošite návštev. Zošit návštev patrí koordinátorovi.
- Ak je osoba veriaca, tak **realizuje svoje religiózne praktiky** pravidelne, či v kostole, alebo návštevou duchovným predstaviteľom priamo v zariadení, podľa vierovyznania osoby.

Koordinátor monitoruje realizácie vyšetrení osoby. Spolupracuje s príbuznými, rodinou, komunitou, harmonizuje jednotlivé dátumy vyšetrení, terapií, odporúčaní podľa potrieb osoby, rodiny, komunity v optimálnom poradí. Potrebuje pritom súhlas osoby, rodiny, komunity. Dáva spätnú väzbu o zmenách, reakciách príbuzným lekárovi, sestre, opatrovateľom, sociálnemu pracovníkovi, fyzioterapeutovi, duchovnému a iným podľa aktuálnych špecifických potrieb osoby. Koordinátor dohliadne, aby všetky správy z vyšetrení boli vložené v ošetrovateľskej dokumentácii osoby.

Koordinátor participuje na realizácii vyšetrení. Dohliada na dostupnosť vyšetrení, pripravenosť osoby na vyšetrenia, terapie. Dohliadne v spolupráci so sestrou, alebo sociálnym pracovníkom na prepravu na vyšetrenie, terapie. Komunikuje s externými pracovníkmi

o podmienkach vyšetrenia, terapie. Dohliada na zabezpečenie pomôcok pri preprave, pri vyšetrení, napr. zdviháku, vozíka, lehátka, overí bezbariérovosť vyšetrenia. Dohliada na predpis zdravotníckych pomôcok lekárom, sestrou a ich zabezpečenie.

Vyhodnotenie, prehodnotenie cieľov manažmentu zdravia osoby

- **Lekár vyhodnotí výsledky** vyšetrení medicínskej časti zdravotnej starostlivosti osoby, ktoré indikoval on, alebo výsledky, nálezy iných lekárov špecialistov spravidla podľa potreby osoby. Vyhodnotí, upraví terapiu, odporúčania. **Mimoriadne udalosti, štatistické údaje vyhodnotení (dispenzarizácia) nahlási NCZI.** Lekár v spolupráci so sestrou reflektuje na ošetrovateľské výsledky v starostlivosti. Aktualizuje vyhodnotenie, ktoré je súčasťou lekárskej správy, nález, ktorej vloženie do ošetrovateľskej dokumentácie v zariadení zabezpečí koordinátor, alebo nález je priamo súčasťou ošetrovateľskej dokumentácie v zariadení.
- **Sestra vyhodnotí splnené/nesplnené ciele komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti** podľa vopred stanovenej frekvencie vyhodnocovania, spravidla 1x/pol roka, podľa aktuálneho stavu osoby. Realizuje opätovné posúdenie v rámci ošetrovateľského procesu, modifikáciu cieľov a intervencií so zohľadnením prioritizácie deficitov potrieb osoby. O výsledkoch informuje lekára, koordinátora, ostatných členov MDT. Výsledky sú zároveň merateľným ukazovateľom kvality poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v spolupráci s ostatnými členmi MDT tímu.
- **Sociálny pracovník** v spolupráci s ostatnými členmi MDT tímu a klienta vyhodnocuje plnenie individuálneho plánu osoby PSS minimálne 1x/pol roka. V prípade, že sú stanovené ciele v súlade s potrebami PSS, pokračuje v stanovenom IP, čo však zaznačuje do nového IP. Nový plán sa stanovuje v prípade, že stanovené ciele nie sú v súlade s potrebami PSS. Zdravotný stav sa natoľko zmenil, že už nie je možné pokračovať v stanovených cieľoch v predchádzajúcej perióde, kde si stanoví upravené ciele podľa potrieb a želania osoby, podľa jeho želaní. V individuálnom pláne stanoví frekvenciu plánovaných aktivít, ako aj vyhodnotenie splnených/nesplnených cieľov. O výsledkoch vyhodnotenia informuje koordinátora. Aktívne spolupracuje s príbuznými, rodinou, komunitou, v prvom rade však s PSS.
- **Liečebný pedagóg** v spolupráci so sestrou, sociálnym pracovníkom, psychológom vyhodnotí terapie, bazálnu psychoterapiu, rodinnú terapiu, muzikoterapiu, biblioterapiu, arteterapiu, ergoterapiu, psychomotorickú terapiu, spôsoby relaxácie. Podľa výsledkov pokračuje v napĺňaní cieľov, alebo prehodnotí činnosť a stanoví nové ciele. O výsledkoch vyhodnotenia informuje koordinátora. Spolupracuje pritom aj s rodinnými príslušníkmi.
- **Ergoterapeut** komplexne vyhodnotí motoricko-intelektuálne funkcie osoby, dosiahnuté sociálne schopnosti osoby s cieľom zastabilizovania, zlepšenia, dosiahnutia čo najvyššieho stupňa sebaobsluhy a samostatnosti osoby v živote. Vyhodnotí ciele, či sa podarilo zachovať schopnosti jedinca potrebných pre zvládnutie bežných denných, pracovných, záujmových a rekreačných činností u osôb s rôznym typom postihnutia. Zameriava sa na **vyhodnotenie činností, ktoré osoba považuje za užitočné a zmysluplné.** Hlavným cieľom ergoterapie je cielený tréning vnímania a senzitivity, tréning jemnej a hrubej motoriky a funkcie horných končatín, koordinácie, tréning

kognitívnych funkcií, sebestačnosti v dennom živote (Flašková, 2021). Konkrétne výsledky hodnotenia oznámi koordinátorovi slovné, písomne, telefonicky.

- **Psychológ vyhodnotí účinok individuálnej, alebo komunitnej psychoterapie** s ohľadom na zmeny zdravotného stavu osoby, stavu jej nálad, porúch správania, psychickej rovnováhy, prítomnosti suicidálnych sklonov, prítomnosti terminálneho štádia. Preverí ďalšie možnosti zlepšenia zdravotného stavu, zachovania zdravotného stavu osoby, alebo sprevádzania osoby v terminálnom štádiu. Výsledky posúdenia zaznamená v krátkej správe. Oboznámi koordinátora prípadne sestru, ktorý zabezpečia uloženie správy v ošetrovateľskej dokumentácii.
- **Opatrovateľ/-ka vyhodnotí** výsledky osoby s ohľadom na praktické úkony sebaobsluhy, opatrenia, metódy a techniky základnej opatery. Upraví uspokojovanie potrieb osoby a rešpektuje pritom zvyklosti, životný priestor, biografiu, náboženské vyznanie a kultúrne prostredie opatrovanej osoby. S výsledkom vyhodnotenia oboznámi sestru, alebo koordinátora.
- **Fyzioterapeut vyhodnocuje** výsledky rehabilitačného procesu priebežne a kontinuálne. Priamo v procese mení techniky terapie podľa aktuálneho stavu osoby a jej potrieb. Frekvencia vyhodnotenia je individuálna. Vyhodnotenie zaznamenáva do svojej dokumentácie, do ošetrovateľskej dokumentácie, priamo do ošetrovateľského dekuru osoby. O výsledkoch informuje sestru, koordinátora a lekára.

Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby lekárom

Lekár je súčasťou MDT v PZDS, v zmysle holistického prístupu posudzuje zdravotný a funkčný stav recipienta, navrhuje liečbu, následné intervencie, kontroluje ich efekt a prehodnocuje ciele v spolupráci s ostatnými členmi MDT. S ostatnými členmi MDT komunikuje a stretáva sa podľa schémy spolupráce pre konkrétne zariadenie. Lekár (väčšinou všeobecný lekár, ideálne aj geriater), ktorý spolupracuje so zariadením PZDS vstupuje do procesu manažmentu zdravia recipientov vo viacerých situáciách. Miestom vyšetrenia recipienta PZDS je ambulancia lekára, podľa okolností je možné vyšetriť osobu priamo v zariadení (ak prevoz osoby nie je možný, alebo ak je predpoklad, že prevoz by zhoršil zdravotný stav). Naliehavosť zmeny zdravotného stavu určuje formu intervencie lekárom (Obrázok č. 9). Hlavný spolupracujúci lekár zariadenia navrhuje intervencie iných členov MDT a vyšetrenia inými lekármi – špecialistami podľa individuálnych potrieb recipientov. Koordinuje medicínsku starostlivosť s cieľom minimalizovať polypragmáziu a iatrogenicitu (Obrázok č. 10).

Obrázok č. 9 Manažment zdravia lekárom spolupracujúcim s PZDS (Hoozová)

Pred prijatím recipienta do zariadenia PZDS

- v ambulancii lekára
- zdravotný a funkčný funkčný stav
- diagnostický sumár
- problematické / rizikové oblasti
- aktuálna medikácia
- odporúčenie liečby / rehabilitácie / vyšetrení
- odporúčenie preventívnych opatrení

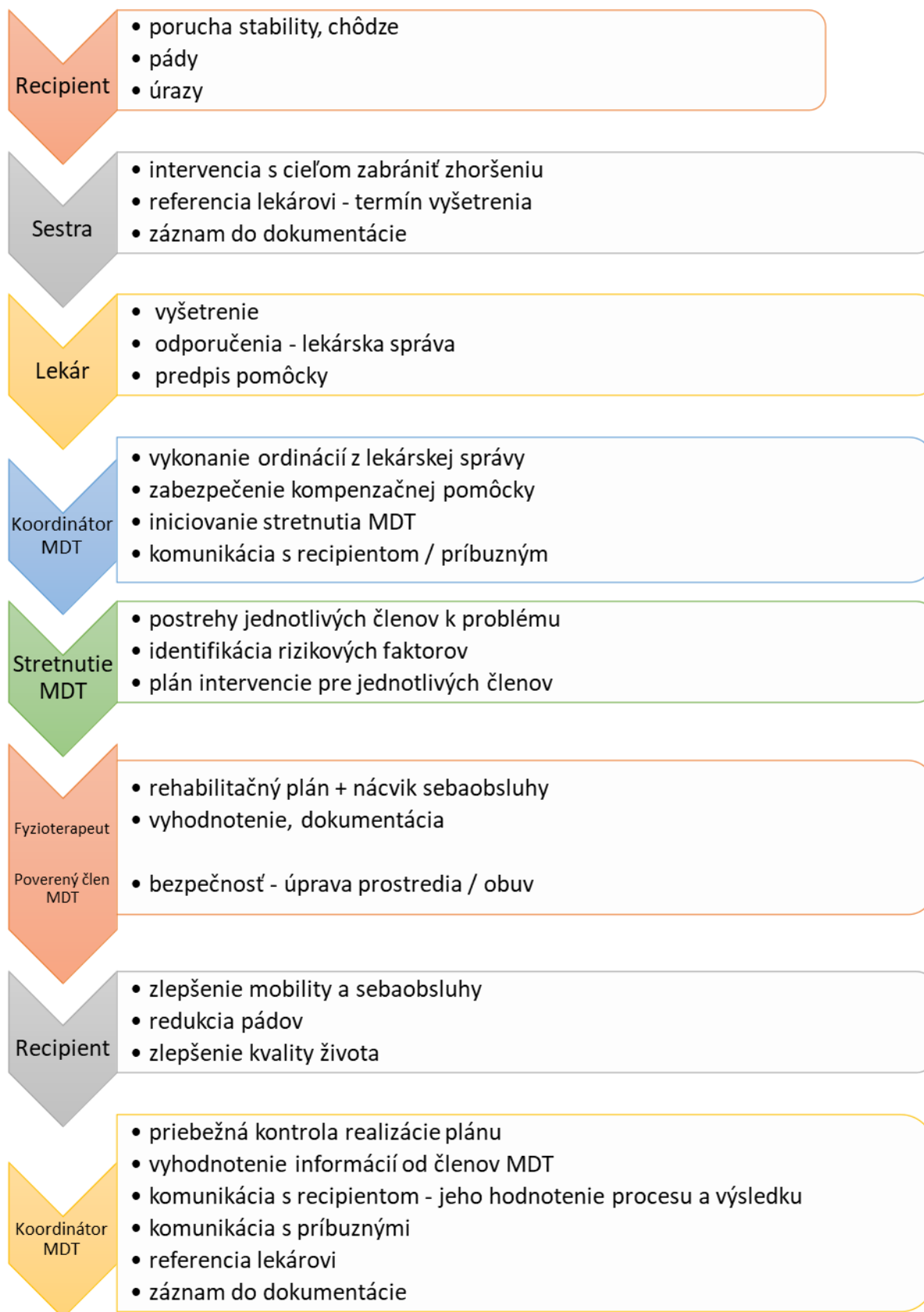
Pravidelná kontrola recipienta PZDS

- interval podľa zvyklostí zariadenia / potreby recipienta
- v ambulancii lekára / priamo v PZDS
- bežná kontrola zdravotného stavu recipienta podľa plánu
- kontrola efektu liečby, prehodnotenie medikácie
- kontrola preventívnych opatrení
- prehodnotenie cieľov na stretnutiach MDT
- komunikácia s príbuznými recipienta

Zmena zdravotného stavu recipienta PZDS


- prvá referencia sestrou: telefonicky / email (protokol)
- vyšetrenie pacienta v ambulancii lekára / priamo v PZDS
- liečba akútneho ochorenia, intenzívna kontrola stavu a efektu liečby
- prehodnotenie iných činností (rehabilitácia, vychádzky, záujmy)
- **špeciálne situácie:**
 - 1. život ohrozujúce stavy → volaj bezodkladne RZP
 - 2. paliatívna starostlivosť (v spolupráci s paliatológom)

Obrázok č. 10 Príklad spolupráce MDT (Hoozová)



Tabuľka č. 6 Vybrané štandardné klinické postupy MZ SR, ktoré obsahujú multidisciplinárny manažment zdravia osoby pre MDT v LTC podľa jednotlivých oblastí
(www.standardnepostupy.sk)

Pozn. autorov: MDT pre LTC je v uvedených štandardoch zastrešený vo väčšej alebo menšej miere, ich poznanie a aplikovanie zo strany MDT môže napomôcť vyššej kvalite manažmentu zdravia v LTC.

| | |
|--|--|
|  | Štandardné klinické postupy MZ SR, ktoré obsahujú multidisciplinárny manažment zdravia osoby pre MDT v LTC podľa jednotlivých oblastí |
| Fyziatria, balneológia a liečebná rehabilitácia | |
| ❖ Komplexná rehabilitačná liečba po ruptúre LCA | |
| ❖ Rehabilitácia po ischemickej cievnej mozgovej príhode | |
| Fyzioterapia | |
| ❖ Klinický štandard liečebnej rehabilitácie u seniorov s poruchami rovnováhy | |
| Geriatрия | |
| ❖ Imobilita u geriatrických pacientov | |
| ❖ Komplexné vyšetrenie geriatrické | |
| Kardiológia | |
| ❖ Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment pacienta so stabilnou koronárnou chorobou srdca | |
| Klinická logopédia | |
| ❖ Dyzartria, anartria | |
| ❖ Logopedický prístup, Logopedická diagnostika a terapia afázie, alexie a agrafie | |
| ❖ Narušená komunikačná schopnosť ako symptóm porúch sluchu | |
| ❖ Poruchy prehĺtania - dysfágia | |
| ❖ Poruchy hlasu - Štandardný liečebný a diagnostický postup | |
| Klinická psychológia pre dospelých | |
| ❖ Akútna stresová reakcia | |
| ❖ Insomnia | |
| ❖ Posttraumatická stresová porucha | |
| ❖ Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s chronickou bolesťou | |
| ❖ Štandardný diagnostický a terapeutický postup pre psychologický manažment dospelých s nadváhou a obezitou | |
| ❖ Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s depresívnou poruchou a recidivujúcou depresívnou poruchou | |
| ❖ Štandardný diagnostický preventívny a liečebný postup pre psychologický manažment pacienta so syndrómom demencia | |
| Liečebná pedagogika | |
| ❖ Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou | |
| ❖ Nefarmakologické metódy a prístupy v liečbe demencie | |
| Manažment rán | |
| ❖ Manažment rán | |


| |
|---|
| Medicína drogových závislostí |
| ❖ Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu |
| Obezita |
| ŠDTP na komplexný manažment nadhmotnosti obezity v dospelom veku - 1. revízia |
| Paliatívna medicína |
| ❖ Agitovanosť v paliatívnej medicíne |
| ❖ Gastrointestinálne symptómy v paliatívnej medicíne |
| ❖ Respiračné symptómy v paliatívnej medicíne |
| Psychiatria |
| ❖ Demencia pri Alzheimerovej chorobe |
| ❖ Generalizovaná úzkostná porucha |
| ❖ Iné poruchy osobnosti |
| ❖ KM s akútnymi a prechodnými psychotickými poruchami |
| ❖ KM s trvalými poruchami a bludmi |
| ❖ KM so schizoafektívnymi poruchami |
| ❖ KM so schizofréniou |
| ❖ Panická porucha |
| ❖ Paranoidná porucha osobnosti |
| ❖ Recidivujúca depresívna choroba |
| ❖ Schizoidná porucha osobnosti |
| ❖ Vaskulárna demencia |
| ❖ Zmiešaná porucha osobnosti |
| Všeobecné lekárstvo |
| ❖ Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti - 1. revízia |
| ❖ Komplexný manažment dospelého pacienta s prediabetes v ambulantnej zdravotnej starostlivosti |
| ❖ Starostlivosť o pacientov s artériovou hypertenziou prostredníctvom telekonzultácií (odporúčanie). |

Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby sestrou

Multidisciplinárnu spoluprácu v PZDS manažuje ošetrojúca sestra, ako ústredná postava v DLZS starostlivosti, ktorá ju plánuje a realizuje v domácej starostlivosti prostredníctvom ADOS, v ústavnej zdravotnej starostlivosti, alebo v ústavnej sociálnej starostlivosti na základe výsledkov posúdenia pacienta.

Ošetrovateľskú starostlivosť v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti poskytujú sestry v súlade s aktuálne platnou legislatívou a štandardmi pre komplexný ošetrovateľský manažment.

Tabuľka č. 7 Komplexný ošetrovateľský manažment pacientov (ďalej len „KOM“) v štandardných postupoch MZ SR (Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP)

|  Komplexný ošetrovateľský manažment pacientov (ďalej len „KOM“) v štandardných postupoch MZ SR | |
|--|--|
| Ošetrovateľské problémy/problematiky | |
| ❖ | KOM pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu |
| ❖ | KOM pacienta s dekubitom |
| ❖ | KOM pacienta s poruchami prehĺtania |
| ❖ | KOM pacienta s poruchami správania |
| ❖ | KOM pacienta s rizikom vzniku a rozvoj malnutrície |
| ❖ | KOM pacienta v paliatívnej starostlivosti u dospelých |
| ❖ | KOM predchádzania vzniku dekubitov u rizikového pacienta |
| ❖ | KOM pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery |
| ❖ | KOM pacienta s demenciou |
| ❖ | KOM pacienta v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami |
| ❖ | KOM imobilného pacienta |
| ❖ | KOM s chronickou ranou |
| ❖ | KOM so sondami |
| Organizácia poskytovania KOM podľa poskytovateľa | |
| ❖ | KOM pacienta v ADOS ⁹ |
| ❖ | KOM v zariadení sociálnej pomoci |
| ❖ | KOM pacienta v DOS |

Štandardy pre KOM definujú činnosti, ktoré vedú aktívnym, komplexným, preventívnym a včasným prístupom k maximálne možnému/-ej a **stabilizácii zdravotného stavu** pacienta, zmierňovaniu bolesti a fyzického utrpenia, podpore udržania a/alebo rozvoja sebaopatery, mobility a kognitívnych schopností, redukcii psychického utrpenia, primeranému uspokojovaniu potrieb v kontexte holistického prístupu, redukcii vzniku a rozvoja ošetrovateľských diagnóz a problémov v súvislosti s očakávanými rizikami, koordinácii pri poskytovaní starostlivosti a služieb, ktoré minimalizujú nutnosť prekladu do nemocnice, i spolupráci a súčinnosti s blízkymi osobami pacienta (Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP).

Vzhľadom na sporadickú fyzickú prítomnosť lekárov sú vysoké nároky na poskytovanie autonómnej ošetrovateľskej starostlivosti sestrami, ktorá je kľúčovým nástrojom pre zabezpečenie kvality poskytovaných služieb. Tieto sestry by mali byť trénované v oblasti zodpovedného manažmentu zdravia s dôrazom na prevenciu očakávaných komplikácií (Fabianová, 2014). Pre zabezpečenie KOS o osobu môže sestra delegovať činnosti aj na sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti, pričom starostlivosť o pacienta je kontrolovaná sestrou. Ošetrovateľské výkony sú realizované v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR.

Informáciu o plánovaní multidisciplinárnej spolupráce **oznami blízkeho/rodinnému príslušníkovi/opatrovníkovi** (ak pacient rodinu/blízkych/opatrovníka nemá – obci pacienta, komunite) o plánovaných vyšetreniach, ktoré dohodne spolu s lekárom, s lekárom špecialistom, s fyzioterapeutom, o čom vykoná zápis do ošetrovateľskej dokumentácie.

K multidisciplinárnej spolupráci **sestra vyzve aj rodinných príslušníkov**, členov komunity, aby pri jednotlivých vyšetreniach **sprevádzali pacienta a spolupracovali pri rozhodnutiach o jeho liečbe**, alebo o sociálnych možnostiach pre pacienta, o čom vykoná zápis do ošetrovateľskej dokumentácie.

Sestra/sociálny pracovník pracoviska **edukuje rodinných príslušníkov** (blízkych pacienta) **o alternatívach starostlivosti podľa možností regiónu**, resp. ponúkne zoznam kontaktov na regionálnych poskytovateľov, a na ktorú inštitúciu sa je potrebné obrátiť v prípade indikácie zdravotnej, alebo sociálnej, či inej služby.

Intervencie sestry majú byť zamerané na plánovanie a hľadanie možností, ako naplniť duchovné potreby a plánovanie zdrojov duchovnej podpory. Ku kompetenciám sestry patrí **identifikácia faktorov, ktoré prispievajú k duchovnej tiesni** a ich následná eliminácia uplatňovaním vhodných ošetrovateľských intervencií (Hrindová, Ontkocová, 2021).

Sestra je schopná identifikovať nutnosť spolupráce s fyzioterapeutom, zabezpečovať jednotlivé intervencie stanovené fyzioterapeutom v rámci komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti a spoločne s fyzioterapeutom hodnotiť ich efekt (Ištoňová, 2008).

Sestra ako koordinátor **monitoruje multidisciplinárnu starostlivosť**, interaktívne spolupracuje so všetkými kompetentnými v MDT, aj s príbuznými, s komunitou, využíva pritom všetky dostupné praktické nástroje vzájomnej spolupráce a komunikácie. **Chronologicky zaznamenáva** realizovanú spoluprácu v zdravotnej dokumentácii.

Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby fyzioterapeutom

Fyzioterapeut na základe odporúčania lekára realizuje **fyzioterapeutickú diagnostiku a terapiu funkčných porúch** pohybového systému s cieľom zachovania a obnovenia optimálnej funkcie pohybového systému. Fyzioterapeut vedie zdravotnú dokumentáciu o priebehu rehabilitačnej diagnostiky a terapie. Denne sa pred každou rehabilitačnou intervenciou informuje u ošetrojúceho personálu o aktuálnom stave pacienta a o jeho prípadných zmenách. V prípade potreby konzultuje ošetrojúceho lekára a lekára FBLR (Flašková, 2021).

Fyzioterapeut stanoví **rehabilitačný cieľ pre osobu** a vypracuje postupy k jeho dosiahnutiu vždy individuálne. Rehabilitačné ciele musia vychádzať z objektívneho posúdenia diagnózy a prognózy. Pokiaľ má choroba, postihnutie, oslabenie, či porucha dlhodobý charakter a zanecháva trvalé následky, je potrebné koncipovať **dlhodobý rehabilitačný program** (Ištoňová, 2008).

Fyzioterapeut sa zaoberá **aj prevenciou** porúch pohybovo-podporného aparátu. Fyzioterapeut pomáha pacientom viesť aktívny a nezávislý život, prípadne zlepšiť jeho kvalitu. Hlavnou liečebnou metódou je **kinezioterapia (pohybová terapia)**. Cieľom fyzioterapie je **liečba funkčných porúch pohybového aparátu**, napríklad blokády kĺbov, svalových spazmov a podobne. Fyzioterapia sa orientuje na liečbu ťažkostí a obmedzení funkcie i aktivity pacienta.

Fyzioterapeut využíva prirodzené fyzikálne podnety a **metódy ako teplo, vodu, vzduch, rôzne formy fyzikálnej energie k zachovaniu, obnove a na podporu zdravia**. Využíva vlastné diagnostické postupy (napr. goniometriu, kineziologický rozbor), manuálne techniky a metodiky, ktorých cieľom je priaznivo ovplyvniť zdravotný stav pacienta/klienta. Fyzioterapeut využíva svoje **manuálne zručnosti**, ktoré vhodným spôsobom prispôsobuje prípadne kombinuje s prírodnými **fyzikálnymi podnetmi ako teplo, chlad, tlak, žiarenie, elektrický prúd** a podporuje aktivitu pacienta (napr. koordinovaná svalová aktivita pacienta) (Ištoňová, 2008).

Rehabilitačné ošetrovatel'stvo

Princípom rehabilitačného ošetrovatel'stva je princíp komprehenzivity, organický súlad v aplikácii jednotlivých rehabilitačných metód a techník, ošetrovatel'ských činností s prihliadnutím na **klinický stav pacienta, štádium jeho ochorenia, psychické postoje chorého jedinca a sociálne prostredie** reprezentované pobytom v ústave, alebo na nemocničnom oddelení. Jednotlivé aktivity je potrebné časovo zosúladiť s cieľom dosiahnutia optimálneho efektu celého liečebno-rehabilitačného procesu. **Rehabilitačné ošetrovatel'stvo má dôležité miesto najmä v dlhodobej starostlivosti** o chorých a postihnutých, humanizuje neosobný prístup k chorým.

Zahŕňa **polohovanie, včasnú mobilizáciu, prevenciu trofických zmien a kontraktúr, vykonávanie jednoduchých aktívnych i pasívnych cvičení a jednoduché dýchacie cvičenia**. K hlavným úlohám rehabilitačného ošetrovatel'stva patria aktivity zamerané na **prevenciu vzniku dekubitov, tromboembolických komplikácií, imobilizačného syndrómu, vzniku svalových kontraktúr, udržanie kĺbovej pohyblivosti a starostlivosť o vyprázdňovanie**. Aplikované **špeciálne techniky a metodiky fyzioterapie, ergoterapie** systematicky kombinované jednotlivými technikami a postupmi ošetrovatel'stva, **edukácia pacienta a jeho rodiny** predstavujú komplexný systém spĺňajúci holistický prístup k pacientovi s danou diagnózou (Ištoňová, 2008).

Plánovanie, realizácia, vyhodnotenie manažmentu zdravia osoby sociálnym pracovníkom

Podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách „proces individuálneho plánovania zahŕňa identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov individuálneho plánu, voľbu metód dosahovania cieľov individuálneho plánu, plán činností a aktivít napĺňania individuálneho plánu a hodnotenie individuálneho plánu“. Realizácia IP by sa mala uskutočňovať v multidisciplinárnom tíme (ďalej MDT).

Jeho súčasťou by mal byť klient, sociálny pracovník, zdravotná sestra, prípadne vedúca sestra, (ktorá vie komplexne posúdiť zdravotnú stránku PSS zhodnotiť, či stanovené ciele sú adekvátne

k zdravotnému stavu PSS), fyzioterapeut a v rámci stanovenia cieľa PSS môže MDT spolupracovať aj s rodinným príslušníkom klienta.

Sociálny pracovník **monitoruje multidisciplinárnu starostlivosť**, interaktívne spolupracuje so všetkými kompetentnými v MDT, s koordinátorom, s príbuznými, s komunitou, využíva pritom všetky dostupné praktické nástroje vzájomnej spolupráce a komunikácie. **Chronologicky zaznamenáva** realizovanú spoluprácu vo svojej dokumentácii, v adaptačnom procese, v individuálnych plánoch.

Stanoveniu cieľov predchádza **adaptačný proces osoby**, ktorý si každé zariadenie SS určí podľa svojich vnútorných smerníc. Adaptačný proces môže byť určený **od 6 týždňov po dobu 3 mesiacov**, podľa procesu adaptačného procesu v jednotlivých ZSS. Faktory **adaptácie sú nové prostredie, nový odlišný spôsob života, prispôsobenie sa osoby na nové prostredie, nový denný, nočný režim**. Adaptačia človeka sa znižuje stúpajúcim sa vekom. Dôležitá je spolupráca rodiny so zariadením a klientom.

V rámci adaptačného procesu sociálny pracovník zaznamenáva jednotlivé udalosti, **subjektívne a objektívne údaje klienta. Sleduje nálady klienta, psycho-sociálne prejavy, jeho potreby, zvyklosti**, postupné zoznamovanie sa s novým prostredím, s inými klientmi v ZSS. V rámci adaptácie si všíma jeho účasť na aktivitách v zariadení. **Proces adaptácie je realizovaný za veľmi úzkej, intenzívnej spolupráce sociálneho pracovníka s osobou, jeho rodiny, či blízkej komunity ako aj spolupráce so zdravotníckym personálom, psychológom, ergoterapeutom, či inštruktorom sociálnej rehabilitácie.**

Po vyhodnotení adaptačného procesu musí mať každý PSS podľa zákona o sociálnych službách podľa § 9 vypracovaný individuálny plán. **Individuálny plán** je „komplexný, flexibilný a koordinovaný nástroj na aktívnu spoluprácu poskytovateľa SS, PSS, jeho rodiny a komunity“ (zák. o soc. službách). V rámci práce s PSS sa sociálny pracovník musí zamerať na získavanie informácií vedúce od individuálnych potrieb PSS, cez stanovenie cieľov až po ich naplnenie.

„Proces individuálneho plánovania zahŕňa identifikáciu individuálnych potrieb, voľbu cieľov individuálneho plánu, voľbu metód dosahovania cieľov individuálneho plánu (ďalej len „IP“), plán činností a aktivít naplňania IP a hodnotenie IP.

Multidisciplinárny tím úzko spolupracuje pri príprave, realizácii a hodnotení individuálneho plánu, pri ktorom má byť vždy prítomný samotný klient. Samotný klient si spomedzi zamestnancov vyberá „svojho“ **klúčového pracovníka**, ktorý ho sprevádza v procese individuálneho plánovania a to nielen pri určovaní jeho potrieb, realizácii, ale aj jeho vyhodnocovaní. Klúčovým pracovníkom nemusí byť iba sociálny pracovník, ergoterapeut, či inštruktor sociálnej rehabilitácie. Klúčovým pracovníkom môže byť opatrovateľ, asistent sociálnej rehabilitácie, sociálny pracovník.

Klúčovým pracovníkom má byť hlavne zamestnanec, ktorý má vytvorený blízky vzťah s klientom, ktorý mu dôveruje a dokáže sa mu viac otvoriť. Dokáže mu povedať svoje problémy, potreby a čo by chcel dosiahnuť. Má to byť akýsi „dôverník“, ktorému klient verí.

V procese individuálneho plánovania si jednotlivé ZSS určujú špecifický postup napĺňania IP PSS. Prvoradým zámerom má byť podrobnejšie zmapovanie tzv. **autobiografického portrétu** klienta, ktorý v sebe zahŕňa okrem **základných údajov, získavanie informácií z minulosti klienta – jeho záujmov /záľub, vierovyznania/ ukončeného vzdelania, profesia a pod.** To všetko môže kľúčový pracovník zužitkovať pri práci s klientom.

Pri určovaní potrieb klienta je potrebné v rámci multidisciplinárneho tímu **vyhodnocovať jednotlivé body zdravia.** Pri zhodnocovaní jednotlivých oblastí v úzkej spolupráci s interdisciplinárnym tímom sa na záver každej oblasti prihliada aj na **posúdenie rizík.**

Záverom IP je samotný individuálny plán klienta. V rámci neho sociálny pracovník hodnotí zdroje klienta, pri ktorých **prihliada na deficit, diagnózy, či problémy klienta.** Stanoví ciele, ktoré po odsúhlasení klientom bude podľa naplánovaného intervalu presne naplňať. **Individuálny plán má klient potvrdiť svojim podpisom,** príp. sa potvrdí jeho súhlas iným spôsobom.

IP sa pravidelne prehodnocuje a to minimálne každých 6 mesiacov. V prípade zhoršenia, či akejkolvek zmeny stavu klienta sa IP klienta opätovne prehodnocuje. Pri individuálnom plánovaní sa prihliada na zreteľ spolupráce s rodinou PSS.

Úloha sociálneho pracovníka v rámci poskytovania sociálnej služby

Sociálny pracovník, či asistent sociálnej práce uplatňujú prístupy zodpovedajúce cieľu vykonávanej sociálnej práce a poznatkom odboru sociálna práca s využitím odborných metód práce v závislosti od zamerania sociálnej práce. Sociálna práca je sociálnym pracovníkom, či asistentom sociálnej práce vykonávaná vo vzájomnej súvislosti s inými odbornými činnosťami z oblasti psychológie, práva, medicíny, pedagogiky, sociológie a z ďalších oblastí (Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci, § 2, ods.3).

Konanie o začatí poskytovania SS prebieha v zmysle platnej legislatívy a na základe podania žiadosti o zaradenie do evidencie žiadateľov v ZSS. Jeho prijatie prebieha za úzkej spolupráce jednotlivých aktérov: vedúcej sestry, koordinátora, riaditeľa, sociálneho pracovníka, lekára...

Pred prijatím (podpise zmluvy) sociálny pracovník úzko spolupracuje s rodinou. V spolupráci vybavujú potrebné náležitosti k prijatiu (rozhodnutie, posudok a pod.). Informuje rodinu a budúceho klienta o možnostiach prinesenia osobných vecí a pod. Zisťuje potrebné informácie, ktoré využíva v osobnej a rodinnej anamnéze klienta. Následne uvedené informácie dokáže využiť v adaptačnom procese klienta a tvorbe individuálneho plánu.

Po prijatí osoby oboznamuje PSS s režimom ZSS. Zoznamuje sa s novými klientami, personálom. Informuje sa o aktivitách realizovaných v ZSS a personál sa snaží aktívne zapájať PSS do denného diania zariadenia. Snaží sa nájsť vhodné aktivity so zameraním na udržanie čo najväčšej samostatnosti klienta.

Metódy realizácie sociálnej práce:

- Pozorovanie a rozhovor ako najstaršie metódy sociálnej práce, ktoré napomáhajú k ucelenejšiemu obrazu o PSS.
- Povzbudenie ako nenahraditeľný nástroj v procese adaptácie PSS.
- Tréning – nácvik, učenie, opakovanie ako nenahraditeľný nástroj v procese udržiavania kognitívnych funkcií PSS.
- Iné metódy ako muzikoterapia, biblioterapia, arteterapia, aromaterapia atď.

Dokumentácia klienta rozdelená na dve časti :

- 1. Osobný spis osoby**, ktorý si podľa Procesu prijímania a prepúšťania klienta určuje ZSS obsahuje: osobné údaje klienta, GDPR súhlas, zmluvu s PSS, doklad o výške dôchodku zo sociálnej poisťovne a pod.
- 2. Individuálny plán PSS**, záznamy z adaptácie, autobiografický portrét, IP, mesačné prehľady a realizácii IP a pod.

Sociálny pracovník v spolupráci so sestrou, fyzioterapeutom rozvíjajú tvorivosť, záujmy i pozitívne emócie chorého vzájomnou spoluprácou s ergoterapeutom prostriedkami ergoterapie. Cieľom spolupráce zdravotnej sestry, fyzioterapeuta, ergoterapeuta je **podporovať znovuoobnovenie zdravia chorého a jeho sebastačnosti. Umožniť mu vnímať polohu tela a vlastný obraz. Rozvíjať sebakontrolné mechanizmy, pôsobiť preventívne na následky ochorenia, postihnutia, hospitalizácie** (Ištoňová, 2008).

Aktivity a účasť

Aktivita je vykonávanie úlohy, alebo akcie jednotlivcom. Účasť znamená zapojenie sa do životných situácií (Achterberg, Hollemann, 2005).

- Učenie sa a uplatňovanie znalostí
- Všeobecné úlohy a nároky
- Komunikácia
- Mobilita
- Starostlivosť o seba
- Domáci život
- Medzil'udské interakcie a vzťahy
- Hlavné oblasti života
- Komunita, sociálny a občiansky život

Indikátory kvality

Multidisciplinarita manažmentu zdravia sa odráža v širšom poňatí indikátorov, ktoré by mali spájať a zohľadňovať požadované výsledky činností všetkých členov MDT. Je vhodné, aby koordinátor v spolupráci s ostatnými členmi MDT vypracoval na základe komplexného procesu manažmentu zdravia osoby v MTD v LTC indikátory kvality ako nástroje merania kvality starostlivosti o dlhodobo chorú osobu, rodinu, komunitu. Frekvencia merania závisí od špecifik zariadenia, odporúčame však merania najmenej za obdobie jedného roka, v prípade neuspokojivých výsledkov frekventovanejšie.

Typy indikátorov kvality¹⁴

Podľa riadenia rizika celkovej destabilizácie osoby:

- **Hospitalizácia a rehospitalizácia osoby:** počet hospitalizovaných, rehospitalizovaných osôb za jeden rok/celkový počet osôb v zariadení za jeden rok.
- **Lazar up syndróm** (výrazné zlepšenie celkové zdravotného stavu)¹⁵.
- **Prinavrátanie osoby do domáceho prostredia:** počet osôb ktoré sa prinavrátili domov/ celkový počet osôb v zariadení za 1 rok (Štandardy dlhodobá starostlivosť :: SPDTP).

Podľa zvyšovania kvality poskytovanej zdravotnej a ošetrovateľskej starostlivosti vo vybraných oblastiach (príklady):

- **Preležaniny:** počet osôb s preležaninami za jeden rok/celkový počet osôb v riziku vzniku preležanín za 1 rok.
- **Malnutrícia:** počet osôb s BMI pod hodnotou 19/celkový počet osôb v riziku vzniku malnutrície za 1 rok, alebo za ½ roka.
- **Pády:** počet pádov/celkový počet osôb v riziku pádu za 1 rok.
- **Udržanie/zlepšenie sebestačnosti.**
- **Udržanie/zlepšenie stupňa mobility.**

Príklady pre vybrané indikátory kvality komplexného manažmentu zdravia PZDS: preležaniny, malnutrícia (ako typické indikátory kvality ošetrovateľskej starostlivosti), pády, úrazy ako indikátor ošetrovateľskej kvality, bolesť, plienková dermatitída (indikátor základnej ošetrovateľskej alebo opatrovateľskej starostlivosti), pokles/nárast sebestačnosti, mobility, zlepšenie psychického stavu.

Jedným z komplexných ukazovateľov výkonnosti procesov komplexného ošetrovateľského manažmentu pacienta v následnej a dlhodobej starostlivosti sú **výsledky analýzy zhoršení zdravotného stavu pacienta**. 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 - Kličová - Bratová - Mochnáčová - Katreniaková - Žáková, 2021).

¹⁴ Predkladaná klasifikácia je koncipovaná predovšetkým z pohľadu prevencie destabilizácie/zbytočného utrpenia z dôvodu neadekvátnej starostlivosti o zdravie pacienta na základe vybraných faktorov pri použití dostupných ŠDTP pre oblasť ošetrovateľskej starostlivosti a interdisciplinárnej spolupráce s inými poskytovateľmi.

¹⁵ https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/4_3-Riadenie-rizika-destabilizacie-v-dlhodobejsetrovateľskej-starostlivosti-DS.pdf

Kooperácia, vzájomná komunikácia, koordinácia multidisciplinárneho tímu

1. Multidisciplinárne stretnutia pre stanovenie spoločných cieľov v PZDS

Lekár, sestra, sociálny pracovník, fyzioterapeut, pacient s príbuzným (ktorého si zvolil pacient), koordinátor, iní profesionáli uvedení v Tabuľke č. 1 diskutujú spoločne, alebo vzájomne o dlhodobých cieľoch pre osobu. Zaujímajú sa o ciele, spoločné postupy, určenie zodpovednosti, hodnotenie a prehodnotenie cieľa. Medzi hlavné zvažované oblasti patria: mobilita, výživa, sociálna integrácia, individuálne zdravotné vlastnosti. Vývojový diagram, plán stretnutí, vizít podporuje medzi profesionálnu komunikáciu. Ciele sú zaznamenané v ošetrovateľskej dokumentácii. Kópia sa poskytne lekárovi.

2. Koordinátor v PZDS, v ambulancii lekára

Sestra alebo sociálny pracovník sú ústrednými koordinátormi v multidisciplinárnom manažmente zdravia, ktorí zabezpečujú komunikáciu s celým multidisciplinárnym tímom a lekárom tvárou v tvár, alebo prostredníctvom mobilu, elektronickej pošty. Sestra má skúsenosti s ústavnou starostlivosťou o osobu. Mala by byť informovaná o obyvateľoch a súčasných štandardoch starostlivosti, kompetentná so zreteľom na zručnosti starostlivosti a komunikáciu. Sestra plní úlohy zodpovedne, sprostredkováva, deleguje. V prípade neprítomnosti nominuje svojho zástupcu. V ambulancii lekárov pôsobí sestra ako koordinátor medzi lekárom a členmi MDT v ZZ, ZSZ, ZSP.

3. Štandardné lieky a lieky podľa potreby, iné terapie

Základným dokumentom pre liečbu pacienta užívanú v PZDS je lekárska správa s kompletným zoznamom liečby. Aj preto je účelné, aby bol každý recipient pred prijatím do zariadenia vyšetrený lekárom (všeobecný lekár, geriatér), pokiaľ prijatie nie je formou prekladu z nemocnice, popr. iného PZDS. Ak aktuálna lekárska správa nie je k dispozícii a lekár neindikuje vyšetrenie, zariadenie požiada všeobecného lekára o výpis zo zdravotnej dokumentácie, ktorý obsahuje aktuálny zoznam liečby. V tomto prípade je vhodné po prijatí recipienta do PZDS realizovať vstupné vyšetrenie lekárom, ktorý spolupracuje s týmto zariadením. Lekár aktualizuje informácie o zdravotnom stave, rizikových oblastiach a určí potrebnú liečbu. Podľa ťažkostí recipienta určí aj liečbu, ktorú môže recipient užiť podľa potreby (napr. analgetiká) (Hoozová, 2022).

4. Zavedenie menoviek

Sestra, lekár, koordinátor, sociálny pracovník, fyzioterapeut, opatrovateľ a iní členovia MDT nosia pri práci v PZDS menovky. Koordinátor zodpovedá za skladovanie a prípravu menoviek.

5. Dostupnosť členov MDT (Müller, Fleischmann, 2018)

Dostupnosť v multidisciplinárnom manažmente zdravia zodpovedá dostupnosti aj prostredníctvom mobilného telefónu, emailu, telekomunikácia, telemedicína. Sestru je možné kontaktovať telefonicky alebo emailom. Reakcie sú rýchle. Lekári, fyzioterapeuti môžu hlavnej kontaktnej sestre poskytnúť svoje súkromné mobilné číslo. Počas telefonických rozhovorov sa všetky strany majú správať úctivo a konštruktívne.

V PZDS musí byť k dispozícii prístupný, funkčný software pre komunikáciu so zdravotnými poisťovňami, recepty, návrhy, nálezy, ďalej pre tvorbu plánov, dekurzov, hodnotení. Odosielateľ je zodpovedný za prijatie odpovede.

Sestra pre komunikáciu s ostatnými členmi v multidisciplinárnom tíme používa dohodnutý formulár s rôznymi sekciami:

- a) osobné údaje osoby, meno kontaktnej sestry zariadenia,
- b) samotná žiadosť, informácie o naliehavosti, voliteľné potvrdenie o prijatí čítania,
- c) odpoveď lekára a voliteľné potvrdenie o prečítaní,
- d) vyjadriť pripomienky sestry k implementácii rád.

Formulár je uložený v rámci dokumentácie ošetrojúceho lekára, záznamov pacienta. Pre lepšiu a rýchlu dostupnosť údajov sestra pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, v komunikácii s lekárom zvolí postup informovania lekára pomocou vyplneného, vopred dohodnutého štandardného formuláru – protokol o zmene zdravotného stavu osoby (vzory pozri Špeciálny doplnok štandardu).

Sestra informuje čo najskôr telefonicky lekára. Vyplnený a podpísaný protokol o zmenách zdravotného stavu prepošle lekárovi telefonicky, alebo emailom a konkrétny očíslovaný písomný protokol s dátumom a svojim podpisom založí do ošetrovateľskej dokumentácie (Protokol o zmene zdravotného stavu osoby v kapitole “Ďalšie odporúčania”).


6. Štandardizované plánovanie a postup pre návštevy lekára u obyvateľov PZDS

Pred návštevou lekára uprednostňuje sestra požiadavky obyvateľov/sestier. Lekár kontaktuje sestru. Preverí žiadosti. Sestra spolupracuje pri vizite s lekárom (Müller, Fleischmann, 2018).

Všeobecný lekár pre dospelých si počas návštevy, vizity (so sestrou, alebo bez sestry) v zariadení robí poznámky o zmenách zdravotného stavu osoby. Zapisuje dáta, ktoré neskôr spracuje do lekárskej správy, alebo nález, alebo priamo zaznamená do ošetrovateľskej dokumentácie v zariadení. Všeobecný lekár informuje sestru o plánovaných laboratórnych vyšetreniach, monitoringu pacienta, o nálezoch, zmenách v terapii, o odporúčaníach pre osobu, alebo informuje priamo koordinátora, ktorý je zodpovedný za uloženie správy v ošetrovateľskej dokumentácii.

Lekár špecialista, geriater, paliatológ vypracuje na podklade zozbieraných dát z vizity, z vyšetrení správu, nález, ktorej uloženie do ošetrovateľskej dokumentácie v zariadení, spracovanie odporúčaní a terapií zabezpečí sestra jeho ambulancie ako koordinátor, alebo koordinátor zariadenia (Müller, Fleischmann, 2018).

Tabuľka č. 8 Interdisciplinárna spolupráca medzi lekárom, sestrou, fyzioterapeutom, koordinátorom v PZDS v LTC (spracovala Hoozová, Kočanová podľa Müller, Fleischmann, 2018)

|  Interdisciplinárna spolupráca medzi lekárom, sestrou, fyzioterapeutom, koordinátorom v LTC | |
|---|---|
| Kooperácia, vzťahy | Koordinácia, plánovanie, zdieľanie informácií |
| Vzájomná prístupnosť | <ul style="list-style-type: none"> • používanie mobilnej komunikácie, elektronické zdravotníctvo, e-recept, e-mail • interné procesy, štandardizované formuláre, nalichavé notácie, protokoly • telefonické poradenské hodiny pre lekára, špecialistu, sestru, fyzioterapeuta, sociálneho pracovníka • akútne telefonáty, dostupnosť mobilného čísla lekára • kontaktovanie sestry v zariadení, kompetentná, kvalifikovaná, informovaná osoba • stabilný telefón v zariadení |
| <p>Dátumy vzájomne plánovaných návštev, všeobecný lekár pre dospelých, lekár so špecializáciou, geriatier, paliatológ, sestra, soc. pracovník, fyzioterapeut, psychológ, ergoterapeut a iní.</p> <p>Návštevy realizované v zariadení, v ambulancii VLD, v ambulancii lekára špecialistu, v rehabilitačnom centre, v inom zariadení podľa potrieb osoby a podľa individuálnych dohôd so zariadením.¹⁶</p> | <ul style="list-style-type: none"> • interval návštev všeobecného lekára, lekára špecialistu, fyzioterapeuta, iných odborníkov, v zariadení je dohodnutý pri zohľadnení reálnych potrieb pacientov a možností konkrétneho odborníka a podľa interných pravidiel zariadenia • návštevy odborníkov - pravidelné, nepravidelné, alebo mimoriadne • včasné zrušenie termínu lekárom, sestrou, fyzioterapeutom • oznámenia a opatrenia prostredníctvom telefónu, mailu, centrálné telefónne číslo na komunikáciu |
| Vizita , spolupráca pred návštevou počas návštevy, po návšteve lekára, ošetrovateľská vizita a pod. | <ul style="list-style-type: none"> • pred návštevou lekára: komunikácia prostredníctvom mobilu, emailu, sestra zostavuje a pripravuje záznamy, (štandardizované) stanovovanie priorít vyšetrení • príprava: schéma podľa lekára a sestry • návšteva osoby lekárom, ideálne v sprievode sestry, štandardizovaná dokumentácia, lekárska správa • post processing, realizácia ordinácii v zodpovednosti sestry • mäkké zručnosti: spoľahlivosť, dôvera, otvorenosť, dohody, dostatok času • náležitosti ošetrovateľskej vizity |
| Transparentnosť, definícia úloh | <ul style="list-style-type: none"> • pravidelná výmena informácií medzi členmi MDT • pravidelné hodnotenie diagnózy a terapie (lekár, sestra, fyzioterapeut) • spoľahlivé/kompetentné referovanie informácií (sestra) |

¹⁶ V prípade bezvládných/rizikových pacientov, ak je to možné, sú uprednostnené návštevy pri lôžku v zariadení.

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • objasnenie zodpovedností a očakávaní • nastavené procesy starostlivosti a kontroly v PZDS • adekvátne poskytovanie zdravotnej starostlivosti |
| Ocenenie, rešpekt, partnerstvo | <ul style="list-style-type: none"> • vzájomný rešpekt, dôvera, vnímanie chýb ako cesty k zdokonaľovaniu procesov a organizácie, • budovanie komunikačnej kultúry • uznanie kompetencií sestry/lekára (spätná väzba, dostatok času, počúvanie, adekvátne referencie a podnety • byť na rovnakej profesionálnej úrovni, poskytovanie starostlivosti o pacienta v partnerstve, • pravidelná výmena odborných informácií v MDT |

Desatoro multidisciplinárnej spolupráce pri manažmente zdravia o dospelých v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti (spracované autormi štandardu)

1. Orientácia na pacienta

Prioritným adresátom nášho spoločného úsilia je vždy samotný pacient, primerané uspokojenie jeho biologických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb, stabilizácia/ochrana jeho zdravia a zmiernenie jeho diskomfortu a zbytočného utrpenia.

2. Vylúčenie bezradnosti pacienta

Pri vzájomnej spolupráci nedopustíme osamelosť a bezradnosť, či dokonca ohrozenie pacienta v chorobe a bezvládnosti.

3. Vzájomné spoznanie sa

V rámci multidisciplinárnej starostlivosti sa vzájomne informujeme o všetkých dostupných možnostiach pomoci pacientovi a jeho rodine/opatrovateľom.

4. Konzultovanie o (ďalších) možnostiach profesionálnej pomoci

V rámci multidisciplinárneho tímu aktívne konzultujeme a uplatňujeme všetky možnosti podpory pacienta a jeho rodiny/opatrovateľov.

5. Vzájomné učenie sa

V multidisciplinárnom tíme zdieľame vedomosti a skúsenosti, aby sme zvyšovali našu spoločnú pripravenosť efektívne a komplexne pomôcť, či komplexne edukovať o efektívnej pomoci.

6. Budovanie partnerstva a dôvery

Rešpektujeme vzdelanie, profesionálnu skúsenosť a odborný názor kolegov z multidisciplinárneho tímu a podporujeme sa v slušnej a vzájomne rešpektujúcej komunikácii.

7. Zdieľanie skúsenosti s efektom starostlivosti

V rámci komunikácie v multidisciplinárnom tíme kolegom poskytujeme akýkoľvek feedback, ktorý môže prispieť k meraniu a zvyšovaniu kvality starostlivosti.

8. Angažovanie pacienta, rodiny, opatrovateľa

Pacientovi a jeho rodine/opatrovateľovi spoločne vytvárame priestor pre aktívnu účasť na starostlivosti.

9. Zdieľanie kľúčových informácií

V rámci multidisciplinárneho tímu efektívnym spôsobom si navzájom zdieľame všetky dôležité informácie o pacientovi, ktoré môžu napomôcť k lepšej starostlivosti o jeho zdravie.

10. Rozvoj spolupráce, rozvoj kvality

Tvorivým prístupom neustále zdokonaľujeme multidisciplinárnu spoluprácu s cieľom dosiahnuť neustále zlepšujúce sa indikátory kvality v dlhodobej starostlivosti.

Koordinácia spolupráce v multidisciplinárnom tíme

Okrem personálnej zhody, multidisciplinárny tím potrebuje nájsť zhodu aj v postupoch a procesoch vzájomnej spolupráce (Krnáčová - Čerešník - Ugorová - Hambálek, 2020).

Kľúčové postupy sú:

- **Organizovanosť.** Organizovanie je základným princípom vedenia tímov. Organizácia alebo pracovisko môže mať relatívne široké personálne zloženie, v ktorom figurujú ľudia z rôznych disciplín, ale pestrá a početná štruktúra zamestnancov ešte neznamená fungovanie multidisciplinárneho tímu.
- **Tímová práca.** Má jasne určený postup, ktorý sa týka toho, kto je klient, aké odborné služby potrebuje, aká bude postupnosť krokov, aby došlo k zlepšeniu jeho životnej situácie, aký je cieľ odbornej práce a aké sú dostupné prostriedky na jeho naplnenie. Organizovanosť súvisí so zabezpečením a napĺňaním štandardov odbornej práce – procesných, obsahových, výkonových, materiálno-technických.
- **Hodnotová zhoda.** V multidisciplinárnom tíme slúži identifikovanie hodnôt na zdôraznenie spoločnej platformy a možností spolupráce. Vymedzenie hodnôt a princípov dôležitých pre všetkých členov tímu, je základným indikátorom toho, či pracujú na spoločnom ciele a zároveň faktorom, ktorý ovplyvňuje hĺbku vzájomnej spolupráce.
- **Psychologické bezpečie.** Ak chceme v tíme naplňovať ciele, musíme najprv vytvoriť prostredie bezpečia a neustále pracovať na dôvere medzi jednotlivými členmi tímu. Nestačí označiť tím za multidisciplinárny a 8 Multidisciplinárny prístup dúfať, že tímová práca vznikne sama od seba. Bezpečie a dôvera sú základom pozitívnej tímovej kultúry. V bezpečnom a dôvernom prostredí možno slobodne požiadať o pomoc, o konštruktívnu spätnú väzbu, hovoriť o obavách a zlyhaniach. Jednoduchšie sa v ňom navrhujú a realizujú inovácie a rozširuje sa pôsobenie multidisciplinárneho tímu.
- **Spolupráca.** Multidisciplinárny prístup je o mnohostrannej spolupráci. Spolupráca môže mať rôznu kvalitu a intenzitu – od občasných kontaktov a výmeny informácií až po intenzívnu úzku spoluprácu, kedy všetky subjekty uznávajú, že nemôžu uspieť bez ostatných. Schopnosť opustiť svoju osobnú perspektívu a nazerať na problém z iných uhlov pohľadu, je jedným z predpokladov úspešnej odbornej práce. Vedie k novej kvalite podpory človeka. Nielen k izolovaným podporným aktivitám, ktoré sa mnohokrát v praxi prekrývajú a vedú k duplicite odborných intervencií, ale k skutočnej systémovej podpore človeka. Priebeh multidisciplinárnej práce v zmysle plynulosti a nadväznosti odborných činností musí byť definovaný multidisciplinárnym tímom

a konzultovaný s klientom tak, aby obe strany vnímali zmysluplnosť a konečný cieľ aktivít multidisciplinárneho tímu.

- **Rovnováha profesionálnych rolí.** Je dôležité, aby sa jednotliví odborníci cítili byť ocenení za svoje vedomosti a záväzky, ktoré prinášajú do tímu. Môže sa stať, že u niektorého z členov tímu môže dôjsť k nadmernému presahu jeho odbornej role a začne sa cítiť pod tlakom, vzniká pocit preťaženia, ktorý môže blokovat' spoluprácu. Vtedy tím potrebuje identifikovat' spoločné hlavné roly a povinnosti, a odlíšiť ich od špecifických jedinečných zručností, ktorými jednotlivci a disciplíny prispievajú k spoločnému dielu. Takýto prístup vedie k hlbšej spolupráci v tíme. Napriek tomu sa v tímoch prirodzene vyskytuje hierarchia. Téma moci a bezmoci je prítomná aj v pomáhajúcich profesiách, preto je veľmi dôležité pracovat' s touto témou vedome a vnímať členov tímu a klientov ako partnerov.
- **Starostlivosť.** Do starostlivosti o tím spadá nielen osobný vklad do vzájomných vzťahov a práce, ale aj plánovanie a realizácia individuálnych a skupinových rozvojových aktivít slúžiacich na zvyšovanie efektivity individuálnej práce a koordinovanej činnosti multidisciplinárneho tímu.
- **Otvorená komunikácia.** Pripustnosť informácií a ich zrozumiteľnosť pre všetky zúčastnené strany predstavuje základnú komunikačnú stratégiu multidisciplinárneho prístupu. Hovoríme o komunikácii vnútri rezortu, medzi rezortmi, medzi odborníkmi aj medzi ľuďmi na riadiacich a výkonných pozíciách. Uzavretosť jednotlivých členov rozdeľuje odborné zdieľanie, narúša skúsenosť spolupráce a vedie k nesytemovosti znevýhodňujúcej klientov. Otvorená komunikácia v multidisciplinárnom tíme je výzvou, pretože súvisí s neľahkými aktivitami, ako je rešpektovanie alternatívnych názorov napriek vlastnej odlišnej skúsenosti, poskytovanie konštruktívnej spätnej väzby, schopnosť priznať si, čo všetko nevieme, pripustiť si, že sme sa mýlili a pod. Môže byť spojená s frustráciami, ktoré vyplynú z nenaplnených očakávaní a povedú ku kladeniu otázok, čo sa dá urobiť lepšie a ako zlepšiť tímovú činnosť.
- **Spoločenská zodpovednosť.** Systém odbornej pomoci realizovaný prostredníctvom multidisciplinárnych tímov by mal byť v súlade s vedeckým konsenzom, tzn. aktuálnymi poznatkami akceptovanými vedeckou obcou a tým, čo ľudia skutočne potrebujú, aké služby si žiadajú. Reflexia a supervízia. Multidisciplinárny tím sa občas dostane do bodu, kedy si prestane byť istý, či postupoval alebo postupuje správne. Môže sa objaviť problém s vlastným prežívaním pri poskytovaní odbornej služby. Na to, aby tím zvládol takéto situácie, potrebuje intravíziu (reflexia tímu zvnútra) alebo supervíziu (reflexia zvonka). Obe poskytnú vhl'ad do odbornej práce, ale aj do samotného procesu fungovania a vzťahov v multidisciplinárnom tíme.
- **Multidisciplinárny prístup.** Napr. vlastná kompetentnosť, práca s mocou v tíme i vo vzťahu ku klientom, intimita vzťahov, eticky nejasné situácie, práca s chybou, neúspechom a pod. Isté zlyhania sú súčasťou multidisciplinárnej práce. Mali by sme ich využiť ako potenciál k rastu a byť láskaví k sebe aj ostatným, keď sa vyskytnú. Najmä ak sme v procese nadobúdania novej skúsenosti, ktorá nemá teoretické ukotvenie alebo základ v praxi.
- **Evalvácia.** Je potrebné posúdiť a reflektovat' efektivitu vzájomnej spolupráce medzi odborníkmi, ale aj spoluprácu s klientom, či odborné aktivity vedú k stanovenému cieľu podpory klienta, či boli realizované prospešným a úsporným spôsobom. Nato slúži

evalvácia v podobe auditu, alebo systému autoevalvácie. Dobre realizovaná evalvácia poskytuje cieleňú spätnú väzbu o tom, ktoré procesy je potrebné zlepšiť. Je súčasťou vývinu multidisciplinárneho tímu a kvality jeho práce (Krnáčová - Čerešník - Ugorová - Hambálek, 2020).

Prognóza

Rešpektovanie involučných limitácií a potrieb krehkých seniorov pri vývoji nových výrobkov a technológií. Prevencia zavádzania a inštalovania takých produktov, ktoré by starým ľuďom komplikovali život, ktoré by zvyšovali riziko ich poranenia, či izolovanie, ktoré by zhoršovali prístupnosť objektov, použiteľnosť dopravných prostriedkov a pod. Ide o mainstreaming seniorských potrieb a garanciou o dodržiavanie zásad Európskej koncepcie prístupnosti. Môžeme hovoriť o dôslednej produkcii age-friendly technology, o technických produktoch priateľských seniorom, rešpektujúcich ich involučné a zdravotné limitácie (Kalvach, 2011).

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

Zdravotný posudok na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

Ide o hodnotenie a posudzovanie zdravotného stavu fyzickej osoby a zmien zdravotného stavu fyzickej osoby. Zdravotná posudková činnosť je vykonávaná posudkovým lekárom. Posudkový lekár vychádza z lekárskeho nálezu, posudku, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia alebo výpisu zo zdravotnej dokumentácie, ktorý nie je starší ako šesť mesiacov.

Lekársky nález na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu obsahuje osobnú anamnézu so zameraním na zdravotné postihnutie, spôsob liečby, hospitalizácie, na subjektívne ťažkosti klienta, na objektívny nález (TK, habitus, chôdza, orientácia, postoj apod.), na interné ochorenia (lekársky odborný nález), ortopedické ochorenia, neurologické ochorenia, stavy po úraze (hybnosť, EEG, RTG, NMR) a urobí diagnostický záver podľa aktuálnej MKCH (Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Sociálny posudok na posúdenie odkázanosti na sociálnu službu

V sociálnom posudku sa posudzujú individuálne predpoklady osoby riešiť svoju situáciu. Posudzuje sa tiež rodinné prostredie osoby, najmä rozsah pomoci od príbuzných. Pri posudzovaní odkázanosti na sociálnu službu sa zisťuje, v akom prostredí žije osoba (aké sú podmienky bývania, aká je dostupnosť služieb, aký je prístup k občianskemu vybaveniu). Zisťujú sa tiež znevýhodnenia v oblasti sebaobsluhy, úkonov starostlivosti o domácnosť a v základných sociálnych aktivitách.

Výsledkom zdravotnej a sociálnej posudkovej činnosti je **posudok o odkázanosti na sociálnu službu, ktorý obsahuje stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby; zoznam úkonov sebaobsluhy, zoznam úkonov starostlivosti o svoju domácnosť a zoznam základných sociálnych aktivít**, pri ktorých je fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby v porovnaní s fyzickou osobou rovnakého veku a pohlavia bez zdravotného postihnutia alebo nepriaznivého zdravotného stavu; **návrh druhu sociálnej služby** s prihliadnutím na potreby a návrhy fyzickej osoby a určenie termínu opätovného posúdenia zdravotného stavu. Posudok vydáva VÚC alebo obec (Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovateľ následnej a dlhodobej starostlivosti vytvára možnosť a priestor pre aktivity členov multidisciplinárneho tímu: sestru, lekára, fyzioterapeuta, sociálneho pracovníka, ergoterapeuta, psychológa, duchovného.

Poskytovateľ edukuje pacienta, jeho príbuzných, komunitu o možnostiach multidisciplinárnej spolupráci v poskytovaní DLZS pri rešpektovaní možností slobodného výberu poskytovateľa DSZS.

Poskytovateľ využije všetky možnosti multidisciplinárnej spolupráce s inými poskytovateľmi DSZS, aby zabezpečil kontinuálny prechod starostlivosti o pacienta z nemocnice/domu ošetrovateľskej starostlivosti do prostredia, v ktorom mu bude včas poskytnutá adekvátna zdravotná a sociálna starostlivosť.

Poskytovateľ sociálnej služby je povinný podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby (ďalej len „PSS“), viesť individuálne písomné záznamy o priebehu poskytovania sociálnej služby a zároveň ho aj hodnotiť za účasti PSS.

Poskytovateľ sociálnej služby je povinný podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby (ďalej len „PSS“), viesť individuálne písomné záznamy (ďalej len „individuálny plán“ – „IP“) o priebehu poskytovania sociálnej služby a zároveň ho aj hodnotiť za účasti PSS.

Ciele IP majú zohľadňovať individuálne potreby PSS. IP je koordinovaný kľúčovým pracovníkom, ktorý PSS sprevádza pri identifikácii potrieb klienta, stanovení cieľov a spôsobu ako uvedený cieľ dosiahnuť.

Ďalšie odporúčania

Efektívna konzultácia sestry s lekárom

Niektoré príklady praxe:

- **Používanie minimanuálov pre efektívne konzultácie s lekárom¹⁷**
 - Minimanuál je súbor návodov a odporúčaní, ktoré boli vytvorené pre rýchle použitie pri vzniknutých typických/častých zdravotných komplikáciách pacientov. Definuje optimálnu štruktúru postupu a efektívnej konzultácie s lekárom. Je k dispozícii na pracovisku sestier. Slúži ako prevencia situácií, keď sa pri komunikácii s lekárom v dôsledku napr. opomenutia niektorého vyšetrenia, prehodnotenia doterajšej liečby, nevykoná maximum pre záchranu alebo stabilizáciu zdravotného stavu; viac na Fabianová, Z. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti. [online]. [citované 29.12.2021]. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-osetrovatelstvo/>.
- **Používanie informačných protokolov o zdravotnom stave pacienta¹⁸**
 - Informačný protokol o zdravotnom stave pacienta vypracuje sestra. Protokol obsahuje súbor aktuálnych informácií o zdravotnom stave pacienta pre konzultáciu stavu s ošetrovateľom (VLD/špecialistu). Sestra v protokole uvedie informácie o vitálnych, zmyslových, psychických a kognitívnych funkciách. Protokoly sú lekárovi zasielané buď elektronicky, telefonicky, alebo odovzdané osobne. Očíslované protokoly sestra ukladá chronologicky v zdravotnej dokumentácii. Protokol je dokument o zdravotnom stave pacienta. Sestra tento interdisciplinárny dokument potvrdí podpisom. (Vzory protokolov pozri v kapitole “Ďalšie odporúčania”).


Používanie informačných protokolov o zdravotnom stave pacienta - príklady protokolov¹⁹

¹⁷ Spracované na základe praxe v zariadeniach dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slniečny dom v Humennom)


¹⁸ Spracované na základe praxe špecializovaného sociálneho zariadenia HESTIA n.o., Bratislava Dúbravka

¹⁹ Spracované na základe praxe špecializovaného sociálneho zariadenia HESTIA n.o., Bratislava Dúbravka

Tabuľka č. 9 Vzor protokolu vypracovaného pre VLD, lekára špecialistu, geriatra, paliatológa (spracovala Hoozová)

|  Ošetrovateľský protokol pre VLD, geriatra, paliatológa... iných | | | | |
|--|----------------|---------------|--|---|
| Protokol č.: | | Dátum: | | |
| Meno a priezvisko osoby: | | | | R.č.: |
| Meno a priezvisko ošetrujúcej sestry : | | | | Podpis: |
| Subjektívne údaje od osoby, podrobnejší popis udávaných ťažkostí | | | | |
| Bolesti: | Nie | Áno | | |
| Dýchanie: | OK | Problém | | |
| Močenie: | OK | Problém | | |
| Chuť: | OK | Problém | | |
| Čuch: | OK | Problém | | |
| Slabosť: | Nie | Áno | | |
| Iné: | | | | |
| Objektívne zhodnotenie osoby, podrobnejší popis nálezu | | | | |
| Bolesti: | Nie | Áno | | |
| Dýchanie: | OK | Problém | Namáhané, piskoty, zahlienený, chrčí, cyanóza | |
| Kašeľ: | Nie | Áno | Suchý/vlhký, spútum, (farba)* | |
| DK: | OK | Opuchy | Symetrický //viac vpravo-vľavo//tuhé lýtko* | |
| Močenie: | OK | Problém | Farba, prímes/zápach* | |
| PK: | Nie | Áno | Farba/prímes * | |
| Stolica: | Den ne | Á...dni | Konzistencia/Farba/prímes * | |
| Kontakt: | OK | Zmena | | |
| Per os príjem | OK | Zmena | | |
| Hybnosť | OK | Zmena | | |
| Inhalácia O ₂ | Nie | Áno | Prietok: l/min Sat O ₂ bez kyslíka: % | |
| Hypoder moklýza | Nie | Áno | | |
| *údaj len podľa okolností // ** bez zmeny oproti predchádzajúcemu stavu | | | | |
| Merané parametre | | | | |
| | R | O | V | Mimoriadne (čas, dôvod, hodnota) |
| Sat. O ₂ % | | | | |
| TT °C | | | | |
| TK mmHg | | | | |
| PF /min | | | | |
| GP nmol/l | | | | |
| CRP | Dátum: | | Výsledok: | |
| COVID 19 | Dátum : | | Výsledok: Ag/PCR | |

Tabuľka č. 10 Vzor protokolu vypracovaný sestrou pri psychiatrických ochoreniach osoby v PZDS (spracovala Sopková)

| Standardné postupy  | | Ošetrovateľský protokol pre psychiatrickú ambulanciu |
|--|--|--|
| Protokol č.: | | Dátum: |
| Meno a priezvisko osoby: | | R.č.: |
| Meno a priezvisko ošetrujúcej sestry : | | Podpis: |
| Objektívne údaje od sestry | Popis zmeny, použite frekvenciu: nikdy, zriedkavo, často, stále | |
| 1 | Zmena správania | |
| 2 | Zhoršený spánok | |
| 3 | Útlm počas dňa | |
| 4 | Plačlivosť | |
| 5 | Nechuť do jedla | |
| 6 | Dezorientácie v osobe | |
| 7 | Dezorientácia v čase | |
| 8 | Dezorient. v priestore | |
| 9 | Agresivita | |
| 10 | Telesný nepokoj | |
| 11 | Vizuálne halucinácie | |
| 12 | Euforické správanie | |
| 13 | Strach | |
| 14 | Úzkosť | |
| 15 | Strata záujmu o okolie | |
| 16 | Úvahy, pokus o samovraždu, | |
| 17 | Izolácia | |
| 18 | Nezáujem | |
| 19 | Motorické spomalenie | |
| 20 | Úbytok na váhe | |
| Podrobnejší popis správania pacienta sestrou: | | |
| | | |
| Subjektívne údaje od pacienta: | | |
| | | |
| Aktuálna farmakoterapia: | | |
| | | |

Doplňkové otázky manažmentu pacienta a zúčastnených strán

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.

Úspešné zavedenie multidisciplinárneho manažmentu zdravia do praxe PZDS je podmienené nielen dostatkom finančných a personálnych zdrojov, no tiež **zavedením série zmien a stimulov s pozitívnym dopadom na všetkých participantov MDT**. Veľkým problémom praxe je nedostatok lekárov a sestier i opatrovateľov a ďalších profesií. Autori štandardu upozorňujú na vážny problém mrhania ľudskými zdrojmi, keď sestry v praxi ZSS vykonávajú menej kvalifikované (opatrovateľské) činnosti. Špecializované sestry vo vyspelej zahraničnej praxi môžu úplne bežne predpisovať lieky (prescriber), posudzovať potrebu vyšetrení, realizovať drobné chirurgické zákroky a pod. Navrhujeme posúdenie možností rozšírenia kompetencií sestier v súlade s vyspelou zahraničnou praxou, a to nielen v oblasti predpisovania zdravotníckych pomôcok a liekov, ktoré by v konečnom dôsledku zvýšilo dostupnosť včasného a kvalitného manažmentu zdravia.

Zefektívňovanie spolupráce multidisciplinárneho tímu vyžaduje uplatňovanie overených metód poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v praxi. **Case management** je metóda, ktorá umožňuje koordináciu služieb potrebných pre zabezpečenie efektívnej starostlivosti v prospech pacienta. Šírka služieb, ktoré je potrebné zabezpečiť v rámci poskytovania dlhodobej starostlivosti, spôsob prepojenia jednotlivých služieb a efektivita komunikácie profesionálov podieľajúcich sa na multidisciplinárnej spolupráci je charakteristika, ktorá smeruje k uplatňovaniu prístupov case managementu v praxi. Case management má všetky predpoklady pre zabezpečenie kontinuity starostlivosti o náročných pacientov s potrebou dlhodobej starostlivosti a taktiež odstránenie systémových problémov, ako je rigidita systému, fragmentácia systému a zneužívanie, alebo zase naopak nedostupnosť niektorých služieb. Hlavnou pracovnou stratégiou case managementu je tímová spolupráca s určenými pravidlami koordinátorov, ale aj ostatných členov multidisciplinárneho tímu.

Alternatívne odporúčania

Multidisciplinárna spolupráca pri manažmente starostlivosti o zdravie prijímateľom sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb

(ak poskytovateľ sociálnych služieb nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti²⁰)

- Poskytovateľ sociálnej služby vytvára podmienky na zabezpečenie práva prijímateľa na primeranú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom činností manažmentu starostlivosti o zdravie prijímateľov v nepretržitom režime podľa potrieb prijímateľov.

²⁰ podľa § 10a 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 a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony

- Cieľom činností manažmentu starostlivosti o zdravie o prijímateľov v zariadení je predísť zhoršeniu zdravotného stavu z dôvodu neposkytnutia alebo neskorého poskytnutia primeranej zdravotnej starostlivosti, znížiť fyzické alebo psychické utrpenie v súvislosti s prítomnou krehkosťou, deficitom sebestačnosti alebo/a prítomným ochorením.
- Manažment starostlivosti o zdravie prijímateľov sa realizuje na základe:
 - ◆ určenej osoby zodpovednej za manažment starostlivosti o zdravie prijímateľov,
 - ◆ zmluvných vzťahov s ošetrojúcim lekárom o poskytovaní lekárskej starostlivosti, s agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, s mobilným paliatívnym tímom o poskytovaní paliatívnej starostlivosti v príslušnom zariadení.
- **Manažment starostlivosti o zdravie** o prijímateľov zahŕňa tieto **činnosti** (príklady) :
 - ◆ včasná, komplexná koordinácia starostlivosti o zdravie podľa potrieb prijímateľa,
 - ◆ včasné **zabezpečenie lekárskej starostlivosti v spolupráci so zmluvným ošetrojúcim lekárom** zariadenia alebo ošetrojúcim lekárom prijímateľa a plnenie aktuálnej ordinácie lekára,
 - ◆ **lekárske vizity** (v závislosti od zdravotného stavu prijímateľa),
 - ◆ **predpísanie liekov**, zdravotníckych pomôcok a potrieb a určenie diéty/nutričnej výživy podľa indikácie,
 - ◆ včasné **zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti v spolupráci s ADOS**,
 - ◆ včasné **zabezpečenie ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti**,
 - ◆ paliatívnu starostlivosť v **spolupráci s mobilným hospicom** (mobilným paliatívnym tímom),
 - ◆ včasné zabezpečenie zdravotnej starostlivosti s **d ďalšími poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti** (ďalej len „poskytovateľ“) podľa zdravotného stavu a potrieb prijímateľa,
 - ◆ zabezpečenie očkovania,
 - ◆ **sledovanie zmien v zdravotnom v stave**, vrátane nových príznakov (kašeľ, zvýšená telesná teplota, zmeny vo vedomí a pod.) a **bezodkladná konzultácia odchýlok** vo vitálnych funkciách, stave vedomia a orientácii s ošetrojúcim lekárom/poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

AD požiadavka praxe k lepšej profesionálnej príprave opatrovateľov

Odborný opatrovateľ (večerná/rok aj denná forma - 3 roky) – *odporúčanie začleniť do multidisciplinárneho tímu už nových absolventov učebného odboru* (pre potreby tohto štandardu a praxe v PDZS spracovala PhDr. Mária Koval'ová, garantka experimentálneho overovania).

Profil absolventa – odborný opatrovateľ

- Absolvent bude disponovať kľúčovými **kompetenciami**, ako kombináciou vedomostí, zručností, postojov, hodnotovej orientácie a ďalších charakteristík osobnosti, ktoré každý človek potrebuje na svoje osobné uspokojenie a rozvoj, aktívne občianstvo,

spoločenské a sociálne začlenenie k tomu, aby mohol primerane konať v rôznych pracovných a životných situáciách počas celého svojho života. Kľúčové kompetencie sú v súlade so Spoločným európskym rámcom kľúčových kompetencií pre celoživotné vzdelávanie:

- a) spôsobilosť konať samostatne v spoločenskom a pracovnom živote,
- b) spôsobilosť interaktívne používať vedomosti, informačné a komunikačné technológie, komunikovať v materinskom a cudzom jazyku,
- c) schopnosť pracovať v rôznorodých skupinách.

→ Absolvent bude mať požadované **vedomosti** z organizácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, bude:

- ◆ ovládať a používať odbornú terminológiu odboru,
- ◆ ovládať základné princípy zdravotníckej etiky,
- ◆ ovládať poznatky z oblasti opatrovateľstva, stručné poznatky zo zdravotvedy a prvej pomoci,
- ◆ ovládať poznatky základov hygieny a epidemiológie,
- ◆ ovládať poznatky zo starostlivosti o pomôcky a prostredie,
- ◆ ovládať základné poznatky o diétach a podávaní stravy dospelým pacientom,
- ◆ popísať a vysvetliť technické základy zloženia prístrojov a zariadení používaných v odbore a ich funkciu,
- ◆ ovládať zásady hygieny práce, bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci a ochrany životného prostredia,
- ◆ ovládať základné poznatky z geriatrickej a gerontopsychiatrickej starostlivosti,
- ◆ ovládať základné poznatky z vývinovej psychológie a vývoja dieťaťa,
- ◆ popísať metódy, postupy a techniky na podporu psychického, fyzického a duchovného zdravia človeka,
- ◆ ovládať modely organizovania všedných aj sviatočných dní a denného programu klientov,
- ◆ ovládať základné poznatky z tímovej práce a manažmentu času,
- ◆ ovládať základné poznatky z administrácie a dokumentovania odborných výkonov.

→ Absolvent bude disponovať požadovanými **zručnosťami**. Absolvent vie:

- ◆ zvoliť najefektívnejší postup pri vykonávaní opatrovateľských činností,
- ◆ vykonávať základnú starostlivosť o pomôcky, o posteľ klienta a prostredie,
- ◆ vykonávať dezinfekciu a sterilizáciu,
- ◆ vykonávať základný hygienický filter u dospelého klienta,
- ◆ podieľať sa na starostlivosti o vyprázdňovanie klienta,
- ◆ aplikovať základy hygieny práce - obsluhovať prístroje a zariadenia používané v odbore, vykonávať ošetrovanie a údržbu prístrojov a zariadení používaných v odbore,
- ◆ postupovať v zmysle zásad bezpečnosti práce a ochrany zdravia pri práci, ochrany životného prostredia,
- ◆ vykonávať kvalifikovane základné odborné výkony opatrovateľskej starostlivosti,

- ◆ racionálne riešiť jednoduché problémové situácie, dodržiavať normy, parametre kvality opatrovateľských výkonov,
- ◆ využívať informačné a SMART technológie pri riešení odborných úloh,
- ◆ poskytovať prvú pomoc podľa svojich odborných schopností a zabezpečiť ďalšiu odbornú pomoc,
- ◆ vytvárať a udržiavať zdravý a bezpečný životný a obytný priestor pre všetky vekové skupiny,
- ◆ aplikovať metódu pozorovania sociálneho správania, zdravotného stavu a vitálnych hodnôt klientov, overovanie a dokumentovanie svojho pozorovania, využívanie získaných informácií na plánovanie a uskutočňovanie ďalšieho procesu opatrovateľskej starostlivosti,
- ◆ podávať lieky perorálne – tablety, kvapky z opatrovateľského hľadiska a rozpoznávať ich možné vedľajšie účinky, indikáciu, použitie a skladovanie liečiv v súlade s nariadením lekára,
- ◆ vykonávať opatrovateľské opatrenia a úkony na zaopatrnenie zomrelého,
- ◆ vedieť reagovať na mimoriadnu situáciu v krízovom riadení,
- ◆ profesionálne komunikovať.

Špeciálny doplnok štandardu

Rozhodovanie o nezačatí kardiopulmonálnej resuscitácie v podmienkach PDZS

(pre potreby tohto štandardu a praxe v PDZS spracoval doc. MUDr. Jozef Firment, PhD., hlavný odborník MZ SR pre anesteziológiu a intenzívnu medicínu)

- Ideálne by bolo, ak by sme v našich nemocničných alebo PDZS zariadeniach mali pri prijímaní pacientov určené **dispozície pacienta** (alebo jeho poručníka) pre personál, resp. priania pacienta („living will“) pre prípad zhoršenia zdravotného stavu a rozhodovania sa pre invazívne postupy kardiopulmonálnej resuscitácie – KPR, defibrilácia, endotracheálna intubácia, NG sonda, i.v. kryštaloidy, i.v. výživa, dialýza...).
- Pri prijímaní pacienta/klienta do PDZS má byť jemu a/alebo príbuznému **poskytnuté poučenie** pre kroky v prípade zhoršenia zdravotného stavu.
- Ak má pacient paliatívnu starostlivosť alebo starostlivosť na konci života, má mať **vyjadrenie lekára** ako postupovať pri chronickom alebo akútnom zhoršení stavu, aby sa predchádzalo úpornej liečbe.
- Lekárom má byť uvedený pokyn pre personál PDZS **ako postupovať** pri **chronickom** zhoršovaní sa celkového zdravotného stavu, prijímania potravy per os, poklese/zastavení diurézy, postupnom nástupe dyspnoe, vzniku edémov/anasarky,...
- Tiež má byť dopredu lekárom vyjadrený **postup** pri **akútnom** zhoršení sa celkového stavu pacienta – asfyxia (napr. jedlom), zastavenie dýchania, strata vedomia, nehmateľný pulz/nemateľný krvný tlak...
- Pri **odovzdávaní služby** personálu navzájom sa musí venovať pozornosť aj informácii o zhoršení sa chronického stavu konkrétnych pacientov a tomu, čo je uvedené vo vyjadrení lekára pri hodnotení prognózy pacienta, aby nedochádzalo k neindikovanému mobilizovaniu záchranných zložiek.

- V prípade, že u pacienta/klienta dôjde k zhoršeniu jeho zdravotného stavu a pacient /klient je v paliatívnom režime alebo v starostlivosti na konci života, **nezačína sa s kardiopulmonálnou resuscitáciou (KPR)**. KPR sa má považovať za **podmienenu liečbu** (teda sa vykonávať len u pacienta, kde je indikovaná).
- Medzi **jednoznačne definované kritériá** na nezačatie KPR patrí dostupnosť platných a relevantných predbežných pokynov, ktoré odporúčajú neposkytnutie KPR (rozhodnutie lekára, resp. konzília u chronického stavu). Medzi **d’alšie kritériá** podporujúce rozhodovanie patrí zastavenie srdca, pri ktorom riziko poškodenia pacienta z dôvodu pokračujúcej KPR pravdepodobne **preváži nad akýmkoľvek prínosom**, napr. ťažká chronická komorbidita alebo veľmi zlá kvalita života pred zastavením srdca. Nezačína sa s KPR ani v prípadoch, ak sú iné silné dôkazy, že d’alšia KPR by nebola v súlade s **hodnotami a želaniami pacienta** alebo v jeho najlepšom záujme. Ošetrojúci personál by mal jasne **zdokumentovať dôvody** nezačatia alebo ukončenia KPR.

Súvisiace definície:

Liečba – vedomé ovplyvnenie zdravotného stavu osoby s cieľom navrátiť jej zdravie, zabrániť d’alšiemu zhoršovaniu jej zdravotného stavu alebo zmierniť prejavy a dôsledky jej choroby²¹.

Kauzálna liečba – zameriava sa na ovplyvnenie príčiny choroby.

Symptomatická liečba – zameriava sa na ovplyvnenie symptómov (príznakov) choroby – zdravotných ťažkostí pacienta.

Intenzívna liečba/starostlivosť – zameriava sa na náhradu alebo podporu zlyhávajúcich životných (vitálnych) funkcií u pacienta, pričom sa očakáva ich následné zotavenie, napr. umelá pľúcna ventilácia, intenzívna podpora krvného obehu, mimotelový obeh, dialýza a iná mimotelová eliminačná liečba, úplná parenterálna výživa a pod.

Konzervatívna liečba/starostlivosť – zvyčajná liečba/starostlivosť, bez postupov intenzívnej liečby/starostlivosti, napr. vo vzťahu k zvažovanému chirurgickému výkonu – liečba bez realizovania tohoto výkonu.

Paliatívna liečba/starostlivosť – špecializovaná liečba/starostlivosť, ktorej cieľom je zlepšiť kvalitu života pacienta. Zameriava sa na ovplyvnenie ťažkostí pacienta a symptómov choroby (*symptomatická liečba*) a na zmiernenie utrpenia, pričom zároveň venuje pozornosť napĺňaniu fyzických, psychických, sociálnych a duchovných potrieb pacient.

Hospicová starostlivosť – osobitný druh paliatívnej starostlivosti, ktorá sa poskytuje pacientovi v terminálnom štádiu choroby, a to buď ambulantnou formou v jeho domácom prostredí (*mobilný hospic*) alebo ústavnou formou v špecializovanom zdravotníckom zariadení (*hospic*).

Liečba/starostlivosť na konci života – paliatívna liečba/starostlivosť, vrátane hospicovej starostlivosti, ktorá sa poskytuje umierajúcemu pacientovi. Dôraz je na zlepšení kvality života, zmiernení utrpenia, rešpektovaní dôstojnosti pacienta a na jeho ľudskom či duchovnom sprevádzaní (môže zahŕňať aj vhodnú starostlivosť poskytovanú príbuzným a iným blízkym osobám pacienta).

Úporná liečba (*syn.* márna, neprimeraná, medicínsky neindikovaná liečba) – nevedie k prinavráteniu zdravia, záchrane života či dosiahnutiu jeho pacientom akceptovateľnej kvality.

²¹ Podľa príslušných ustanovení zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.

Neprináša pacientovi žiaden zdravotný či iný prospech. Nadmerne zaťažuje pacienta dodatočnými zdravotnými ťažkosťami a dodatočným utrpením


Nezačatie alebo ukončenie úpornej liečby – je medicínskym rozhodnutím v prípade, keď sa zvažovaná alebo realizovaná liečba považuje za úpornú liečbu. Toto rozhodnutie sa prijíma podľa možnosti s primeraným zohľadnením prání a preferencií pacienta. Toto rozhodnutie sa prijíma na základe stanoviska určeného odborného lekárskeho konzília alebo na základe kolektívneho rozhodovacieho procesu ošetrojúceho tímu alebo iným určeným postupom.

Odmietnutie liečby zo strany kompetentného pacienta – preukázateľne vyjadrený nesúhlas pacienta s konkrétnym postupom liečby alebo zdravotnej starostlivosti, alebo odvolanie predtým udeleného informovaného súhlasu s touto liečbou, alebo zdravotnou starostlivosťou (Firment, 2014; Odporúčania Európskej resuscitačnej rady, 2021).

Stupeň odkázanosti fyzickej osoby a postup pri odkázanosti na sociálnu službu

Odkázanosť fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby na účely poskytnutia sociálnej služby sa realizuje podľa **Prílohy č. 3 Zákona o sociálnych službách**. **Stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby a priemerný rozsah odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby** v hodinách sa určí na základe celkového počtu bodov. Fyzická osoba je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby v prípade, ak je v stupňoch **II až VI** podľa Prílohy č. 3 (Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Tabuľka č. 11 Stupne odkázanosti (spracované podľa Prílohy č. 3 Zákona č. 448/2004 o sociálnych službách)

| Stupne odkázanosti | | | |
|---|-------------|---|--|
|  | | | |
| Stupeň | Počet bodov | Priemerný rozsah odkázanosti (hod./deň) | Priemerný rozsah odkázanosti (hod./mesiac) |
| I. | 105 – 120 | 0 | 0 |
| II. | 85 – 104 | 2 – 4 | 60 – 120 |
| III. | 65 – 84 | 4 – 6 | 120 – 180 |
| IV. | 45 – 64 | 6 – 8 | 180 – 240 |
| V. | 25 – 44 | 8 – 12 | 240 – 360 |
| VI. | 0 – 24 | viac ako 12 | viac ako 360 |

Medzi úkony sebaobsluhy patrí hygiena, stravovanie, pitný režim, vyprázdňovanie močového mechúra a hrubého čreva, obliekanie, vyzliekanie, mobilita, motorika, dodržiavanie liečebného režimu.

K úkonom starostlivosti o domácnosť zaraďujeme nákup potravín, príprava jedla, umývanie riadu, upratovanie, obsluha spotrebičov, pranie, žehlenie, starostlivosť o lôžko, donáška odpadu do smetnej nádoby, donáška uhlia, dreva, odnesenie popola, vody, vykurovanie.

Medzi základné sociálne aktivity patrí sprievod (napr. k lekárovi, do školy/zamestnania, na úrad, na záujmové aktivity). Ďalej tu zaraďujeme aj predčítanie a uľahčenie komunikácie v prípade zrakového a sluchového postihnutia.

Posudzuje sa:

- stravovanie a pitný režim,
- vyprázdňovanie močového mechúra,
- vyprázdňovanie hrubého čreva,
- osobná hygiena,
- celkový kúpeľ,
- obliekanie, vyzliekanie,
- zmeny polohy, sedenie a státie,
- pohyb po schodoch, po rovine, orientácia v prostredí, dodržiavanie liečebného režimu, potreba dohľadu,
- dosahuje stupeň..... s priemerným rozsahom odkázanosti....hodín denne,hodín mesačne.

Posudok odkázanosti na sociálnu službu obsahuje:

- stupeň odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby,
- zoznam úkonov sebaobsluhy, zoznam úkonov starostlivosti o domácnosť a zoznam základných sociálnych aktivít a ich rozsah (rozsah hodín),
- návrh druhu sociálnej služby s prihliadnutím na potreby klienta,
- určenie termínu opätovného posúdenia zdravotného stavu.

Po vydaní posudku osoba/žiadateľ podá žiadosť o uzatvorenie zmluvy a poskytovanie sociálnej služby. Zmluva o poskytovaní sociálnej služby musí byť uzatvorená spôsobom, ktorý je pre prijímateľa sociálnej služby zrozumiteľný. Následnosť krokov je v Obrázku č. 9.

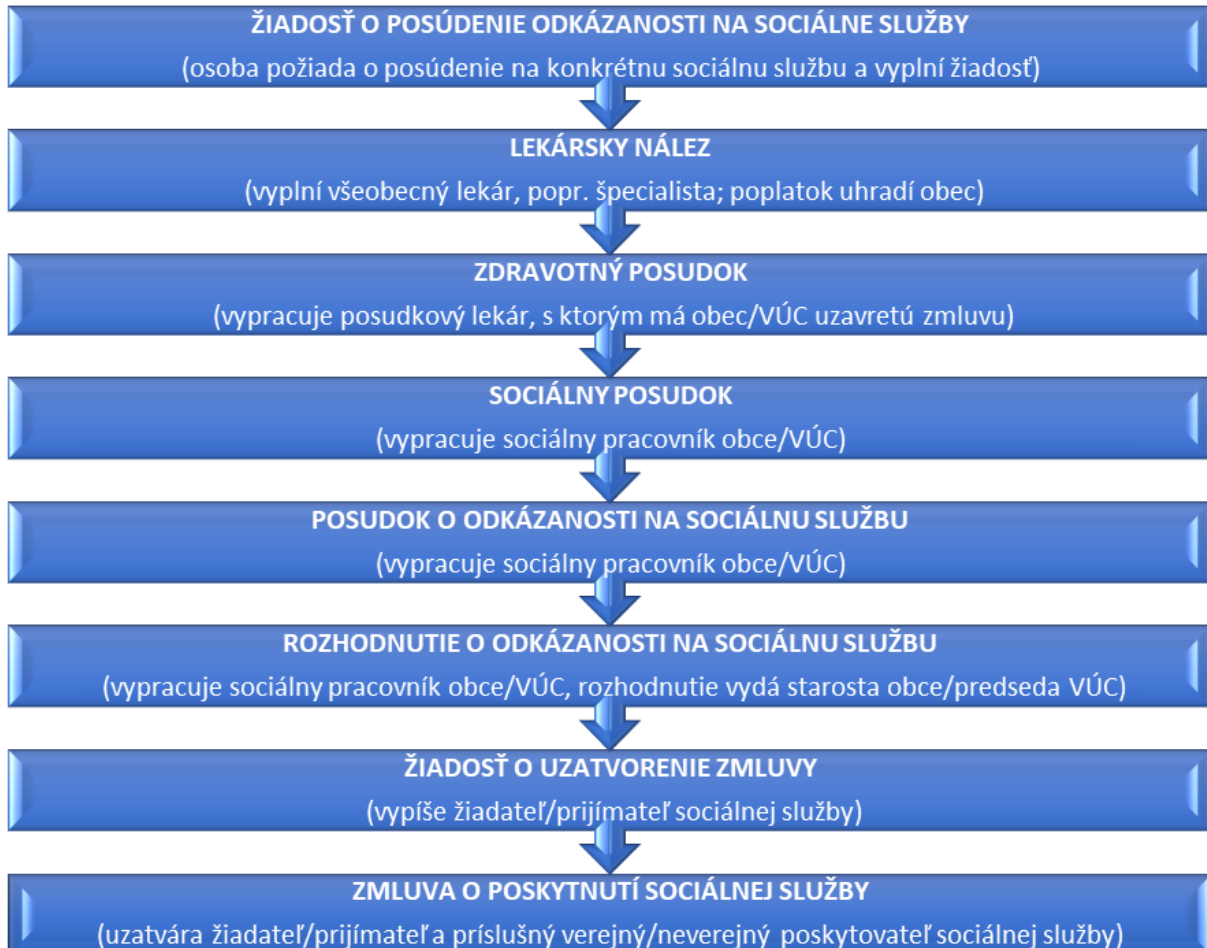
Zmluva o poskytovaní sociálnej služby obsahuje:

- označenie zmluvných strán,
- druh poskytovanej sociálnej služby,
- vecný rozsah sociálnej služby a formu poskytovania sociálnej služby,
- počet odoberaných jedál podľa, ak ide o poskytovanie sociálnej služby v zariadení s poskytovaním stravovania,
- deň začatia poskytovania sociálnej služby,
- čas poskytovania sociálnej služby, a ak ide o ambulatnú sociálnu službu v zariadení, aj čas poskytovania sociálnej služby v hodinách počas pracovného dňa,
- miesto poskytovania sociálnej služby,
- sumu úhrady za sociálnu službu, spôsob jej určenia a spôsob jej zaplatenia,

- dôvody jednostrannej výpovede zmluvy (Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Postup pri odkázanosti na sociálnu službu

Obrázok č. 11 Postup pri odkázanosti na sociálnu službu (spracované autormi štandardu podľa Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách)



Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Vzhľadom na veľký rozsah problematiky sa štandard orientuje na vybrané oblasti multidisciplinárnej spolupráce s perspektívou ďalšieho spracovania a rozvoja v kontexte prebiehajúcej reformy dlhodobej starostlivosti v SR. Prvý plánovaný audit a revíziu štandardu realizovať v súvislosti s pokračujúcim rozvojom, resp. stavom implementovania v praxi, najneskôr o tri roky.

Literatúra

1. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY.2011. Long-Term Care for Older Adults: A Comparative Effectiveness Review of Institutional versus Home and Community-based Care. Evidence-based Practice Center Systematic Review Protocol. [online]. [citované 05.01.2022]. Dostupné na: https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/long-term-care-adults_research-protocol.pdf
2. ACHTERBERG, T., HOLLEMANN, G. 2005. Používanie multidisciplinárnej klasifikácie v ošetrovatelstve Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/8031912_Using_a_multidisciplinary_classification_in_nursing The International Classification of Functioning Disability and Health
3. BOROŇOVÁ, J. - FABIANOVÁ, Z. - GAŽIOVÁ, M. - KUČEROVÁ, I. - KLIČOVÁ, M. - STRAKA, J. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovatelstvo :: SPDTP](#)

4. BOROŇOVÁ, J. - FABIANOVÁ, Z. - KUČEROVÁ, I. - KLIČOVÁ, M. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment predchádzania vzniku dekubitov u rizikového pacienta. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
5. BULLOVÁ, A. - JARABOVÁ, D. - FABIANOVÁ, Z. - KOČANOVÁ, L. 2020. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaobsluhy a sebaopatery. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
6. BULLOVÁ, A. - JARABOVÁ, D. - KLIČOVÁ, M. - FABIANOVÁ, Z. 2020. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so sondami. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
7. CANGÁR, M. - MACHAJDÍKOVÁ, M. 2017. Dlhodobá starostlivosť v Slovenskej republike - Potreba systémovej zmeny. /online/ citované 5.09.2021. Dostupné na: https://www.rpsp.eu/wp-content/uploads/2018/04/LTCpolicybrief_final.pdf
8. CESARI, M. et al. 2016. Frailty. An emerging Public Health Priority. [online]. [citované 03.01.2022]. Dostupné na: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00766-5/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00766-5/fulltext)
9. ČUNDERLÍKOVÁ, M., KISELÁKOVÁ, K., ZIGMUNDOVÁ H., KOVÁČSOVÁ, E. 2021. Nefarmakologické metódy a prístupy v liečbe demencií. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-liecebna-pedagogika/>
10. DIETZOVÁ, M., DROPOVÁ, Z., KOTIANOVÁ, A. 2021. Komplexný psychologický manažment dospelého pacienta s chronickou bolesťou. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-klinicka-psychologia-pre-dospelych/>
11. Druwé, P. et al. 2020. Cardiopulmonary Resuscitation in Adults Over 80: Outcome and the Perception of Appropriateness by Clinicians. [online]. [citované 18.01.2022]. Dostupné na: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.16270>
12. European Commission - Social Protection Committee. 2021. Long Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Country profiles. Volume II. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2021. 432 s. ISBN: 978-92-76-38219-5.
13. FABIANOVÁ Z, MOCHNÁČOVÁ A, BRATOVÁ A. Nursing homes and social services facilities with nursing care in Slovakia: why do we need both? NRC. 2021. <https://doi.org/10.12968/nrec.2021.23.12.2>
14. FABIANOVÁ, Z. - BRATOVÁ, A. - KATRENIÁKOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - ŽÁKOVÁ, M. 2021. Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti. [online]. [citované 31.12.2021]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/4_2-Manazment-vcasneho-zabezpecenia-naslednej-a-dlhodobej-starostlivosti-DS.pdf
15. FABIANOVÁ, Z. - GONDÁROVÁ - VYHNIČKOVÁ, H. - KLIČOVÁ, M. - ŠUTTOVÁ, G. 2020. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
16. FABIANOVÁ, Z. - GONDÁROVÁ - VYHNIČKOVÁ, H. - MACKOVÁ, A. - STRAKA, J. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
17. FABIANOVÁ, Z. - HRINDOVÁ, T. – KLIČOVÁ, M. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami správania. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
18. FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutície. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
19. FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
20. FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. - BRATOVÁ, A. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KATRENIÁKOVÁ, Z. - ŽÁKOVÁ, M. 2021. Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti [online]. [citované 12.02.2022]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/4_3-Riadenie-rizika-destabilizacie-v-dlhodobej-oseetrovatejskej-starostlivosti-DS.pdf
21. FABIANOVÁ, Z. 2019. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
22. FABIANOVÁ, Z., 2019. Koncept stratégie kvalitnej starostlivosti v LTC zariadeniach na Slovensku s celonárodným dopadom (návrh). Humenné: ZSS Slniečny dom, n.o., 2019. 66 s.
23. FILEP, R., ŠINGLIAROVÁ, H. 2021. Komplexná rehabilitačná liečba po ruptúre LCA. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-fyziatria-balneologia-liecebna-rehabilitacia/>
24. FIRMENT, J. et. al. 2014. Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia. In: Anestéziológia a intenzívna medicína. 2014, roč. 3, č. 1, s. 34-36. ISSN 1214-2158.
25. FLÁŠKOVÁ, M. 2021. Rehabilitácia po ischemickej cievnej mozgovej príhode. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-fyziatria-balneologia-liecebna-rehabilitacia/>
26. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. - BRATOVÁ, A. - KOVAČOVÁ, M. - LAURINC, M. - KATRENIÁKOVÁ, Z. - ŽÁKOVÁ, M. 2021. Komplexné uspokojovanie potrieb osôb v následnej a dlhodobej starostlivosti. [online]. [citované 24.11.2021]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/4_1-Komplexne-uspokojovanie-potriebosob-v-naslednej-a-dlhodobej-starostlivosti-DS.pdf
27. HAGOVSÁ, M. 2021. Klinický štandard liečebnej rehabilitácie u seniorov s poruchami rovnováhy a chôdze. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-fyzioterapia/>
28. HARASYM, P.M. - AFZAAL, M. - BRISBIN, S. et.al. 2021. Multi-disciplinary supportive end of life care in long-term care: an integrative approach to improving end of life. [online]. [citované 13.01.2022]. Dostupné na: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02271-1>
29. Health Service Executive. 2017. Making a start in Integrated Care for Older Persons A practical guide to the local implementation of Integrated Care. Programmes for Older Persons. [online]. [citované 05.01.2022]. Dostupné na: [A practical guide to the local implementation of Integrated Care Programmes for Older Persons](#)
30. HOOZOVÁ, J. - NÉMETH, F. – LEITMANN, T. 2021. Komplexné vyšetrenie geriatrické. [online]. [citované 14.02.2022]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/1-10-2021/7_1-Komplexne-vysetrenie-geriatricke-Geriatria.pdf
31. Horecký, J. – Potůček, M. – Cabrnok, M. - Kalvach, Z. 2021. Reforma dlhodobé péče pro Českou republiku Jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče. Tábor: APSS ČR, 2021. 36 s. ISBN: 978-80-88361-14-5.
32. HRINDOVÁ T, ONTKOCOVÁ T.2021. Kompetencie sestry pri uspokojovaní spirituálnych potrieb pacienta. In: Zborník z XII. Medzinárodnej vedeckej konferencie, „Hospic – moderné zdravotnícke zariadenie 21. storočia“. Vyd: VŠ ZaSP sv Alžbety, Bratislava, Inštitút bl. M. D. Trčku v Michalovciach.s 86-96. ISBN: 978-80-8132-239-6
33. HRINDOVÁ, T. - FABIANOVÁ, Z. 2020. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP](#)
34. <http://archive.sciendo.com/BEOIH/beoih.2012.28.issue-2/v10221-011-0026-z/v10221-011-0026-z.pdf>.
35. IŠTOŇOVÁ, M., KOCIOVÁ, K., JUDIČÁKOVÁ, M. Spolupráca fyzioterapeuta a sestry v rehabilitačnej starostlivosti o pacienta. Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníctva, Katedra fyzioterapie ² Klinika úrazovej a urgentnej medicíny, Fakultná

- nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana v Prešove Dostupné na [Ištoňová, Kociová Judičáková - Spolupraca fyzioterapeuta a sestry v RHB ošetrovatel'stvo MOLISA 6](#)
36. KABELKA, L. 2017. Geriatrická paliatívna péče. Praha: Mladá fronta a.s., 2017. 317 s. ISBN 978-80-204-4225-3.
 37. KALVACH, Z. a kol. 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada, 2011. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
 38. KAMENSKÝ, G., STUDENČAN, M. 2020. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment pacienta so stabilnou koronárnou chorobou srdca. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standarty-kardiologia/>
 39. KMEŤOVÁ, G. - SLAMKOVÁ, A. - FABIANOVÁ, Z. 2019. Komplexný ošetrovatel'ský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých). [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovatel'stvo :: SPDTP](#)
 40. KOČANOVÁ, E. - KATRENIÁKOVÁ, Z. - FABIANOVÁ, Z. - RAJNIČOVÁ NAGYOVÁ, I. 2021. Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť - "PROS". [online]. [citované 31.12.2021]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standarty/15-12-2021/2_1-Pacientsky-a-rodinne-orientovana-starostlivosť-PROS-Dlhodobá-starostlivosť.pdf
 41. KOČANOVÁ, E. - SOMOGYI, A. - FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2020. Komplexný ošetrovatel'ský manažment imobilného pacienta. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovatel'stvo :: SPDTP](#)
 42. KOČANOVÁ, E. - SOMOGYI, A. - KMEŤOVÁ, G. - JARABOVÁ, D. 2019. Komplexný ošetrovatel'ský manažment pacienta s poruchami prehĺtania. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovatel'stvo :: SPDTP](#)
 43. LEBEDOVÁ, T., CHUDOVSKÁ, T., JANDOVÁ, K. 2021. Komplexný psychologický manažment pacienta so somatickým ochorením. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standarty-klinicka-psychologia-pre-dospelých/>
 44. LÉVYOVÁ, M. - KATRENIÁKOVÁ, Z. - FABIANOVÁ, Z. - DOBROTKOVÁ, M. - ČERVENÁKOVÁ, J. 2019. Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike [online]. [citované 02.07.2021]. Dostupné na: [Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike](#)
 45. MACKOVÁ, A. - TRNOVCOVÁ, M. - KLIČOVÁ, M. - GONDAROVÁ - VYHNIČKOVÁ, H. 2020. Komplexný ošetrovatel'ský manažment pacienta v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovatel'stvo :: SPDTP](#)
 46. MASAR, O. a kolektív. 2015. Kompendium všeobecného praktického lekára pre medikov. Univerzita Komenského Bratislava: Lekárska fakulta 2015. 7-9..s. ISBN 078-80-223-4002-1
 47. MINISTERSTVO FINANCIÍ SR. 2020. Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť (Komponent 13, s. 476 – 507) In Plán obnovy [online]. [citované 02.-.07.2021]. Dostupné na: https://www.planobnovy.sk/files/dokumenty/cely_plan_obnovy.pdf
 48. MINISTERSTVO PRÁCE SOCIÁLNYCH VEČÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY - MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2021. Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike. Integrovaná sociálno-zdravotná starostlivosť. [online]. [citované 20.12.2021]. Dostupné na: [Stratégia dlhodobej starostlivosti v SR - MPSVR SR](#)
 49. MINISTERSTVO ZDRAVOTNÍCTVA SR, 2021. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o indikácii intenzívnej starostlivosti v situácii krízy a obmedzených kapacít v zdravotníckych zariadeniach z dôvodu pandémie ochorenia Covid-19. [online]. [citované 18.01.2022]. Dostupné na: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2021/vestnik-2021-1-4.pdf
 50. MOCHNÁČOVÁ, A., 2018. Networkingová platforma pre manažment dlhodobej starostlivosti v SR. Prešov, 2018. 55 s.
 51. MÜLLER, CH. FLEISCHMANN, N. 2018. Inter Profesionálna spolupráca v ošetrovatel'ských domoch. /online/ cit. 09.09.2021., Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5765653/>
 52. NAGYOVÁ, I., KATRENIÁKOVÁ, Z. 2019. SCIROCCO Exchange Maturity Model for Integrated Care - Slovak version Model pripravenosti pre integrovanú starostlivosť. [online]. [citované 13.07.2021]. Dostupné na: <https://www.sciroccoexchange.com/uploads/SCIROCCO-Exchange-Translated-Maturity-Model-Slovak-v0.3.pdf>
 53. NATIONAL INSTITUTE ON AGING. 2021. What Is Long-Term Care? [online]. [citované 02.-.07.2021]. Dostupné na: [What Is Long-Term Care? | National Institute on Ageing](#)
 54. Odborné usmernenie MZ SR o vedení zdravotnej dokumentácie zo dňa 24.9.2009, Vestník MZ SR, čiastka 42-48, roč. 57. 2009. [online]. 2009 [citované 17.04.2021]. Dostupné na: www.sksapa.sk/.../88-Odborné-usmernenie-o-vedení-zdravotnej-dokumentácie.html.
 55. Odporúčania Európskej resuscitačnej rady 2021. Rozhodovanie o začatí a ukončení KPR. In: Anestéziológia a intenzívna medicína. 2021. Supplement 1, s.60-61. ISSN 2453-8485.
 56. OECD, Eurostat and World Health Organisation (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris, [online]. [citované 07.-.07.2021]. Dostupné na: [A System of Health Accounts 2011 : Revised edition | OECD iLibrary](#)
 57. OECD. 2018. Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA 2011. OECD - Health Division. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. [online]. [citované 07.07.2021]. Dostupné na: <https://www.oecd.org/els/healthsystems/AccountingMappingofLTC.pdf>
 58. PANELLA, M., ZELM van, R., SERMEUS, W., VANHAECHELT, K. Care pathways for the organisation of patients' care. Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav 2012; 28(2): 111-122. [online]. [citované 14.07.2021]. Dostupné na:
 59. POT, A.M. – BRIGGS, A.M. – BEARD, J.R. 2017. Healthy Ageing and the need for a Long term-care system. Global consultation on integrated care for older people (ICOPE)– the path to universal health coverage.[online]. [citované 03.01.2022]. Dostupné na: <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/icope-consultation/ICOPE-Global-Consultation-Background-Paper-3.pdf?ua=1>
 60. REPKOVÁ, K. a autorský kolektív, 2011. Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe. Dostupné na https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/Interlinks/dlhodobá_starostlivosť_kniha2.pdf
 61. RYBOVÁ, J., BRATOVÁ, A. 2020. Spiritualita v ošetrovatel'ství. Bakalárska práca. Univerzita Karlova.2.Lekárska fakulta. Ústav všeobecného ošetrovatel'ství. Praha 2020..
 62. SALAMONOVÁ, A., FODOR, J. 2021. Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť - Manuál. [online]. [citované 13.07.2021]. Dostupné na: [Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť](#)
 63. STANDARDS OF CARE. 2021. Long-Term Care. [online]. [citované 02.-.07.2021]. Dostupné na: <https://www.standardsofcare.org/understanding-care/types/long-term/>
 64. STRAKA, J. – ŠARKÓZIOVÁ, D. – KLIČOVÁ, M. - FABIANOVÁ, Z. 2019. Komplexný ošetrovatel'ský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: [Štandardy ošetrovatel'stvo :: SPDTP](#)
 65. ŠIMKOVÁ, A. - BENDOVIÁ, J. - ZAGIBOVÁ, D. - TULEJOVÁ, H. - MUŽIK, R., 2021. [Starostlivosť o pacientov s artériovou hypertenziou prostredníctvom telekonzultácií \(odporúčanie\)](#).
 66. ŠIMKOVÁ, A. - EFTIMOVIÁ, P. - GAZDÍKOVÁ, K. 2021. [Komplexný manažment dospelého pacienta s prediabetes v ambulantnej zdravotnej starostlivosti](#)
 67. ŠIMKOVÁ, A. 2021. [Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou v ambulantnej zdravotnej starostlivosti - 1. revízia](#)
 68. ŠKRIPEKOVÁ, A. - DZURILLOVÁ, L. 2021. Úloha paliatívnej medicíny v geriatrickej onkológii. In: Onkológia, [online]. 2021;16(3), s. 204-207.[citované 13.01.2022]. Dostupné na: <https://www.solen.sk/casopisy/onkologia/uloha-paliativnej-mediciny-v-geriatrickej-onkologii>

69. Štandardy geriatra :: SPDTP
70. Štandardy ošetrovateľstvo :: SPDTP
71. Štandardy všeobecného lekárstva :: SPDTP
72. Ústava SR 460/1992 Zb.
73. Vyhláška MZ SR č. 176/2020, Z. z., ktorou sa dopĺňa vyhláška MZ SR č. 89/2018 Z. z., ktorou sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok, ktoré je oprávnená predpísať sestra alebo pôrodná asistentka. 2020. [online]. 2020. [citované 21.06.2021]. Dostupné na: <176/2020 Zz - Vyhláška Ministerstva zdravotníctva... - SLOV-LEX>.
74. Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz v SR
75. Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach.
76. Vyhláška MZ SR č. 95/2018 Z. z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne, samostatne na základe indikácie lekára a v spolupráci s lekárom. [online]. 2018b. [citované 21.12. 2020]. Dostupné na: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/95/vyhlasene_znenie.html>.
77. Výnos Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. 2014. [online]. [citované 06.07.2021]. Dostupné na: 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
78. Wagner, E.H. 2000. The role of patient care teams in chronic disease management. [online]. [citované 03.01.2022]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117605/>
79. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015. World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015. 260 s. ISBN 978-92-4-156504-2.
80. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2016. Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers. [online]. [citované 13.01.2022]. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250584/9789241565417-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
81. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021a. WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. [online]. [citované 03.01.2022]. Dostupné na: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
82. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021b. Building a common understanding of long-term care systems and services. In: WHO Regional Consultation on Strengthening Integrated Long-term Care Provision in the European Region (7- December- 2021).
83. www.standardnepostupy.sk
84. YAKHYAEV, Z., VRÁNOVÁ, J., HORŇÁKOVÁ, M., KOVÁČSOVÁ, E., KOTRBOVÁ, K., 2020. Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standarty-liecebna-pedagogika/>
85. Zákon NR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov
86. Zákon NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
87. Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

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 telefonickkej konzultácie alebo klinického konzília.

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 1. mája 2022.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva