



Názov:

**Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť -
"PROS"**

Autori:

**Ing. Mgr. Ľubica Kočanová
MUDr. Zuzana Katreniaková, PhD.
PhDr. Zuzana Fabianová, MBA
Mgr. Iveta Rajničová Nagyová, 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:

Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť - "PROS"

Multidisciplinárny štandard pre dlhodobú starostlivosť

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
0219	30. november 2021	schválené	15. december 2021

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

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

Technická a administratívna podpora

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

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

Kľúčové slová

dlhodobá starostlivosť, patientsky a rodinne orientovaná starostlivosť, pacient, príbuzní, rodina, neformálni opatrovatelia, komunita, zdravotnícki pracovníci, multidisciplinárna spolupráca, rešpekt, úcta, zdieľanie informácií, spolupráca

V texte štandardu pojem „osoba“ zodpovedá pojmom „pacient“ a „klient“.

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov


ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
BPG	(BEST PRACTICE GUIDELINES) osvedčené postupy
CSI	(CAREGIVER STRAIN INDEX) index záťaže opatrovateľa
DLZS	dlhodobá zdravotná starostlivosť
DSZS	dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť
EBM	(EVIDENCE-BASED MEDICINE) medicína založená na dôkazoch
EBN	(EVIDENCE-BASED NURSING) ošetrovateľstvo založené na dôkazoch
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
LOE	(LEVEL OF EVIDENCE) úroveň dôkazov
LTC	(LONG-TERM CARE) dlhodobá starostlivosť
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
PFCC	(PATIENT AND FAMILY CENTRED CARE) patientsky a rodinne orientovaná starostlivosť
PROS	patientsky a rodinne orientovaná starostlivosť
SR	Slovenská republika
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
WHO	(WORLD HEALTH ORGANISATION) Svetová zdravotnícka organizácia
ZP	zdravotná poisťovňa
ZSP	zariadenie sociálnej pomoci
ZSS	zariadenie sociálnych služieb
ZZ	zdravotnícke zariadenie
ZZS	záchranná zdravotná služba

Kompetencie

Tento ŠDTP (ďalej len „štandard“) je určený sestram, zdravotníckym a sociálnym pracovníkom, ktorí poskytujú starostlivosť pacientom s indikáciou následnej/dlhodobej (ďalej len „dlhodobej“) starostlivosti (Tabuľka č. 1). Pre zabezpečenie procesu PROS môže zdravotnícky a sociálny pracovník podľa tab. č. 1 delegovať činnosti aj na praktickú sestru (zdravotníckeho asistenta), sanitárov a opatrovateľov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti, pričom starostlivosť o pacienta je ním kontrolovaná.

Štandard môže poslúžiť tiež ako nástroj pre rozvoj kvality v práci ďalších členov multidisciplinárneho tímu v rámci pracovísk poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a sociálne služby osobám s indikáciou následnej/dlhodobej starostlivosti.

Tabuľka. č. 1

 PROS – Kompetencie			
Pozícia	Všeobecná zodpovednosť/kompetencia		Zodpovednosť/kompetencia vo vzťahu k štandardu
Vedúci lekár oddelenia (§4, bod(4)) ⁸	ZZ	zodpovednosť za riadenie a organizáciu poskytovania ústavnej zdravotnej starostlivosti pre výkon pracovných činností lekára v zmysle platnej legislatívy ^{3,6,7,8}	zodpovednosť za implementovanie „PROS“ do praxe ZZ
Vedúca sestra manažérka (§12, bod(4)) ⁸	ZZ ZSP ZSS	zodpovednosť za organizačné zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti v rozsahu činností sestry pre riadenie ošetrovateľskej praxe v zmysle platnej legislatívy ^{2,3,6,7,8}	zodpovednosť za implementovanie „PROS“ do praxe ZZ alebo ZSP/ZSS
Odborný zástupca, ošetrovateľstvo (§13, bod (1-4)) ⁸	ZZ	zodpovednosť za odborné poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy ^{1,2,3,7,8}	zodpovednosť za implementovanie „PROS“ do praxe ZZ
Odborný zástupca, lekárska starostlivosť (§5, bod(5)) ⁸	ZZ	zodpovednosť za odborné poskytovanie lekárskej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy ^{1,3,6,7,8}	zodpovednosť za implementovanie „PROS“ do praxe ZZ
Zodpovedná osoba, ošetrovateľstvo (§10a, bod (3-7)) ⁶	ZSP ZSS	zodpovednosť za dodržiavanie požiadaviek ŠDTP v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti ⁶	zodpovednosť za implementovanie „PROS“ do praxe ZSP/ZSS
Zodpovedná osoba, sociálna starostlivosť (§ 88, bod (3)) ⁵	ZSP ZSS	zodpovednosť za odborné poskytovanie sociálnej starostlivosti v zmysle platnej legislatívy ⁵	zodpovednosť za implementovanie „PROS“ do praxe ZSP/ZSS
Všeobecný lekár pre deti a dorast, všeobecný lekár pre dospelých, lekár špecialista, paliatológ (§3, bod (1-3), §4, bod (1-4)) ⁸	ZZ ZSP ZSS	zodpovednosť za odborné poskytovanie všeobecnej a špecializovanej lekárskej starostlivosti v ZZ a ZSP/ZSS v zmysle platnej legislatívy ^{3,4,6,7,8}	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS
Sestra (§11-12) ⁸	ZZ ZSP ZSS	poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v rozsahu kompetencií v zmysle platnej legislatívy ^{2,3,6,7,8}	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS

¹ §12, bod (3), bod (9-12) Odborný zástupca musí mať licenciю na výkon odborných činností, musí byť v pracovnoprávnom vzťahu, alebo v obdobnom vzťahu s poskytovateľom (Zákon NR SR č. 578/2004 Z. z.).

² 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.

Sociálny pracovník (§ 84, bod (1-7)) ⁵	ZZ ZSP ZSS	poskytovanie sociálnej starostlivosti v multidisciplinárnom tíme v rozsahu kompetencii v zmysle platnej legislatívy ⁵	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS
Fyzioterapeut (§17-19) ⁸	ZZ ZSP ZSS	poskytovanie rehabilitačnej starostlivosti v rámci multidisciplinárneho tímu, v rozsahu kompetencii v zmysle platnej legislatívy ^{3,4,6,7,8}	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS
Nutričný terapeut, asistent výživy (§26-27) ⁸	ZZ ZSP ZSS	poskytovanie nutričnej terapie fyziologická, klinická, dietická výživa, nutričná podpora v starostlivosti v rámci multidisciplinárneho tímu, v rozsahu kompetencii v zmysle platnej legislatívy ^{3,4,6,7,8}	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS
Logopéd (§53-55) ⁸	ZZ ZSP ZSS	poskytovanie starostlivosti pri vývine a výchove reči, diagnostika a terapia porúch reči v rámci multidisciplinárneho tímu, v rozsahu kompetencii v zmysle platnej legislatívy ^{3,6,7,8}	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS
Psychológ, klinický psychológ (§56-58) ⁸	ZZ ZSP ZSS	Poskytovanie psychologickkej a psychoterapeutickej starostlivosti v rámci multidisciplinárneho tímu, v rozsahu kompetencii v zmysle platnej legislatívy ^{3,6,7,8}	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS
Liečebný pedagóg (§59-61) ⁸	ZZ ZSP ZSS	Terapeuticko-edukačná pomoc jedincom s poruchami vývinu, alebo správania s následkami v rámci multidisciplinárneho tímu, v rozsahu kompetencii v zmysle platnej legislatívy ^{3,6,7,8}	posúdenie, plánovanie, realizácia a vyhodnotenie starostlivosti v systéme „PROS“ pri používaní komunikačných a iných stratégií v ZZ/ZSP/ZSS
Verejný zdravotník (§20-22) ⁸	ZZ ZSP ZSS	poskytovanie odborných pracovných činností pri ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia vrátane štátneho zdravotného dozoru, štátneho potravinového dozoru a samostatne ^{3,4,6,7,8}	zodpovednosť za implementovanie „PROS“ do stratégie v oblasti verejného zdravia v ZZ/ZSP/ZSS

Zdroj: spracované autormi štandardu na základe obsahu štandardu a aktuálne platnej legislatívy.

³ Zákon č. 578/2004 Z. z. Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

⁴ Vyhláška 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach

⁵ 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

⁶ Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Podobne, ako v iných štandardných postupoch pre oblasť dlhodobej starostlivosti je aj pre tento štandard charakteristická multidisciplinarita. Štandard presahuje prostredie zdravotníckych zariadení a zariadení sociálnej pomoci. Mimoriadne dôležitá je spolupráca s pacientom a jeho rodinou, ktorých participáciu štandard predpokladá v definovanom rozsahu:

- príbuzní a rodina, prípadne tzv. poradná rada⁹ ako spolurozhodovatelia, spolupracovníci a poradcovia v tíme s ošetrojúcim personálom a pacientom,
- pacient ako spolurozhodujúci, súhlasí/nesúhlasí, primárni neformálni opatrovatelia: najčastejšie príbuzní a priatelia v dôchodkovom veku opatrojúci blízku osobu 24 hodín denne, 7 dní v týždni bez finančného ohodnotenia alebo s finančným ohodnotením¹⁰
- sekundárni neformálni opatrovatelia: najčastejšie príbuzní a priatelia v produktívnom veku, ktorí sú zamestnaní, podieľajú sa na opatrovaní blízkej osoby a súčasne využívajú dostupné služby sociálno-zdravotnej starostlivosti (napr. ADOS, opatrovateľská služba, špecializované zariadenie),

V prípadoch nesamostatnosti, potreby osobe pomáhajú uspokojovať príbuzní, blízki, členovia rodiny. V situácii, keď rodina alebo blízki nie sú schopní uspokojovať potreby osoby, je osobe poskytovaná alebo zabezpečovaná starostlivosť inými osobami alebo v inom prostredí. (Gondárová-Vyhničková, H. - Bratová, A. - Kovaľová, M. - Laurinc, M. - Katreniaková, Z. - Žáková, M., 2021).

- formálni opatrovatelia, ktorí spĺňajú kritériá podľa zákona o sociálnych službách⁵
- duchovní a kňazi, príslušníci rôznych náboženstiev, cirkví, ktorí sú súčasťou procesu patientsky a rodinne orientovanej starostlivosti "PROS", ak je osoba veriaca.

Úvod

Štandard o osvedčených zahraničných, dnes už aj našich, stratégií a postupov (BPG) v ošetrovatelstve je komplexným dokumentom, ktorý poskytuje zdroje pre ošetrovateľskú, zdravotnícku a sociálnu prax založenú na dôkazoch (EBN). Ponúka osvedčené postupy spojené so zlepšovaním starostlivosti zameranej na osobu, jej rodinu a na partnerstvo medzi poskytovateľmi zdravotnej a sociálnej starostlivosti v kontexte terapeutického vzťahu pri riadení a manažmente zdravia pacienta. Sestry, iní zdravotníci a sociálni pracovníci, poskytovatelia a manažéri v dlhodobej starostlivosti tu nájdu dôležitý zdroj poznania pre rozvoj stratégií, postupov, protokolov, vzdelávacích programov a hodnotenia, intervencií a dokumentačných nástrojov.

Starostlivosť zameraná na osobu a rodinu sa zameriava na celého človeka ako jedinečného jednotlivca, nielen na symptómy alebo diagnostikovanú chorobu. Pri takomto pohľade na jednotlivca sestry/zdravotnícki pracovníci vedia spoznať a porozumieť životnému príbehu

⁷ 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

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

⁹ poradná rada pozostávajúca z členov rodín, príbuzných, komunít

¹⁰ ako poberatelia peňažného príspevku na opatrovanie podľa Zákona NR SR č. 447/2008 Z.z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia v aktuálnom znení

človeka, jeho skúsenostiam so zdravím, úlohe rodiny a komunity v jeho živote ako aj úlohe, ktorú môžu sami zohrávať v podpore osoby pri dosahovaní jej zdravia (RNAO, 2015).

Starostlivosť zameraná na osobu je opísaná napríklad ako odklon od biomedicínskeho modelu (t.j. človek ako „choroba vyžadujúca diagnostiku a liečbu“) smerom k poznaniu celého človeka a jeho skúseností so zdravím v priebehu času (Starfield, 2011; Olsson et al., 2013). Iné pohľady považujú starostlivosť zameranú na pacienta za morálny koncept a filozofiu a za správnu vec, ktorú je potrebné robiť pri navrhovaní a poskytovaní rešpektujúcej, humánnej a etickej starostlivosti (Edvardson & Innes, 2010; Duggan et al., 2006). Perspektíva etiky predpokladá, že poskytovatelia zdravotnej starostlivosti uplatňujú na človeka zamerané postoje a správanie, ktoré rešpektuje človeka ako celok a jeho preferencie s ohľadom na jeho kultúru a zahŕňa zdieľané rozhodovanie v rámci celého terapeutického procesu s cieľom zlepšiť klinické výsledky a spokojnosť so starostlivosťou (RNAO, 2015).

Starostlivosť zameraná na pacienta je ďalej definovaná ako starostlivosť založená na uzdravujúcich vzťahoch (ktoré zahŕňajú emocionálne aj fyzické zložky) a na zapojení rodiny a priateľov. V tejto perspektíve má človek kontrolu nad svojou starostlivosťou, pretože sú mu poskytnuté informácie a edukácia, ktoré mu pomáhajú pri rozhodovaní o zdraví počas celého jeho života (Greene et al., 2012). Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) chápe starostlivosť zameranú na človeka ako široký koncept, v ktorom poskytovanie starostlivosti a služieb nezahŕňa len zdravie jednotlivca, ale aj jeho rodinu, kultúru a komunitu. Tento pohľad má širšie zameranie na globálne stratégie navrhnuté na zlepšenie faktorov súvisiacich so sociálnymi, ekonomickými a environmentálnymi determinantami zdravia a zameriava sa na prevenciu chorôb a zdravie na populačnej úrovni (RNAO, 2015).

Do indikačného rámca tohto štandardu sú zaradení pacienti s indikáciou následnej/dlhodobej starostlivosti ošetrovaní:

- a) v ústavnom ZZ,
- b) v pobytovom ZSS,
- c) v ambulantnom ZZ,
- d) v domácej ošetrovateľskej starostlivosti/mobilnom hospici,
- e) v komunite.

Ciele štandardu:

- Definovať patientsky a rodinne orientovanú starostlivosť - „PROS“.
- Vytvoriť priestor pacientom a ich rodinám, v ktorom ústrednou filozofiou je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v spolupráci s pacientmi a ich rodinnými príslušníkmi, namiesto toho aby starostlivosť poskytovali iba samotní zdravotníci/sociálni pracovníci, iní profesionáli.
- Optimalizovať spoluprácu príbuzných, rodín, komunit so zdravotníkymi, sociálnymi a inými pracovníkmi:
 - na oddeleniach ústavných ZZ, ZSP, ZSS,
 - v domácom prostredí,
 - v ambulanciách poskytujúcich všeobecnú a špecializovanú ZS.

- Vytvoriť v ZZ, ZSP, ZSS priaznivé prostredie pre patientsky a rodinne orientovanú zdravotnú starostlivosť.
- Podporiť zapojenie rodiny a priateľov do spolurozhodovania o procesoch starostlivosti.
- Podporiť rešpektovanie potrieb rodiny a priateľov v súvislosti s poskytovaním dlhodobej starostlivosti.
- Predchádzať záťaži neformálnych opatrovateľov.


Poznámky autorov:

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

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní, interpretácia dôkazov

Predkladaný štandard je vo významnej miere adaptáciou klinicky osvedčených postupov vypracovaných Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2015), preto aj hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní v texte štandardu je uvedené podľa tohto zdroja (Tabuľka č. 2).

Tabuľka č. 2


 Úroveň dôkazov a navrhnutých odporúčaní	
Úroveň dokazov	Evidence Based Nursing - Best Practice Nursing - ošetrovateľstvo na základe dôkazov
Ia	Dôkazy získané z metaanalýzy, alebo systematických prehľadov, randomizovaných kontrolovaných štúdií, a/alebo syntéza viacerých štúdií najmä kvantitatívneho výskumu.
Ib	Dôkaz získaný aspoň z jednej randomizovanej kontrolovanej štúdie.
IIa	Dôkaz získaný aspoň z jednej dobre navrhutej kontrolovanej štúdie bez randomizácie.
IIb	Dôkazy získané aspoň z jedného iného typu dobre navrhutej kvázi-experimentálnej štúdie, bez randomizácie.
III	Syntéza viacerých štúdií predovšetkým kvalitatívneho výskumu.
IV	Dôkazy získané z dobre navrhnutých neexperimentálnych pozorovacích štúdií, ako napr. analytické štúdie, alebo deskriptívne štúdie a/alebo kvalitatívne štúdie.
V	Dôkazy získané z odborných posudkov alebo správ komisie a/alebo klinických skúseností rešpektovaných autorít.

Spracované podľa Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN, 2011) a Pati (2011).

Úroveň dôkazov je priradená k návrhom štúdie, aby sa určilo, ako dobre je tento návrh schopný eliminovať alternatívne vysvetlenia skúmaných javov. Čím vyššia je úroveň dôkazov, tým väčšia je pravdepodobnosť, že vzťahy prezentované medzi premennými sú pravdivé. Úroveň dôkazov neodrážajú hodnotu, alebo kvalitu jednotlivých štúdií.

Väčšina z 11 odporúčaní navrhnutých do štandardu je na najvyššej úrovni dôkazov (Ia), jedno odporúčanie je na najnižšej úrovni (V) a jedno dosahuje úroveň III (Tabuľka č. 3).

Tabuľka č. 3

Standardné postupy 	
Navrhnuté odporúčania podľa úrovne dôkazov	
LOE	Odporúčanie
Ia	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník buduje posilňujúce vzťahy s osobou, rodinou, komunitou, aby podporil ich proaktívne a zmysluplné zapojenie ako aktívnych partnerov v oblasti zdravotnej, alebo sociálnej starostlivosti
	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník počúva a hľadá porozumenie, tvorí si obraz celého človeka, aby porozumel významu zdravia pre človeka, rodinu, komunitu a zisťuje jeho preferencie v starostlivosti
	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník vypracuje v partnerstve s osobou, jej rodinou a komunitou plán starostlivosti, ktorá dáva zmysel v kontexte jeho života
	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník zapojí osobu a jej rodinu do participatívneho modelu rozhodovania, rešpektujúc jej právo vybrať si preferované intervencie pre svoje zdravie, prostredníctvom: <ol style="list-style-type: none"> 1) spolupráce s osobou a jej rodinou pri identifikácii jej priorit a cieľov dlhodobej starostlivosti; 2) zdieľania informácií na podporu porozumenia dostupných možností dlhodobej starostlivosti, aby sa osoba mohla informovane rozhodnúť; a 3) rešpektovaním osoby ako odborníka na seba a svoj život
	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník prispôbi poskytovanie dlhodobej starostlivosti a služieb tak, aby neboli riadené z pohľadu poskytovateľa a organizácie, a to spoluprácou s osobou a jej rodinou na: <ol style="list-style-type: none"> 1) zložkách starostlivosti; 2) úlohách a zodpovednostiach pri poskytovaní starostlivosti; a 3) komunikačných stratégiach
	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník spolupracuje s osobou a jej rodinou na úprave stratégií pre self-manažment v starostlivosti, ktoré sú založené na charakteristikách osoby a jej preferencie pre edukáciu
	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník získa spätnú väzbu od danej osoby a jej rodiny, aby mohli spolu zistiť, či sú spokojní so starostlivosťou a či osobe bola starostlivosť orientovaná na pacienta a rodinu poskytovaná správne
	Poskytovateľom dlhodobej starostlivosti je poskytnuté minimálne vzdelanie o nasledujúcich atribútoch starostlivosti zameranej na osobu a rodinu, aby sa zlepšili klinické výsledky a spokojnosť osoby so starostlivosťou: <ol style="list-style-type: none"> 1) splnomocnenie, kompetencie; 2) komunikácia; a 3) spoločné rozhodovanie
	Vzdelávacie inštitúcie začleňujú tieto odporúčania do učebných plánov pre sestry a prípadne aj pre ďalšie zdravotnícke a sociálne povolania

III	Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník vytvorí terapeutické vzťahy s osobou, jeho rodinou a komunitou pomocou verbálnych a neverbálnych komunikačných stratégií na vybudovanie skutočného, dôveryhodného a rešpektujúceho partnerstva
V	Sestra/iný zdravotnícky pracovník zaznamenáva do zdravotnej dokumentácie informácie o význame zdravia a skúsenostiach so zdravím pomocou vlastných slov danej osoby

Poznámky autorov: v tabuľke č.3 a v texte štandardu sú uvedené slovné spojenia „sestra“ / „iný zdravotnícky a sociálny pracovník“. Pod špecifikáciu "iný zdravotnícky pracovník" patrí skupina vybraných zdravotníckych pracovníkov, uvedených v tabuľke č.1, ktorí v systéme "PROS" dlhodobo spolupracujú s osobou, s jeho rodinou, komunitou, konkrétne: lekár, všeobecný lekár pre dospelých, všeobecný lekár pre deti a dorast, lekár špecialista, paliatológ, fyzioterapeut, nutričný terapeut, logopéd, psychológ, klinický psychológ, liečebný pedagóg, verejný zdravotník.

Prevenca

„Poskytnúť kvalitnú sekundárnu, alebo terciárnu prevenciu dlhodobo chorým, umierajúcim, znamená zároveň poskytnúť primárnu prevenciu blízkeho príbuznému ako opatrovateľovi. Odbremeňovať ho od komplikácie v zhoršení zdravotného stavu pacienta, aby neostal v probléme osamotený. Dôležitá je možnosť aj respitnej, teda náhradnej ústavnej starostlivosti, umožňujúcej dovolenku, alebo voľno pre relax a oddych preťažených príbuzných.“ (Kočanová, 2014, s. 44).

Starostlivosť zdravotníckych pracovníkov, ktorí pomohli imobilným pacientom a ich rodinám vedie k tomu, že pacienti a ich rodiny sa cítia lepšie a rýchlejšie sa zotavujú, so zníženou pravdepodobnosťou opakovania hospitalizácie. Výskumníci z Harvardu vykonali tisíce rozhovorov, aby pochopili to, čo je najväčšou skúsenosťou pacientov v zdravotnej starostlivosti (Schaller, 2007).

Medzi sekundárne preventívne opatrenia patrí spolupráca s príbuznými pacienta, s jeho rodinou, s komunitou, ktorou predchádzame častým omylom, nedorozumeniam, nedostatočným vzájomným vedomostiam, okolnostiam. Následnú/dlhodobú starostlivosť o bezvládneho pacienta zabezpečujú v podmienkach SR veľmi často blízki príbuzní, ktorí nedokážu posúdiť reálne potreby a zároveň nepoznajú možnosti pomoci v regióne. Ochrana života a zdravia je pritom základným právom každého občana krajiny (Lévyová a kol., 2019).

Aké sú výhody starostlivosti zameranej na osobu a rodinu?

Implementácia starostlivosti zameranej na osobu a rodinu môže vyžadovať určité počiatočné investície, napr. úpravu liečebných prístupov, budovanie vzťahov a naučenie jednotlivcov a rodín stratégiám, ktoré budú potrebovať na aktívnu účasť v procese poskytovania služieb (IPFCC 2017).

Táto počiatočná časová investícia prinesie mnoho výhod v prevencii:

- zlepšené klinické rozhodovanie, ktoré je založené na lepších informáciách,
- lepšie porozumenie silným stránkam a potrebám jednotlivca a rodiny,

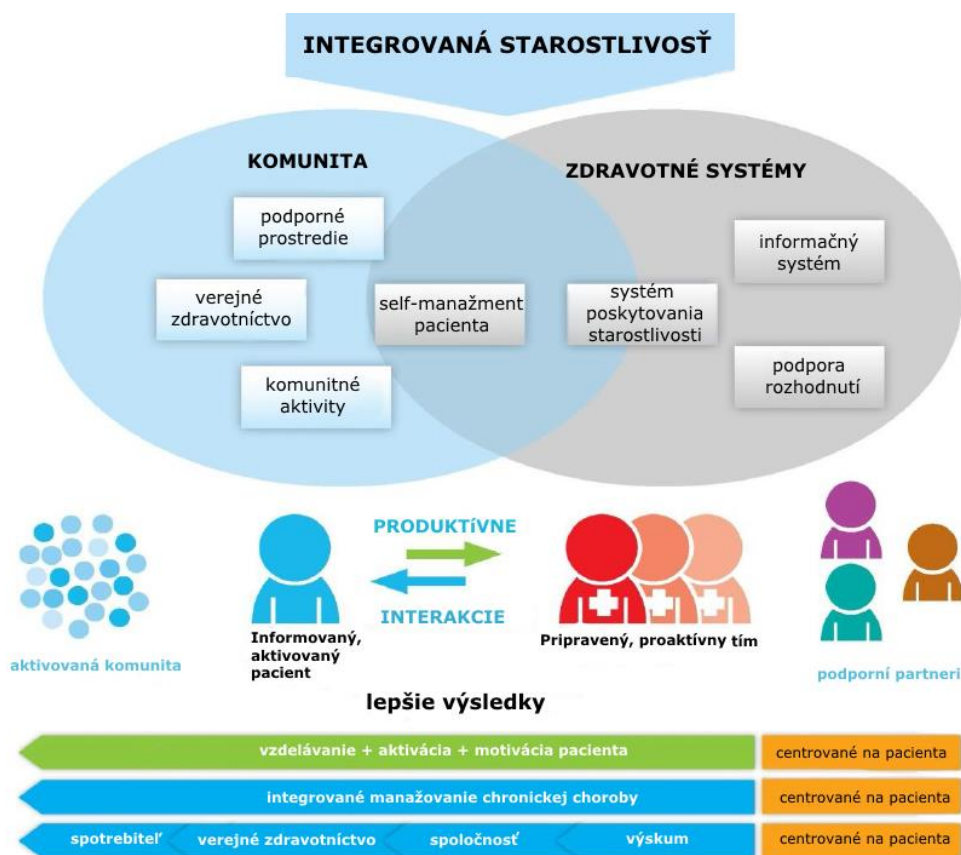
- kvalitnejšie a kvantitatívnejšie posúdenie pacienta v spolupráci s rodinou,
- lepšie sledovanie, monitoring keď je plán liečby vyvinutý spoločne,
- efektívnejšia komunikácia vedúca k menšiemu počtu nedorozumení,
- lepšie výsledky a väčšia spokojnosť so službami (American Academy of Pediatrics, 2012).

Epidemiológia

Benefitom budúcnosti dlhodobej starostlivosti bude úzka spolupráca medzi zdravotníkymi, sociálnymi pracovníkmi, príbuznými, rodinou, komunitami a potrebami pacienta. Vzhľadom na demografický vývoj je predpoklad, že počet osôb indikovaných pre LTC bude naďalej stúpať. To poukazuje na dôležitosť preorientovania zdravotnej starostlivosti na systémy chronickej starostlivosti vrátane primárnej starostlivosti, ktoré sú skôr proaktívne ako reaktívne (Ham, 2010).

V roku 1998 vyvinuli Wagner et al. the Chronic Care Model (CCM) ako rámec na zlepšenie kvality starostlivosti o ľudí s chronickými chorobami (Obrázok č. 1). Ide o organizačný prístup k starostlivosti, ktorý je obzvlášť použiteľný v prostredí primárnej starostlivosti. Šesť prvkov CCM funguje v kontexte jednotlivca, komunity, organizácie poskytovateľa a systému zdravotnej starostlivosti.

Obrázok č. 1 Aktualizovaný CCM



Zdroj: EPPOSI White Paper on a Chronic Conditions Model. 2012. Preklad: I. Rajničová Nagyová.

Patofyziológia

Závažnosť zdravotného stavu pacienta odkázaného na pomoc inej osoby je definovaná spektrom rizík. Problematika rizík je pritom nesmierne rozsiahla a jej zložitosť umocňuje fakt, že akékoľvek riziko súvisí s ďalším. Jedno riziko môže spustiť sériu ďalších ohrození (Fabianová, 2019). Jeden z efektívnych a eliminujúcich faktorov vzniku rizík u pacienta je kvalitná spolupráca s rodinnými príslušníkmi, príbuznými, komunitou.

V ďalších textoch je uvádzaný opatrovatel', ktorého vnímame ako príbuzného, rodinného príslušníka, neformálneho opatrovateľa, ktorý opatruje svojho blízkeho. V kontexte tejto kapitoly, v súlade s citovaným zdrojom („caregiver“ – opatrovatel'), nie je myslený profesionálny opatrovatel' s ukončeným kurzom opatrovatel'stva.

Na základe výskumov realizovaných v rodinách, ktoré sa starajú o imobilného pacienta sa preukázalo, že členovia rodiny častokrát nedokážu túto záťažovú situáciu adekvátne zvládnuť (Brener a kol., 2007). V rámci ošetrovateľských problémov rozlišujeme dve situácie:

1. **Neschopnosť rodiny zvládať záťaž**
2. **Ohrozujúce zvládanie záťaže rodinou**

AD 1 Neschopnosť rodiny zvládať záťaž je ošetrovateľský problém rodiny, alebo iných blízkych, pre pacienta významných osôb, ktoré negatívne ovplyvňujú pacientovu účelnú adaptáciu na jeho zdravotný problém.

AD 2 Ohrozujúce zvládanie záťaže rodinou je ošetrovateľský problém rodín, ktoré poskytujú chorému členovi neúčelnú, alebo ohrozujúcu starostlivosť, netvorí dostatočnú podporu a zázemie pre adaptáciu pacienta.

Na posúdenie rodinného stresu bolo realizovaných viacero výskumov (Dwyer, Lee, Jankowski, 1994; Patterson, 2002). Dôležitý je spôsob, ako opatrovatel' a ostatní členovia rodiny hodnotia a interpretujú situáciu, ako oni vidia závažnosť stresorov a ťažkosti s nimi spojené.

Niektoré rodiny sa pod vplyvom stresorov rýchlo adaptujú prostredníctvom zmien vo svojom fungovaní, mobilizujú svoje sily, aby sa postavili konštruktívne k tejto situácii a chránili svojich členov. Situáciu vidia ako riešiteľnú a ovplyvniteľnú.

Niektoré rodiny sa nevedia adaptovať. V rodinách, ktoré nevidia svoju situáciu ako riešiteľnú a ovplyvniteľnú sú rodinné problémy vyvolané stresorom tak podstatné, že rodina nedokáže vyvážiť požiadavky situácie s možnosťami. Vyžadujú si zásadné zmeny, prípadne sa dostávajú do dysfunkcie, ktorá vyvolá krízu v rodine. Vplyvom ochorenia pacienta sú ohrozené jednotlivé dimenzie života rodiny, biologická, psychická, emocionálna, sociálna a duchovná (Tebeláková, 2011).

Rodiny, ktoré poskytujú starostlivosť zomierajúcemu pociťujú ako hlavný problém nedostatok informácií, zmeny v zabehnutom spôsobe života, psychickú a fyzickú záťaž, konflikty v rodine, nevhodné správanie pacienta, zmenu rolí medzi rodinnými príslušníkmi a rolí spoločenských. Príbuzní vo finálnej fáze života zomierajúceho pociťujú najmä emocionálnu záťaž, zmenu

životných rolí a štýlu, finančné a existenčné problémy, protichodné potreby členov rodiny. Situáciu ovplyvňujú aktuálne zmeny v zdravotnom stave, strata sebestačnosti zomierajúceho, ale aj rodiny, symptómy blížiacej sa smrti, nedostatok pomoci od ostatných členov, depresia, únava, strata zmyslu života (Hansonová, 2007).

Pret'azenie opatrovateľa, formy záťaž

Fyzická záťaž: výkony statickej záťaže, práca v stoji s pacientom, záťaž kostrového svalového systému, záťaž kĺbov pri dvíhaní a manipulácii, narušený spánok, nedostatok času na stravovanie, nedodržiavanie pitného režimu.

Emocionálna záťaž: nepokoj, stres, nervozita, depresia, strach, stála pozornosť, sledovanie stavu pacienta, aktuálne reakcie na požiadavky a zmeny, zodpovednosť, nárok na pamäť, samostatné rozhodovanie, nedostatok vedomostí.

Sociálna záťaž: nedostatok rodinnej opory, zmena v rozdelení rolí, narušená komunikácia so spoločnosťou, príbuznými, konflikt rolí, strata zamestnania.

Spirituálna oblasť: nedostatok duchovnej podpory.

Štádiá reakcií opatrovateľa na záťažovú situáciu


- **Uvedomenie si záťaže:** vnímanie stresovej situácie.
- **Aktivácia psychických obranných reakcií:** napríklad izolácia.
- **Aktivácia fyziologických reakcií:** fyziologické adaptačné mechanizmy.
- **Zvládanie záťažovej situácie (coping):** stratégie zmierňujúce účinok stresu.
- **Prvé chorobné príznaky:** vážnejšie zdravotné problémy.
- **Diagnostikovanie stresom podmienenej poruchy:** psychosomatické ochorenie.

Deväť príznakov záťaže opatrovateľa (Tabaková, 2009)

- snaha o popretie diagnózy,
- pocit zlosti,
- snaha o izoláciu, odlúčenie,
- strach z budúcnosti, obavy,
- beznádej,
- únava a vyčerpanie,
- porucha spánku,
- popudlivosť,
- neschopnosť sústrediť sa.


Nadmerná fyzická, psychická a sociálna záťaž opatrovateľa je „vstupnou bránou“ k syndrómu vyhorenia.

Tabuľka č. 4

 Pocit únavy a vyčerpanosti opatrovateľa (Tabaková, 2009)											
Pocit únavy a vyčerpanosti opatrovateľa											
Ako zvládáte povinnosti vyplývajúce zo starostlivosti o príjemcu?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ako zvládáte povinnosti vyplývajúce z domácnosti?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ako zvládáte povinnosti vyplývajúce zo zamestnania?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ako zvládáte povinnosti vyplývajúce z rodiny?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pre posúdenie rizika záťaže opatrovateľa možno používať napr. 13-položkovú škálu the Caregiver Strain Index (CSI, Robinson, 1983), pričom každá kladná odpoveď je ohodnotená jedným bodom (Tabuľka č. 4). Škála posudzuje záťaž opatrovateľa v troch oblastiach. Prvá oblasť posudzuje objektívnu záťaž, ktorá obmedzuje konkrétne aspekty opatrovateľa, súkromie, voľnočasové aktivity. Druhá oblasť posudzuje subjektívnu záťaž ako napr. prehnané požiadavky pacienta, manipulatívne správanie voči opatrovateľa. Psychickou záťažou je napr. stres zo vzťahu medzi pacientom a opatrovateľa. Výsledné hodnotenie 7 a viac bodov indikuje vysoký stupeň záťaže a je dôvodom pre začatie intervencii pre odľahčenie opatrovateľa.

Tabuľka č. 5

 Index záťaže opatrovateľa (Caregiver Strain Index) (Robinson, B.C. 1983).		
Index záťaže opatrovateľa	Áno	Nie
Môj spánok je narušený, nočné budenie, nočné vstávanie, túlanie sa po dome, ťažké prebúdzanie	1	0
Opatrovanie mi nevyhovuje, zaberá veľa času, veľa cestujem	1	0
Opatrovanie je fyzicky náročné, presun postel' kreslo, veľa koncentrácie, úsilia	1	0
Opatrovanie ma obmedzuje, vyžaduje si môj voľný čas, nemožnosť návštev	1	0
Opatrovanie si vyžaduje prispôsobenie rodiny, zmena života, strata súkromia	1	0
Opatrovanie si vyžaduje zmenu osobných plánov, strata dovolenky	1	0
Sú na mňa kladené aj iné požiadavky od ostatných členov rodiny	1	0
Opatrovanie si vyžaduje prispôsobenie sa zmeneným podmienkam	1	0
Správanie príjemcu starostlivosti ma obťažuje, inkontinencia, obviňovanie iných, nechut' do jedla, problém zapamätať si	1	0
Znepokojuje ma, že príjemca starostlivosti sa zmenil, iná osoba ako predtým	1	0
Opatrovanie si vyžaduje prispôsobenie sa v práci, beriem si voľno	1	0
Je to finančná záťaž	1	0

Cítim sa úplne zničený, bojím sa o príjemcu starostlivosti, mám obavy, ako to zvládne	1	0
---	---	---

Definícia patientsky a rodinne orientovanej starostlivosti - „PROS“

„Pacientom a ich rodinám sme vytvorili priestor, v ktorom ústrednou filozofiou je poskytovanie zdravotnej starostlivosti v spolupráci s pacientami a ich rodinnými príslušníkmi, namiesto toho, aby sme starostlivosť poskytovali iba my sami, ako zdravotnícki profesionáli.“ (Grant, S. 2019, s.6)

Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť je zameraná na osobu a rodinu, je to spolupracujúci prístup k plánovaniu, poskytovaniu a hodnoteniu klinických služieb pre pacienta. Je založená na obojstranne výhodnom partnerstve medzi odkázanými jednotlivcami, rodinami a poskytovateľmi. Redefinuje vzťahy v zdravotnej starostlivosti tým, že kladie dôraz na spoluprácu s ľuďmi všetkých vekových skupín, na všetkých úrovniach starostlivosti a vo všetkých zdravotníckych a sociálnych službách. V starostlivosti zameranej na pacienta a rodinu definujú pacienti a rodiny svoju „rodinu“ a určujú, ako sa budú podieľať na starostlivosti a rozhodovaní. Kľúčovým cieľom je podpora zdravia a dobrých životných podmienok jednotlivcov a rodín a zachovanie ich kontroly. Každá strana je vo vzťahu rovnako dôležitá a každá strana rešpektuje znalosti, zručnosti a skúsenosti, o ktoré sa musia ostatní podeliť (Baas, 2012).

Jedným zo spôsobov, ako priniesť takýto záväzok k životu je, že organizácia vyzýva pacientov a rodinných príslušníkov, aby spoločne s nimi rozhodovala o plánovaní starostlivosti, ktorú poskytuje. Pacienti a ich rodiny sa stávajú poradcami, sú to súčasní, alebo bývalí pacienti ambulancie, nemocnice, ústavu, alebo ich rodinní príslušníci. Pomáhajú tak zlepšiť zdravotné služby. Stávajú sa plne aktívnymi členmi rôznych zdravotníckych výborov, správnych rád a projektových tímov.

Tento prístup k starostlivosti používajú profesionáli, napr. lekári, sestry, poradcovia, pedagógovia, logopédi, profesionálni terapeuti a fyzioterapeuti. Aj keď môže byť označovaný rôznymi názvami, napr. starostlivosť zameraná na pacienta a rodinu, dôraz je rovnaký – práca s jednotlivcom a rodinou.

Perspektíva „PROS“ je založená na uznaní, že pacienti a rodiny sú zásadnými spojencami kvality a bezpečnosti nielen pri interakciách v rámci priamej starostlivosti, ale aj pri zlepšovaní kvality, bezpečnostných stratégií, vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov, výskume, navrhovaní zariadení a rozvoji stratégie.

Starostlivosť zameraná na pacienta a rodinu vedie k lepším zdravotným výsledkom, lepšej skúsenosti pacientov a rodiny so starostlivosťou, lepšej spokojnosti lekárov a ďalšieho personálu ako aj k múdrejšiemu rozdeľovaniu zdrojov.

Základné hodnoty a princípy "PROS" (IPFCC, 2017)

Úcta, dôstojnosť a rešpekt: Zdravotnícki a sociálni pracovníci počúvajú a ctia pacienta a jeho individuálne rodinné perspektívy a možnosti. Pacienti a ich rodiny, úroveň vedomostí, hodnoty,

presvedčenie a kultúrne prostredie sú začlenené do plánovania a poskytovania zdravotnej starostlivosti.

V koncepte dôstojnosti a rešpektu boli nájdené tri oblasti činností (RNAO, 2015):

- 1) budovanie vzťahov,
- 2) poskytovanie individualizovanej starostlivosti,
- 3) rešpektovanie času pacientov.

V týchto doménach sme identifikovali procesy, ktoré rozdeľujú tieto oblasti na konkrétne a merateľné jednotky, ako je napr. venovanie času, počúvanie vrátane rodiny a minimalizácia čakacích dób.

Zdieľanie informácií: Sestry/iní zdravotníci a sociálni pracovníci komunikujú a zdieľajú úplné a neskreslené informácie s pacientami a ich rodinami, spôsobmi, ktoré sú overené a užitočné. Pacienti a ich rodiny dostávajú včasné, úplné a presné informácie, aby sa vedeli účinne podieľať na starostlivosti a na spolurozhodovaní.

Účast': Pacienti a rodiny sú povzbudzovaní a podporovaní k účasti na dlhodobej starostlivosti aj na rozhodovaní na takej úrovni, ktorú si vyberú.

Spolupráca: Pacienti, rodiny, lekári, sestry, zdravotná starostlivosť a manažéri zdravotno-sociálnej starostlivosti spolupracujú v politike, vo filozofii a rozvoji programov, realizujú aj hodnotia spoločne starostlivosť. Priamo v zariadení modelujú starostlivosť, odborné vzdelávanie príbuzných, ako aj poskytovanie starostlivosti, odovzdávajú si vlastné skúsenosti.

Manažment patientsky a rodinne orientovaná starostlivosť "PROS"

Neexistuje jeden typ pacienta, jeden typ rodiny a jediný spôsob liečby pre každého. Navyše každý pacient, aj jeho rodina má iný názor na kvalitu starostlivosti. Analýza tohto výskumu ukázala, že existujú určité veci, určité typy správania sa, ktoré sú jedným z nástrojov na liečenie pacientov, s pocitom kvality a majú pozitívnu skúsenosť pacienta (Schaller, 2007).

Osem dimenzií starostlivosti zameranej na pacienta a rodinu (spracované podľa RNAO, 2015, Appendix D.):

1. Rešpektovanie hodnôt, preferencií a vyjadrených potrieb pacienta a jeho rodiny

- Správať sa k jednotlivcom s rešpektom, spôsobom, ktorý zachováva ich dôstojnosť a preukazuje citlivosť voči ich kultúrnym hodnotám.
- Zapojiť pacienta a jeho rodinu do procesu rozhodovania o liečbe.
- Zameranie sa na kvalitu života, ktorá môže byť ovplyvnená chorobou a liečbou.

2. Koordinácia a integrácia starostlivosti

- Koordinácia a integrácia zdravotnej starostlivosti, starostlivosti o pacienta a služieb s cieľom znížiť pocity strachu a zraniteľnosti.

3. Informácie a vzdelávanie

- Poskytovanie úplných informácií o klinickom stave, vývoji a prognóze.

- Poskytovanie úplných informácií o procese starostlivosti.
- Poskytovanie úplných informácií, ktoré pomôžu zabezpečiť ich autonómiu a schopnosť postarať sa o seba a podporiť ich zdravie.

4. Fyzické pohodlie

- Zvýšenie fyzického pohodlia v priebehu starostlivosti, najmä z hľadiska manažmentu bolesti.
- Zvýšenie fyzického pohodlia prostredníctvom pomoci pri každodenných činnostiach.
- Udržanie dôrazu na nemocničné prostredie (napr. zachovanie súkromia, čistota, pohodlie, dostupnosť návštev).

5. Emocionálna podpora, zmiernenie strachu a úzkosti

- Pomoc pri zmiernovaní strachu a úzkosti, ktorú môže osoba pociťovať v súvislosti so svojim zdravotným stavom (fyzický stav, liečba a prognóza).
- Pomoc pri zmiernovaní strachu a úzkosti vyplývajúcej z dopadu choroby na osobu a jej rodinu.
- Pomoc pri zmiernovaní strachu a úzkosti vyplývajúcej z finančného dopadu choroby.

6. Zapojenie rodiny a priateľov

- Uznanie a rešpektovanie úlohy rodiny a priateľov osoby v ich skúsenostiach so zdravotnou starostlivosťou cez:
 - prispôsobenie sa jednotlivcom, ktorí poskytujú osobe podporu počas starostlivosti,
 - rešpektovanie ich úlohy obhajcu pri rozhodovaní,
 - podporu rodinných príslušníkov a priateľov ako opatrovateľov a uznanie ich potrieb.

7. Kontinuita a prechod z nemocničnej na následnú/dlhodobú starostlivosť

- Zmiernenie úzkosti súvisiacej so schopnosťou postarať sa o seba po prepustení z nemocnice prostredníctvom:
 - poskytnutia informácií týkajúcich sa užívania liekov, fyzického obmedzenia, diétnych opatrení a pod.,
 - koordinovania pokračujúcej liečby a služieb aj po prepustení a zdieľania týchto informácií s osobou a jej rodinou,
 - priebežného poskytovania informácií o dostupnej podpore (napr. sociálnej, fyzickej a finančnej).

8. Prístup k starostlivosti

- Zabezpečenie dostupnosti najmä ambulantnej starostlivosti:
 - prístup k viacerým službám (napr. ADOS, všeobecný lekár, špecializované ambulancie),
 - dostupnosť prepravy,
 - jednoduché plánovanie a dostupnosť termínov,
 - v prípade potreby – prístup k špecialistom a špeciálnym službám.

Klasifikácia

Kto je „rodina“?

Rodina sa týka dvoch, alebo viacerých ľudí, ktorí sú v biologickom, právnom alebo emocionálnom vzťahu. Rodina sa skladá z jednotlivcov, ktorí majú pre osobu najväčší zmysel a podporu. Medzi príklady patria pokrvní príbuzní, adoptívni rodičia, zákonní zástupcovia, širšia rodina, partneri rovnakého alebo opačného pohlavia a priatelia.

Osoba, pacient – za predpokladu, že je vývojovo vyspelá a kompetentná na to, definuje „rodinu“ a určuje mieru zapojenia rodiny do svojej starostlivosti. V detskej populácii je „rodina“ definovaná rodičmi, alebo zákonnými zástupcami dieťaťa.

Pacientov v dlhodobej starostlivosti považujeme za osoby, ktoré potrebujú dlhodobú starostlivosť a predpokladá sa u nich, 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 aj menej ako 6 mesiacov života pred sebou (OECD, 2018).

Existuje niekoľko termínov a definícií, ktoré predstavujú variácie koncepcie zameranej na osobu a rodinu starostlivosti a jej rozmery, ktoré obsahujú podobné zásadné zložky. Sú to tieto:

- **Starostlivosť zameraná na pacienta:** Prístup, v ktorom sú pacienti vnímaní ako celok; nejde len o poskytovanie služieb, kde sa pacient nachádza. Starostlivosť zameraná na pacienta zahŕňa obhajobu, posilnenie postavenia a rešpektovanie starostlivosti o klienta, jeho autonómia, jeho názor na sebaurčenie a účasť na rozhodovaní (RNAO, 2002, 2006a).
- **Starostlivosť zameraná na rodinu:** Prístup k starostlivosti, v ktorej je aj rodina, nielen identifikovaný pacient vnímaný ako jednotka starostlivosti. Sú rešpektovaní a vnímaní ako súčasť integrálneho celku (RNAO, 2002, 2006a).
- **Starostlivosť zameraná na pacienta a rodinu:** Prístup k starostlivosti, ktorý uznáva dôležitosť rodiny a život pacienta, dôležitosť jeho aktívnej účasti na plánovaní a rozhodovaní o zdravotnej starostlivosti, služieb a liečby a vyžaduje reformu zdravotníckeho systému. Tento prístup k starostlivosti poskytuje rešpektujúcu, súcitnú, bezpečnú a pohotovú starostlivosť, ktorá spĺňa potreby, hodnoty, presvedčenie a preferencie pacienta, jeho rodiny a ďalších osôb dôležitých pre jeho život z rôznych prostredí. (Saskatchewan Ministry of Health, 2011).

Rodina je významná mikrokommunita, v rámci ktorej je potrebné komplexnú ošetrovateľskú starostlivosť o krehkého pacienta vnímať holistickým spôsobom. Aktívnych, ale aj pasívnych, príbuzných v rozsahu rodinnej mikrokomunity možno považovať za súčasť dôležitej terapie a ošetrovateľskej prevencie v starostlivosti o imobilného pacienta. Pozorovaním v komunitách sa potvrdzuje význam a efektivita v starostlivosti o imobilného pacienta tam, kde je spolupráca medzi rodinnými príslušníkmi a profesionálnou komunitnou sestrou aktívna (Kočanová, 2015).

Posúdenie pacienta a jeho rodiny v systéme „PROS“

◇ **Sestra/ iný zdravotnícky a sociálny pracovník vytvorí terapeutické vzťahy s osobou, jeho rodinou a komunitou pomocou verbálnych a neverbálnych komunikačných stratégií na vybudovanie skutočného, dôveryhodného a rešpektujúceho partnerstva**

(EBN: LOE = III; RNAO, 2015)

V rámci terapeutického vzťahu je konečným cieľom starostlivosti zameranej na osobu a jej rodinu:

- budovanie rešpektujúcich partnerstiev,
- dôvera s osobou a podpora jej autonómie,
- dobré vzťahy s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti,
- zmiernenie fyziologickej a psychickej zraniteľnosti,
- tvorba humánneho prostredia pre pacienta, rodinu, komunitu.

Komunikačné schopnosti sestry/iného zdravotníckeho a sociálneho pracovníka tvoria atmosféru, v ktorej sa pacient, jeho rodina, komunita môže cítiť bezpečne, keď bude hovoriť o svojich zdravotných a iných potrebách. (Alzheimer Society, 2011; CNO, 2013b; Foster a kol., 2013; Foster, Whitehead, & Maybee, 2010; NICE, 2012, 2014; RNAO, 2002, 2006a, 2006b; Slater, 2006; Ward, 2005).

Verbálne komunikačné stratégie sestry/iného zdravotníckeho a sociálneho pracovníka v systéme "PROS"

- Predstavte seba (meno a priezvisko) a svoje profesionálne postavenie (napr. sestra, ergoterapeut, lekár).
- Vysvetlite svoju úlohu a časový rozvrh vášho zapojenia sa do starostlivosti o danú osobu.
- Opýtajte sa danej osoby, ako chce, aby ju oslovovali a vždy ju oslovujte týmto menom.
- Pred začatím starostlivosti spolupracujte a vyžiadajte si informovaný súhlas danej osoby. Zabezpečíte tým, že si nájdete pre ňu vhodný čas a budete si ju všímať.
- Postupujte opatrne, nájdite si čas na vysvetlenie starostlivosti krok za krokom a poskytujte informácie pomocou jasnej, jednoduchej a priamej reči.
- Uvedomujte si reč svojho tela a buďte pozorný, keď:
 - a) skúmate danú osobu a jej príbeh,
 - b) hľadáte odpovede týkajúce sa jej presvedčenia, hodnôt, kultúry a toho, čo vie o svojom zdraví a vplyve zdravia na jej život,
 - c) sa pýtate, čo si myslí, že čo by chcela dosiahnuť starostlivosťou.
- Upokojujte, keď vyjadruje svoj strach.
- Neponáhľajte osobu. Poskytnite jej čas na spracovanie toho, čo bolo povedané, na kladenie otázok alebo poskytovanie spätnej väzby.
- Bez toho, aby ste sa ponáhľali, povzbudzujte osobu, aby rozprávala svoj príbeh a skúmajte s ňou:
 - a) aké má skúsenosti so svojim zdravím,
 - b) čo je pre ňu najdôležitejšie v súvislosti so starostlivosťou.

- Pri rozprávaní používajte pozitívne a neodsudzujúce reakcie. Použite napríklad výrazy s pozitívnymi asociáciami, ako sú „zdravotné potreby, alebo diagnostika“ namiesto „problém“.
- Pri objasňovaní informácií poskytnutých osobou znova uveďte informácie pomocou slov danej osoby, namiesto toho, aby ste použili svoj vlastný jazyk (napr. „Povedali ste, že jete čokoládu každý deň“ namiesto „nedodržiavate diétu“).
- Prijmite, zopakujte a overte svoje porozumenie akýmkoľvek informáciám (vrátane myšlienok a pocitov), ktoré daná osoba poskytuje o svojich skúsenostiach so zdravím a starostlivosťou.
- Upravte svoj komunikačný štýl (tón hlasu, kadencia, hlasitosť reči, pauzy a ticho), aby vyhovoval potrebám danej osoby (vek a vývojové štádium, kognitívna úroveň, úroveň jazyka a gramotnosti).
- Správajte sa ako zdroj. Poskytnite jasné informácie, v komunikačnej forme požadovanej danou osobou (písomné, ústne), ktoré identifikujú všetkých členov multidisciplinárneho tímu podieľajúcich sa na starostlivosti o osobu.
- Skúmajte s danou osobou, čo u nej vzbudzuje obavy, položte otázky objasňujúce informácie o tom, kto je zodpovedný za jej starostlivosť.
- Poskytujte jasné a včasné informácie spôsobmi, ktoré sú podporné, úprimné a užitočné pre osobu a potvrdte si s ňou, že komunikácia sa stretla s porozumením jej potrebám.
- Zamyslite sa – opýtajte sa osoby, jej rodiny a opatrovateľov, či štýl komunikácie vyhovuje ich potrebám.

Neverbálne komunikačné stratégie sestry/iného zdravotníckeho a sociálneho pracovníka v systéme "PROS"

- Aktívne počúvajte bez prerušenia, buďte otvorený, prijímajte a potvrdte, čo daná osoba hovorí.
- Prejavujte súcitnú prítomnosť a starostlivosť, aby ste prehĺbili svoje porozumenie pre potreby danej osoby (emočná inteligencia).
- Venujte osobe svoju plnú pozornosť a používajte priamy očný kontakt (ak je to kultúrne vhodné) pri pozorovaní osoby, keď rozpráva.
- Prejavujte emócie, ktoré naznačujú vrúcnosť, láskavosť, priateľskosť, smútok a súcit (podľa potreby), čím preukážete svoju citlivosť na verbalizované myšlienky, pocity a situáciu danej osoby.
- Prejavujte rešpekt a zdvorilosť prostredníctvom prejavov neverbálneho správania, ako je napr. podanie ruky pri prvom kontakte s osobou (ak je to kultúrne vhodné), potvrdenie kývnutím hlavy, že počúvate, alebo mlčanie, aby osoba mohla hovoriť bez prerušovania alebo sa musela ponáhľať.
- Ak je to vhodné, použite dotyky, aby ste danej osobe poskytli istotu, pričom majte na pamäti, že niektorým jednotlivcom je to nepríjemné (napr. kultúra, zneužívanie v minulosti alebo v súčasnosti).
- Pri poskytovaní starostlivosti používajte činnosti, ktoré preukazujú účinnosť a kompetentnosť (napr. preukázanie účinnosti, organizácie a zručnosti pri začatí intravenózneho liečenia).
-

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník buduje posilňujúce vzťahy s osobou, rodinou, komunitou, aby podporil ich proaktívne a zmysluplné zapojenie ako aktívnych partnerov v oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti

(EBN: LOE Ia; RNAO, 2015)

Správanie, ktoré podporuje posilnenie vzťahov

- Preukážte záujem o celého človeka, jeho rodinu, komunitu, aj ako jednotlivca.
- Zámerne začinite tým, čo je pre človeka najdôležitejšie.
- Rešpektujte rozmanitosť každého človeka a jeho vyvíjajúcu sa schopnosť riadiť svoje zdravie.
- Venujte čas prítomnosti a aktívne počúvajte (bez úsudku), aby ste počuli a dozvedeli sa niečo o danej osobe, jej hodnotách, presvedčení, kultúre, spiritualite, prianiach, záujmoch, životných okolnostiach a skúsenostiach so zdravím (priority, obavy a preferencie).
- Povzbudzujte osobu, aby rozprávala svoj príbeh, aby ste sa mohli dozvedieť a čerpať informácie ohľadom toho, čo pomáha alebo bráni dosiahnutiu zdravia danej osoby.
- Uľahčite výber a podporte autonómiu osoby a preukážte vieru v jej schopnosť robiť rozhodnutia pre svoje zdravie.
- Povzbudzujte osobu, aby sa zúčastňovala na preferovanej úrovni zapojenia.
- Preukážte empatickú prítomnosť, keď osoba prejavuje emócie.
- Povzbudzujte osobu, aby vyjadrila akékoľvek otázky o svojich zdravotných potrebách a starostlivosti.
- Poskytujte informácie a vzdelávanie na podporu osoby pri rozhodovaní, ktoré sa týka zdravotnej starostlivosti.
- Neunáhlite sa v interakcii s danou osobou. Poskytnite jej potrebný čas na počúvanie a absorbovanie informácií potrebných na rozhodnutie.

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník počúva a hľadá porozumenie, tvorí si obraz celého človeka, aby porozumel významu zdravia pre človeka, rodinu, komunitu a zisťuje jeho preferencie v starostlivosti

(EBN: LOE = Ia; RNAO, 2015)

Profesionálna empatia a počúvanie pacienta, jeho rodiny, komunity sestrou je spojené so zvýšenou spokojnosťou so starostlivosťou. Naproti tomu, čím negatívnejší je prístup sestry, tým nespokojnejší je človek so svojou starostlivosťou. Znalosť emocionálnych, fyzických, psychických stavov, duchovných potrieb osôb, ich nádeje a obavy zvyšuje kvalitu v terapeutickú oblasť (NICE, 2012, 2014).

Holistickým prístupom sestry ku pacientovi, rodine, komunitu, sestra získava názor na skúsenosti pacienta so zdravím a jeho preferencie a potreby.

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník kladie osobe otázky a posudzuje nasledovné:

- Čo si myslí, že sú jej silné stránky a zdravotné potreby (vnímanie, znalosti a porozumenie svojmu zdraviu, s cieľom zistiť úroveň zdravotnej gramotnosti).
- Čo ju znepokojuje (strachy, úzkosti a biopsychosociálne vplyvy na ňu a na jej život).
- Čo si želá, aby sa stalo kvôli starostlivosti (vnímanie, túžby, preferencie a očakávania).
- Aké sú jej priority v oblasti starostlivosti a služieb (čo je pre ňu v súčasnosti najdôležitejšie).
- Čo si myslí o svojej schopnosti riadiť vlastné zdravie a či to tak cíti, že potrebuje pomoc.
- To, čo cíti je potrebné vziať do úvahy pri plánovaní, koordinácii a poskytovaní starostlivosti (presvedčenie, hodnoty, kultúra, náboženstvo, duchovné preferencie, sexuálna orientácia atď.).
- Koho chce zapojiť do svojej starostlivosti (okruh starostlivosti) a do akej miery si želá jeho zapojenie (úlohy a zodpovednosti za starostlivosť).
- Aké informácie si myslí, že vyžaduje v súvislosti s jej zdravotným stavom, v akom formáte by chcela tieto informácie dostávať (napr. písomné, verbálne, vizuálne, elektronické, jazykové a iné preferencie) a kedy by chcela dostávať informácie (načasovanie).

◇ Sestra/iný zdravotnícky pracovník zaznamenáva do zdravotnej dokumentácie informácie o význame zdravia a skúsenostiach so zdravím pomocou vlastných slov danej osoby
(EBN: LOE = V; RNAO, 2015)

Dokumentácia by mala obsahovať vlastné slová danej osoby o nasledujúcich aspektoch zdravotnej starostlivosti a poskytovaní služieb:

- meno, ktoré uprednostňuje pri oslovení,
- vnímanie, znalosti a porozumenie svojej histórii zdravia a súčasnému stavu zdravia a pohody (zdravotná gramotnosť),
- silné stránky, obavy a strachy a to, ako cíti, že choroba ovplyvnila ju a jej život,
- vnímanie, túžby, preferencie a očakávania týkajúce sa jej starostlivosti,
- priority pre starostlivosť a služby (čo je pre ňu v súčasnosti najdôležitejšie),
- myšlienky a pocity týkajúce sa jej schopnosti zvládnuť vlastné zdravie, jej silných stránok a schopnostiach a toho, či cíti, že potrebuje pomoc,
- úvahy o plánovaní, koordinácii a implementácii starostlivosti (napr. presvedčenie, kultúra, sexuálna orientácia, náboženstvo, spiritualita),
- kto by mal byť zapojený do jej zdravotnej starostlivosti (okruh starostlivosti) a do akej miery (úlohy a zodpovednosti za starostlivosť),
- aké informácie o svojom zdravotnom stave chce vedieť, ako by ich chcela získať (napr. písomné, verbálne, vizuálne, elektronické) a kedy by ich chcela dostávať (načasovanie).

Plánovanie, realizácia, posúdenie a edukácia

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník vypracuje v partnerstve s osobou, jej rodinou a komunitou plán starostlivosti, ktorá dáva zmysel v kontexte jeho života
(EBN: LOE = Ia; RNAO, 2015)

Plánovanie

Pre lepšiu skúsenosť pacienta so zdravotnou starostlivosťou a službami sestry/iného zdravotníckeho a sociálneho pracovníka prizve pacienta k plánovaniu, aby sa zúčastnil plánovania celej starostlivosti, stretnutí a vyšetrení (RNAO, 2002, 2006a; Saint Elizabeth, 2011).

Prístup zameraný na človeka a rodinu umožňuje osobe spoluplávať, byť aktívnym partnerom, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pri určovaní cieľov a plánov pre starostlivosť. Zahŕnutie pacienta do plánovania starostlivosti personalizuje starostlivosť uznaním jeho silných stránok, nádejí a preferencií v starostlivosti na základe individuálnych presvedčení, hodnôt, kultúry a životného kontextu. Aby sa zlepšila skúsenosť osoby so zdravotnou starostlivosťou a službami, perspektíva osoby musí byť počas procesu plánovania ústredná, aby sa zabezpečilo, že plán starostlivosti bude personalizovaný, bude sa týkať jedinečných potrieb a životných okolností osoby a bude pozostávať zo stratégií založených na dôkazoch vhodných pre zdravotné potreby danej osoby (RNAO, 2015).

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník zapojí osobu a jej rodinu do participatívneho modelu rozhodovania, rešpektujúc jej právo vybrať si preferované intervencie pre svoje zdravie, prostredníctvom:

- 1) spolupráce s osobou a jej rodinou pri identifikácii jej priorít a cieľov zdravotnej a sociálnej starostlivosti;
- 2) zdieľania informácií na podporu porozumenia dostupných možností zdravotnej a sociálnej starostlivosti, aby sa osoba mohla informovane rozhodnúť;
- 3) rešpektovaním osoby ako odborníka na seba a svoj život.

(EBN: LOE = Ia; RNAO, 2015)

Aktívne zapojenie osoby ako partnera v starostlivosti musí byť zdokumentované, aby sa ukázalo, že bola aktívne zapojená do rozhodovacieho procesu a informovane si vyberala s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti svoj plán starostlivosti.

◇ Sestra a ďalší členovia zdravotníckeho tímu sú k dispozícii, aby pacientovi/rodine poskytli klinickú odbornosť a pohľady na postupy založené na dôkazoch pri rozhodovaní a pri vyjednávaní rozhodnutí ohľadom starostlivosti (Ambresin et al., 2013; Foster et al., 2013; National Voices, 2014e).

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník podporuje osobu v procese rozhodovania, aby si mohla vybrať svoje preferované možnosti starostlivosti (Frampton a kol., 2008; National Research Corporation Canada, 2014; Národné hlasy, 2014b; Národné hlasy, 2014e).

Vzorové otázky, ktoré môžu členovia zdravotníckeho tímu použiť na preskúmanie dostupných znalostí danej osoby pre možnosti starostlivosti a identifikovať potreby starostlivosti z pohľadu osoby:

- Aké sú vaše možnosti?
- Ako to vidíte vy?
- Dokážete si to predstaviť?
- Čo potrebujete, aby ste (...)?
- Aké informácie použijete?
- Čo by vám pomohlo (...)?
- V čom vidíte svoju úlohu vo vašej starostlivosti?
- Aké možnosti ste ochotný a schopný splniť?
- Čo dúfate alebo veríte, že sa tým dosiahne? (NICE, 2012, 2014; RNAO, 2002, 2006a.)

Pacient (prípadne jeho zákonný zástupca) podpisuje v súlade so zákonom NR SR č. 576/2004 Z. z., podľa § 6 informovaný súhlas. Týmto pacient vyjadří 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.

◇ Na zlepšenie úsudku a rozhodovacieho procesu danej osoby o dostupných možnostiach musí sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník zväžiť a riešiť nasledovné:

- požadované profesionálne špecializované znalosti (napr. informácie, ktoré daná osoba požaduje, o vedľajších účinkoch a rizikách rôznych liekov používaných na liečbu jej chorôb),
- hodnoty a ciele osoby,
- benefity, riziká a vedecké neistoty,
- všetky realizovateľné alternatívne možnosti,
- čas, ktorý má osoba k dispozícii na rozhodnutie,
- osobou preferovaný stupeň účasti na rozhodovaní o jej starostlivosti (Leise, 2013; RNAO, 2015).

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník poskytuje informácie bez zaujatosti, alebo pokúšania sa prinútiť osobu k akejkoľvek jedinej možnosti (National Research Corporation Canada, 2014; National Voices, 2014b, 2014e; Stacey a kol., 2014).

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník pri plánovaní starostlivosti používa pomocné rozhodovacie prostriedky (napr. brožúry, videá, poradenstvo, podpora rovesníkov, koučing) ponúkané a používané na doplnenie vysvetlení o dostupných možnostiach starostlivosti (National Voices, 2014e; NICE, 2012, 2014; Stacey a kol., 2014).

Realizácia

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník prispôsobí poskytovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti a služieb tak, aby neboli riadené z pohľadu poskytovateľa a organizácie, a to spoluprácou s osobou a jej rodinou na:

- 1) zložkách starostlivosti;
- 2) úlohách a zodpovednostiach pri poskytovaní starostlivosti; a
- 3) komunikačných stratégiách.

(EBN: LOE = Ia; RNAO, 2015)

Postupy, ktoré zlepšujú účinnosť starostlivosti

- Používanie otvorených komunikačných zručností (podľa potreby) pri skúmaní skúseností danej osoby so zdravotnou starostlivosťou.
- Počúvanie bez prerušovania.
- Vyvolávanie emócií a reagovanie na ne pomocou empatie, porozumenia a záujmu.
- Byť citlivý na nemedicínske dimenzie starostlivosti (kultúrne presvedčenie, hodnoty a spiritualita).
- Starostlivosť o fyzické pohodlie.
- Poskytovanie nádeje, vyjadrovanie podpory a ochoty pomôcť.
- Poskytnutie času na starostlivosť (neponáhľať sa).
- Používanie pozitívneho prístupu motivovaním, povzbudzovaním a legitimizáciou skúseností danej osoby so zdravím.
- Poskytovanie konkrétnych informácií a odporúčaní založených na dôkazoch týkajúcich sa zmeny správania.
- Vysvetlenie starostlivosti a ošetrovania prepojením so zdravotnými potrebami danej osoby.
- Prispôbenie komunikačných stratégií založených na zdravotnej gramotnosti, kultúre a jazykových potrebách osoby a jej rodiny.
- Poradenstvo, uznanie a prijatie voľby danej osoby pre starostlivosť a služby.

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník spolupracuje s osobou a jej rodinou na úprave stratégií pre self-manažment v starostlivosti, ktoré sú založené na charakteristikách osoby a jej preferencie pre edukáciu

(EBN: LOE = V; RNAO, 2015)

◇ Sestra/iný zdravotnícky pracovník podporuje rozvoj zdravotnej gramotnosti človeka a buduje u neho dôveru v uskutočňovanie akcií a činností potrebných pre jeho zdravie a pohodu pomocou holistického a partnerského modelu vzdelávania, ktorý zahŕňa nasledujúce:

- Splnomocnenie osoby v kontexte terapeutického vzťahu k získaniu znalostí a zručností nevyhnutných pre self-manažment.
- Uznanie silných stránok, odbornosti a prínosu danej osoby k self-manažmentu.

- Zistenie existujúcich znalostí osoby s cieľom začať proces vytvárania väzieb medzi starými a novými poznatkami.
- Voľné zdieľanie vedomostí a informácií, aby osoba začala chápať a získavať prehľad o tom, čo je potrebné na podporu, udržanie a zlepšenie jej zdravia. To zahŕňa:
 - prispôsobenie zdravotných informácií tak, aby zodpovedali vzdelávacím potrebám osoby,
 - vyhýbanie sa používaniu lekárskeho žargónu,
 - poskytovanie prístupu k informáciám cez poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a rovesníkov,
 - pomalé vysvetľovanie informácií a postupné budovanie vedomostí osoby v priebehu času.
- Poskytnutie času osobe na absorbovanie a spracovanie nových informácií.
- Pomáhať osobe prijať nové nápady na osvojenie si zručností a činností (do takej miery, do akej je to možné), ktoré jej umožnia, aby sama zvládala starostlivosť o seba (Foster a kol., 2013; Frampton a kol., 2008; RNAO, 2015; Saint Elizabeth, 2011).

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník prispôsobuje stratégie, ako sú koučingové a vzdelávacie materiály, tak, aby zodpovedali charakteristikám danej osoby (napr. kultúra, zdravotná gramotnosť a jazyková úroveň) a preferencie vzdelávania (napr. písomné, verbálne, vizuálne a elektronické formy) (National Voices, 2014d; RNAO, 2012b).

Všetky komunikačné nástroje a stratégie na podporu zdravotnej gramotnosti človeka v súvislosti s vlastným riadením (self-manažmentom) starostlivosti by mali byť:

- a) spojené s prioritami a potrebami osoby v oblasti starostlivosti,
- b) v preferovanej forme osoby (napr. verbálne, vizuálne),
- c) na príslušnej úrovni a v jazyku, ktorý osoba preferuje (Foster et al., 2013; Národné hlasy, 2014b, 2014d; RNAO, 2002, 2006a, 2012b; Widger a kol., 2009).

Vyhodnotenie starostlivosti

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník získa spätnú väzbu od danej osoby a jej rodiny, aby mohli spolu zistiť, či sú spokojní so starostlivosťou a či osobe bola starostlivosť orientovaná na pacienta a rodinu poskytovaná správne

(EBN: LOE = Ia; RNAO, 2015)

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník osobe poskytne priestor na vyjadrenie „čo ona na to“ pri poskytovaní starostlivosti, očakáva spätné informácie, aby osoba mohla monitorovať a vyhodnotiť, či sú alebo nie sú jej očakávania splnené. Hodnotenie na základe vlastných skúseností osoby je najlepším spôsobom, ako vyhodnotiť poskytovanú starostlivosť a ako určiť, čo by sa dalo urobiť pre zlepšenie poskytovania starostlivosti. To sa dá dosiahnuť diskusiou a spôsobom, ktorý povzbudzuje osobu, aby vyjadrila svoje potreby a poskytla nepretržitú spätnú väzbu o starostlivosti (NICE, 2012, 2014).

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník na vyhodnotenie poskytovanej starostlivosti získava a monitoruje priebežnú spätnú väzbu od danej osoby, aby zistila, či jednotlivé časti starostlivosti obsahovali nasledujúce atribúty starostlivosti zameranej na osobu a rodinu:

- Pacient, rodina, komunita boli považovaní za partnera v rámci terapeutického vzťahu (RNAO, 2015).
- Medzi sestrou/iným zdravotníckym a sociálnym pracovníkom a osobou bola úctivá, pravdivá a jasná komunikácia (Národný ústav pre výskum starnutia, 2006; Pelzang, 2010).
- Osoba sa cítila v bezpečí, boli vyriešené jej obavy, necítila sa uponáhľaná časťou zdravotnej starostlivosti a sestry s ňou strávili dostatok času (Foster et al., 2013; Widger et al., 2009).
- Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník poskytovali kvalitnú starostlivosť a služby tak, aby uspokojovali potreby osoby ako celej osoby, nielen potreby diktované jej subjektívnou/objektívnou chorobou (National Aging Research Institute, 2006; Pelzang, 2010; Slater, 2006).
- Osoba bola aktívnym účastníkom rozhodovania a prispôsobovania zdravotnej starostlivosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (zdieľaná zodpovednosť), berúc do úvahy jej presvedčenie, hodnoty, kultúru, jazyk, preferencie starostlivosti a životné okolnosti (National Aging Research Institute, 2006; Robinson et al., 2008).
- Sestra/iný zdravotnícky pracovník v zdravotnej starostlivosti s pacientom diskutovali o postupoch a informáciách založených na dôkazoch spôsobom, ktorý im pomohol. Pacient porozumel možnostiam starostlivosti a mohol urobiť konečné rozhodnutie o preferovanej možnosti, splnil svoje ciele a životný kontext (t. j. informovaný súhlas s ošetrovaním a liečením) (National Aging Research Institute, 2006; NICE, 2012, 2014; Pelzang, 2010).

Je dôležité získavať od pacienta, rodiny, komunity neustálu spätnú väzbu o tom, ktoré aspekty starostlivosti sú pre neho dôležité. Recenzia z literatúry uvádza, že sestry vnímajú svoje psychologické schopnosti ako dôležitejšie (napr. schopnosť poskytovať pohodlie, predvídať potreby starostlivosti o človeka a budovať dôverné vzťahy), zatiaľ čo človek si najviac cenil kompetencie sestry (technické schopnosti a správanie v ošetrovateľských činnostiach) a ich schopnosť pokračovať v starostlivosti (NICE, 2014).

Celková spokojnosť so starostlivosťou však skôr súvisela s empatiou, poslaním sestier než s ich kompetenciami. Spolupráca medzi sestrou/iným zdravotníckym a sociálnym pracovníkom v zdravotnej a sociálnej starostlivosti a osobou by sa mala hodnotiť od začiatku do konca partnerstva (Shaller, 2007).

Monitorovanie a získavanie včasnej a priebežnej spätnej väzby o účinnosti spolupráce medzi všetkými účastníkmi vzťahu počas procesov starostlivosti pomáha vytvoriť individualizovaný plán starostlivosti, pomáha pri určovaní účinnosti stratégií starostlivosti, uľahčuje identifikáciu medzier alebo prekážok v starostlivosti a podporuje vytváranie nových smerov starostlivosti s cieľom optimalizovať klinické výsledky a zlepšovať spokojnosť a skúsenosti so zdravotnou starostlivosťou a službami.

S cieľom neustáleho zlepšovania kvality zdravotníckych služieb z pohľadu osoby sa získavajú všetky informácie prijaté od osoby, ktorá sa týka aj medzier v starostlivosti. Informácie by sa mali zdieľať s celým tímom zdravotnej a sociálnej starostlivosti, aby im tak bola poskytnutá príležitosť na zlepšenie poskytovania svojich služieb (Frampton et al., 2008; Saint Elizabeth, 2011).

Preto získanie spätnej väzby na skúsenosti so starostlivosťou by mali byť cieleňé a denné, v reálnom čase dokumentované. Malo by byť preukázané, že zdravotnícky tím dobre využíva všetku spätnú väzbu na zlepšenie poskytovania starostlivosti tejto osobe a nielen späťne po prepustení zo zdravotníckych služieb, alebo na konci poskytovania starostlivosti.

Vzdelávanie

◇ Poskytovateľom zdravotnej a sociálnej starostlivosti je poskytnuté minimálne vzdelanie o nasledujúcich atribútoch starostlivosti zameranej na osobu a rodinu, aby sa zlepšili klinické výsledky a spokojnosť osoby so starostlivosťou:

- 1) splnomocnenie, kompetencie;
- 2) komunikácia a
- 3) spoločné rozhodovanie.

(EBN: LOE = Ia; RAO, 2015)

◇ Sestra/iný zdravotnícky a sociálny pracovník sa zúčastňuje príležitostí na profesionálnom rozvoji, ktoré podporujú rozvoj o ich vedomostiach a schopnostiach uplatňovať v praxi nasledujúce atribúty starostlivosti o človeka a rodinu:

- Nadväzovanie terapeutických vzťahov a posilnenie partnerstiev na základe dôvery, prítomnej sympatii a rešpektu.
- Používanie efektívnej verbálnej a neverbálnej komunikácie, ktorá je úplná, nezaujatá a potvrdzujúca.
- Uľahčenie načasovania a kontinuity starostlivosti.
- Riešenie potrieb a priorít celého človeka v oblasti starostlivosti, nielen jeho choroby.
- Začlenenie vedomostí, hodnôt, presvedčení a kultúrneho zázemia osoby do plánovania a poskytovania starostlivosti.
- Spolupráca s osobou a podpora jej zapojenia do starostlivosti prostredníctvom zdieľaného rozhodovania.
- Poskytovanie voľne prúdiacich informácií.

◇ Vzdelávacie inštitúcie začleňujú tieto odporúčania do učebných plánov pre sestry a prípadne aj pre ďalšie zdravotnícke a sociálne povolania

(EBN: LOE = V; RAO, 2015)

Začlenenie odporúčaní do učebných osnov pre sestry a ostatných poskytovateľov zdravotnej a sociálnej starostlivosti zabezpečí základné vedomosti týkajúce sa postupov založených na dôkazoch spojených so starostlivosťou zameranou na osobu a rodinu.

Prístupy zamerané na rozvoj vedomostí a zručností študentov osobne a starostlivosť zameraná na rodinu by mala:

- 1) zamerať sa na klinickú skúsenosť,
- 2) zapojiť osobu do vzdelávania študentov,
- 3) použitie stratégie viacnásobného učenia (Conway a kol., 2006; RNAO, 2002, 2006a).

Klinické skúsenosti

Študenti by mali mať možnosť zoznámiť sa s klinickými postupmi zameranými na osobu a rodinu v zdravotníckom prostredí. Rozvoj zručností študentov by mal zahŕňať zapojenie sa do rozhovorov s osobou, ktorá má byť edukovaná, a ktorá má opísať svoje skúsenosti so zdravím a zdravotnou starostlivosťou. Klinické skúsenosti môžu presahovať rámec priameho zapojenia. Pri vzdelávaní by mali mať študenti možnosť pozorovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí v praxi uplatňujú starostlivosť zameranú na osobu a rodinu v prostredí organizácie (Johnson et al., 2008; RNAO, 2002, 2006a; Saint Elizabeth, 2011).

Zapojenie osoby/pacienta/rodiny do vzdelávania študentov

Organizácia podporuje osobu, rodinu ktorá rozpráva svoje príbehy študentom, aby podporila ich vzdelávanie v starostlivosti zameranej na osobu a rodinu (Johnson et al., 2008). Rozprávanie vlastnej skúsenosti, príbehu rozširuje pohľad študentov na prežívanú skúsenosť človeka so starostlivosťou a službami poskytovanými v rámci zdravotného systému.

Stratégie viacnásobného vzdelávania

Na zavedenie osvedčených postupov spojených s orientáciou na osobu a rodinu by sa mali použiť stratégie viacnásobného vzdelávania. Tieto by mali zahŕňať vedenie denníka, ako nástroja pre reflexívnu prax, hranie rolí, simuláciu, počítačové programy, koučing, workshopy a videá (Conway et al., 2006; McCormack & McCance, 2010; RNAO, 2002, 2006a).

Prognóza

Stratégia zdravotnej starostlivosti pre Bratislavský samosprávny kraj na roky 2022 – 2026 uvádza v kvalitatívnej analýze parametre kvality zdravotnej starostlivosti hodnotiť schopnosť systému integrovať jednotlivé interakcie poskytovateľov do komplexnej individualizovanej patientsky a rodinne orientovanej starostlivosti (Droba, 2021).

Keď sú partnerstvá v oblasti zdravotnej starostlivosti optimalizované, vtedy môžu zlepšiť autonómiu jednotlivcov v súvislosti s rozhodovaním o ich zdravotnej starostlivosti a môžu zvýšiť ich spokojnosť so starostlivosťou.

Od roku 1992 poskytuje IPFCC (Institút Patient and Family Center Care) organizáciám vzdelávanie a školenia s cieľom vybudovať porozumenie o starostlivosti zameranej na pacienta a rodinu, definovať, ako vyzerajú partnerstvá s pacientmi a rodinami pri transformácii

zdravotnej starostlivosti a podeliť sa o znalosti konkrétnych a efektívnych stratégií na vytváranie a udržanie partnerstiev. Aj keď počiatočné úsilie o partnerstvo zahŕňa skúsenosti v oblasti starostlivosti, kvality, bezpečnosti a zdravotníckeho odborného vzdelávania, ukázalo sa, že aj vedci sa začínajú zaujímať o spoluprácu s pacientmi a rodinami. Túto motiváciu výrazne podporili aj finančníci, ako napríklad PCORI, ktorí požadujú, aby výskumní pracovníci zapájali pacientov a rodiny do svojich projektov ako spolupracovníkov a nie iba ako účastníkov štúdie (IPFCC. 2017).

Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť (PFCC = PROS) má vypracovaný projekt na princípe, kde majú miesto pacienti a rodinní príslušníci (opatrovatelia), ktorí slúžia ako poradcovia v oblasti klinických výborov, aj správnych rád a majú svoje miesto aj v správe organizácií zamestnancov, aj vo vzdelávacích fakultách. Stávajú sa poradcami a tiež partnerskými výskumníkmi v projektoch zameraných na pacienta. Pracujú v spolupráci s nemocnicou, pozerajú sa na spôsoby, akoby sa systém zdravotníctva lepšie staral o pacientov. V nemocnici využili viac ako 30 rád od poradcov. Okrem toho, že pracujú vo výboroch, patientsko-rodinní poradcovia, pripravujú panelové prednášky, pripravujú ďalšie pracovné sily, pracujú na výskumných projektoch a spolupracujú na komunikácii s rodinami. Prax potvrdila, že sa takýto projekt osvedčil (Bass, 2012).

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

Od 1.4.2021 sa zavádza nová dávka nemocenského poistenia - tzv. dlhodobé ošetrovné. Cieľom je zabezpečenie starostlivosti o chorého príbuzného v jeho domácom prostredí. Dlhodobé ošetrovné bude poskytované poistencovi, ktorý chorého príbuzného osobne a celodenne ošetruje.

Dlhodobé ošetrovné bude poskytované na ošetrovanie príbuznej osoby (viď vyššie) po prepustení zo zdravotníckeho zariadenia ústavnej starostlivosti a v prípadoch, v ktorých je vhodné zabezpečiť dôstojnú rodinnú starostlivosť o nevyliciteľne choré osoby v štádiu ochorenia na konci života alebo v terminálnom štádiu ochorenia.

Dlhodobé ošetrovné sa môže poskytovať maximálne po dobu 90 kalendárnych dní. Pri ošetrovaní príbuzného sa môžu striedať viacerí poistenci, ktorí budú poberať ošetrovné.

Účelom dlhodobého ošetrového je kompenzovať dočasnú stratu príjmu poistenca, ktorý v domácom prostredí ošetruje blízkeho príbuzného, ktorý bol z dôvodu náhleho zhoršenia zdravotného stavu hospitalizovaný a následne prepustený do domácej starostlivosti, resp. z dôvodu zabezpečenia starostlivosti blízkeho príbuznému, ktorý je paliatívnym pacientom.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Poskytovateľom zdravotnej starostlivosti je odporúčané vziať do úvahy faktory, ktoré ovplyvňujú partnerstvá a získať vedomosti a zručnosti potrebné na implementáciu zásad, vlastností a rozmerov starostlivosti zameranej na osobu a rodinu v praxi.

1. Vytvorenie terapeutického vzťahu pre skutočné partnerstvo, kontinuitu starostlivosti a spoločné rozhodovanie

Existencia terapeutického vzťahu medzi osobou a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti je ústredná. Kontinuita poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (t.j. osoby spolupracujúcej s rovnakými poskytovateľmi) a vytvorenie skutočného kolaboratívneho partnerstva v kontexte

terapeutického vzťahu v priebehu času môže optimalizovať zdravie a pohodu osoby (Duggan et al., 2006; RNAO, 2002, 2006a, 2006b; Shaller, 2007; Starfield, 2011).

Medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a osobou, ktorá hľadá zdravie, je potrebný terapeutický vzťah služieb, aby si mohli vybudovať dôveru, partnerstvo a zdieľať rozhodnutia o vhodnej zdravotnej starostlivosti a službách.

2. Starostlivosť je zameraná na osobu a rešpektuje ju

Aby bola osoba spokojná so službami zdravotnej starostlivosti, musí byť starostlivosť organizovaná s osobou a okolo nej. Rešpektovanie a reflektovanie na potreby osoby, jej kultúru, hodnoty, presvedčenie a meniace sa zdravie a život človeka, to sú okolnosti, ktoré zdravie ovplyvňujú (Frampton et al., 2008; RNAO, 2002, 2006a).

3. Poznanie celého človeka (holistická starostlivosť)

Osoba nie je definovaná svojou chorobou alebo iba ochorením. Preto starostlivosť zameraná na osobu a rodinu zahŕňa filozofia holizmu. Táto filozofia uznáva, že ľudská bytosť pozostáva z mnohých zložiek (biologických, psychologických, emocionálnych, fyzických, osobných, sociálnych, environmentálnych, kultúrnych a duchovných). Prostredníctvom partnerstva nadviazaného v kontexte terapeutického vzťahu, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti spoznávajú celého človeka, jeho ciele, presvedčenia a hodnoty, kultúru, skúsenosti so zdravím, životnými okolnosťami na potreby v starostlivosti (Glass, Moss, & Ogle, 2012; National Aging Research Institute, 2006; RNAO, 2014d; Shaller, 2007).

4. Komunikácia, spolupráca a angažovanosť

Prechod na starostlivosť zameranú na osobu a rodinu si vyžaduje zmenu v kultúre zdravotnej starostlivosti, ako aj v oblasti postojov a správania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti – konkrétne ich schopnosť nadväzovať vzťahy, komunikovať, spolupracovať, podporovať partnerstvá a zdieľať informácie súvisiace s rozhodnutiami o zdravotnej starostlivosti a službách (Duggan a kol., 2006; Centrum inovácií a aplikovaného výskumu v dlhodobej starostlivosti Harvey Picker, 2013; Shaller, 2007).

Optimalizovať výsledky v oblasti zdravia a zlepšiť ich kvalitu a bezpečnosť organizácie musia podporovať poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri redizajne ich partnerstiev s osobami, ktoré dostávajú starostlivosť. Tieto partnerstvá musia byť podporované skutočnou spoluprácou.

Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti preto majú používať efektívnu a terapeutickú komunikáciu s osobou a podporovať ich aktívne zapojenie sa do rozhodovania o ich zdraví (Frampton et al., 2008; RNAO, 2015).

Postoj poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v rámci terapeutického vzťahu je najvplyvnejším faktorom pri určovaní účasti človeka na ňom a jeho skúsenosti starostlivosti (Ambresin, Bennett, Patton, Sanci, & Sawyer, 2013; Duggan et al., 2006; Foster et al., 2010; Ward, 2005).

Ďalšie odporúčania

Odporúčania štandardu pomôžu sestram/iným zdravotníckym a sociálnym pracovníkom a ďalším poskytovateľom zdravotnej starostlivosti získať požadované znalosti s cieľom optimalizovať partnerstvo a rozvoj posilňujúcich vzťahov s osobami, ktoré majú prístup k starostlivosti a ich rodinám, pre zdravie a pohodu počas ich životného kontinua.

Tento prístup založený na dôkazoch v kombinácii s perspektívou, ktorá rozpoznáva miesto osoby v centre starostlivosti o zdravie, zlepši zážitok a spokojnosť jednotlivcov so starostlivosťou a službami poskytovanými v rámci zdravotného systému. Vzťahuje sa na všetky oblasti ošetrovateľskej praxe vrátane kliniky, administratívy a vzdelávania. Odporúčania pre osvedčené postupy sú sústredené v troch hlavných oblastiach:

- 1. Odporúčania praxe** sú zamerané predovšetkým na sestry, lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov, na multidiscipinárny tím, ktorý poskytuje priamu starostlivosť osobám v podmienkach zdravotného systému (napr. na akútnych lôžkach, v dlhodobej starostlivosti a v domácej zdravotnej starostlivosti) a v komunite (napr. základná starostlivosť, tímy zdravia, rodiny a verejné zdravie).
- 2. Odporúčania v oblasti vzdelávania** sú určené tým, ktorí sú zodpovední za vzdelávanie zamestnancov a študentov, ako sú pedagógovia, tímy pre zlepšovanie kvality, manažéri, správcovia a akademické a odborné inštitúcie.
- 3. Odporúčania systému pre verejný sektor, organizácie**, zásady sa vzťahujú na rôzne typy organizácií, nemocníc, zdravotníckych zariadení, zariadení sociálnej pomoci, verejnosti, v závislosti od odporúčania. Verejnosť zahŕňa manažérov, správcov, tvorcov politik, ošetrovateľské regulačné orgány, akademické inštitúcie a vládne orgány.

Odporúčania pre spoločnosť, verejný sektor, organizácie, stratégie a politiky

Pri nedostatku zdravotníckych pracovníkov je patientsky a rodinne orientovaná starostlivosť benefitom pre celý systém, často odbreňuje personál, lebo príbuzní, komunita sa priamo zúčastňujú na procesoch. Príbuzní vedú sprevádzať pacienta, používať vlastnú prepravu, vedú podporovať pacienta v prípade jeho bezvládnosti, vedú pomôcť pri hygiene, pri stravovaní a všetkých deficitoch pri nesebestačnosti pacienta. Ak sú správne edukovaní, ak majú dostatok informácií, ak majú k dispozícii všetky pomôcky, tak sa vedú o bezvládneho pacienta pri striedaní v starostlivosti postarať (Kočanová, 2015).

◇ Poskytovatelia, organizácie ktoré tvoria organizačnú kultúru, ktorá je príkladom odhodlania zamerať sa na osoby a rodinu, zameriavajú sa najmä na:

- 1) Preukázanie manažmentu a presvedčenia k tomuto prístupu k starostlivosti;
- 2) Zapojenie osoby, rodiny do spoluvytvárania zdravotných programov a služieb;
- 3) Budovanie zdravého pracovného prostredia pre všetkých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

(EBN:LOE= V, RNAO, 2015)

Organizácie sú zodpovedné za vytváranie prostredí, ktoré sú príkladom hodnoty rešpektujúcich partnerstiev a postupov v oblasti starostlivosti o osoby a rodinu (Frampton et al., 2008; Shaller,

2007). Implementovať zamerania sa na osobu a rodinu vyžaduje od organizácií, že musia tomuto prístupu k poskytovaniu zdravotnej starostlivosti a služieb veriť a vážiť si osobu a rodinu (Frampton a kol., 2008; Shaller, 2007).

Manažment a odhodlanie pre implementáciu

Vedúci pracovníci sú zodpovední za stanovovanie priorít a smerov na základe svojho poslania a vízie organizácie. Vedúci predstavitelia sa preto musia zaviazat', začleniť atribúty starostlivosti zameranej na osobu a rodinu do ich organizačnej kultúry:

- Začlenenie atribútov konceptu do poslania, vízie, hodnotových vyhlásení a stratégií organizácie preukázať oddanosť starostlivosti zameranej na osobu a rodinu.
- Vytvorenie a zriadenie charty práv pre jednotlivcov, ktorí majú prístup k zdravotnej starostlivosti a službám.
- Byť inšpiratívny a viesť sa príkladom modelovaním správania sa pri stretnutiach zameraných na osobu a rodinu s personálom.
- Starostlivosť zameraná na osobu a rodinu.
Zabezpečenie dostupnosti zdrojov pre:
- Neustály rozvoj (vzdelávanie a mentorstvo) zamestnancov v starostlivosti zameranej na osobu a rodinu s cieľom zlepšiť ich schopnosti a schopnosť poskytovať takú starostlivosť v praxi a vzdelávanie používateľov systému zdravotníctva, aby sa zabezpečila zmysluplná účasť na návrhoch poradných výborov.
- Starostlivosť a služby zamerané na osobu a rodinu.
- Monitorovanie, zhromažďovanie a vyhodnocovanie údajov o skúsenostiach jednotlivcov so zdravotnou starostlivosťou a službami a ich používanie.
- Perspektíva riadenia organizačných vylepšení.
- Začlenenie očakávaní starostlivosti zameraných na osobu a rodinu do návrhov systémov organizácie (preskúmanie politiky, vývoj postupov, náborových postupov a preskúmania výkonnosti zamestnancov) (Alzheimer Society, 2011; Harvey Picker Centrum inovácií a aplikovaného výskumu v dlhodobej starostlivosti, 2013; Pelzang, 2010; RNAO, 2002, 2006a, 2013b; Shaller, 2007).

Je dôležité vyhľadať osobné príbehy danej osoby o skúsenostiach so starostlivosťou a zapojiť ich do aktívnej súčasti.

Navrhnuť prostredie, ktoré preukázateľne zlepšuje človeka, zvyšuje jeho skúsenosti so zdravotnou starostlivosťou:

- Vytvárať zdravé liečebné prostredia, priateľské pre rodiny, komunity.
- Byť flexibilný a vytvárať partnerstvá s cieľom prispôsobiť rutiny v starostlivosti novej kreativite eliminujúcej chladnosť a neosobnosť.
- Zlepšovať prístup k starostlivosti a službám pre patientsky a rodinne orientovanú starostlivosť.
- Posilnenie kontinuity a koordinácie starostlivosti a služby počas prechodného obdobia.
- Zabezpečiť kontinuitu starostlivosti v patientsky a rodinnej orientácii (EBN: Level V., RNAO 2015).

Získavať neustále spätnú väzbu od danej osoby, aby organizácia posúdila, aké mala osoba skúsenosti so zdravotnou starostlivosťou a službami zameranej na osobu a rodinu a využiť túto spätnú väzbu zlepšenia na všetkých úrovniach systému zdravotníctva. (EBN: Level III., RNAO Registered Nurses Association of Ontario, 2015)

Vládne agentúry, ministerstvá a regulačné orgány môžu monitorovať, merať a využívať informácie organizácií týkajúce sa danej osoby jej skúsenosti so zdravotnou starostlivosťou s cieľom zlepšiť výkonnosť systému zdravotníctva (EBN: Level Ia., RNAO Registered Nurses Association of Ontario, 2015).

Alternatívne odporúčania

Na zaistenie optimálnej účinnosti by mali byť odporúčania v týchto troch oblastiach:

- zameranie na sestry, zdravotníckych a sociálnych pracovníkov
- na vzdelanie,
- na spoločnosť

implementované spoločne s cieľom zlepšiť skúsenosti a spokojnosť osoby s kvalitou starostlivosti a podporovať používanie postupov starostlivosti zameraných na osobu a rodinu, na posilnenie schopnosti medziprofesionálneho tímu spolupracovať v kontexte terapeutického vzťahu s osobami a ich rodinami za účelom zlepšenia zdravia.

Uznávame, že kompetencie súvisiace so starostlivosťou zameranou na osobu a rodinu sa môžu líšiť v závislosti od zdravotných sestier a inej zdravotnej starostlivosti poskytovateľov v rámci interprofesionálnych tímov. Oporúčame navýšiť kompetencie sestram, lekárom, zdravotníckym asistentom proporcionálne s ohľadom na potrebu aplikácie patientsky a rodinne orientovanú zdravotnú starostlivosť v oblasti posudzovania, edukácie, spôsobu komunikácie a pod.

Niektoré príklady slovenskej dobrej praxe v súlade s PROS^{11,12}

- Organizácia¹¹ definuje a implementuje skúmanie záujmu blízkych o participáciu na úkonoch starostlivosti o pacienta (napríklad podávanie stravy, hygiena, sociálne aktivity, prechádzky, sprevádzanie na odbornom vyšetrení) ako súčasť procesu príjmu (používanie určeného formulára – dotazníka). Na základe identifikácie záujmu blízkych následne zapája do starostlivosti podľa ich očakávaní a predstáv.
- Organizácia¹¹ realizuje projekty podporujúce dobré vzťahy a angažovanú spoluprácu s blízkymi klientov. Príkladom je Projekt Top Família, v rámci ktorého organizácia hodnotí a oceňuje rodiny za nasledovné aspekty spolupráce so zariadením: otvorená komunikácia s personálom, pekný vzťah s príbuzným, angažovanosť v starostlivosti o svojho blízkeho, podpora personálu zo strany rodiny, podpora organizácie zo strany rodiny. V spolupráci s rodinou tvorí a s personálom a verejnosťou zdieľa príspevky o zaujímavých osudoch klientov. Vyzdvihnutá je ich múdrosť, životné úspechy a skúsenosti. Zbieranie informácií o osobnom živote/reminiscencia je realizovaná opakovane, pri zapojení rodiny (Fabianová, 2021).

¹¹ Spracované na základe praxe v zariadeniach dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slniečny dom v Humennom)

- Organizácia¹¹ v spolupráci s blízkymi podporuje, plánuje a realizuje oslavy svojich klientov za účasti rodinných príslušníkov.
- Organizácia¹¹ má definované a implementované pravidlá pre komunikáciu s problémovou rodinou klienta s cieľom ochrániť klienta a predísť ďalším nežiaducim situáciám.
- Organizácia¹¹ má definovanú a implementovanú metodiku pre predchádzanie a riešenie nespokojnosti klientov a ich blízkych. Nespokojnosť je nežiaducim javom, a preto organizácia po príčinách nespokojnosti nielen pravidelne pátra, vyhodnocuje ich, ale zároveň prehodnocuje platné opatrenia a prístupy, ktoré následne aktualizuje, tak, aby eliminovala javy nespokojnosti v budúcnosti.
- Organizácia¹¹ má definovaný a implementovaný prístup k umierajúcim pacientom, ktorý špecifikuje pravidlá komunikácie a starostlivosti, s dôrazom na akceptovanie práv umierajúcich. Na základe prístupu sú v praxi implementované prvky ako zabezpečenie duchovnej starostlivosti, neobmedzený kontakt s rodinou, plnenie želaní, zmiernenie utrpenia, právo na sebaurčenie, pravidlá citlivej komunikácie s rodinou, režim piety bezprostredne po úmrtí pacienta v zariadení.
- Organizácia¹² má implementovanú I. etapu projektu "PROS", ktorá prebieha kontinuálne /mimo obdobia pandémie a núdzového stavu/ a pozostáva z odstránenia návštevých hodín, návštevne hodiny od 15.00hod do 17.00hod ostávajú iba ako odporúčané, plánované rozdelenie času počas celého dňa na venovanie sa príbuzným, rodinám, členom komunity a pacientom, spoluúčasť a spolupráca príbuzných, rodiny, členov komunity pri sprevádzaní pacienta na vyšetrenia, na aktivity, na výlety, pri základných úkonoch a aktivitách bežného dňa osoby, ako je stravovanie, kúpanie, prechádzky, pri príprave plánov, stratégii zariadenia,
- Organizácia¹² pripravuje II. etapu projektu "PROS", zostavenie poradnej rady z radov pacientov, príbuzných, rodín, komunity, budúcu úzku spoluprácu správnej rady zariadenia a poradnej rady.

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revíziu štandardu realizovať v súvislosti s pokračujúcim rozvojom, resp. stavom implementovania v praxi, najneskôr o tri roky.

Literatúra

1. ALZHEIMER SOCIETY, (2011). Guidelines for care: Person-centred care of people with dementia living in care homes. Dostupné : http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_e.pdf
2. AMBRESIN, A.E., BENETT, K., PATTON,G., SANCI, L.A., & SAWYER, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people's perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681.
3. AMERICAN ACADEMY of PEDIATRICS, (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129, 394–404. Dostupné: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394>
4. ARVIDSSON, E., ANDRE, M., BORGQUIST, L., & CARLSSON, P. (2010). Priority setting in primary healthcare – Dilemmas and opportunities: A focus group study. *BMC Family Practice*, 11(71), 1-9.
5. BAAS, L.S. (2012). Patient and family-centered care. *Heart & Lung*, 41, 534–535. Dostupné na: [http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(12\)00309-3/fulltext](http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(12)00309-3/fulltext)
6. BRENER, T. H. Et al. 2007. End of life. A nurse s Guide to Compassionate Care. 1.st. ed. Philadelphia: Lippincott Wiliam and Wilkins, 2007. 320 p. ISBN 1-58255-660-1.
7. DROBA, J. 06/2021. Stratégia rozvoja zdravotnej starostlivosti v Bratislavskom samosprávnom kraji na roky 2022-2026 Dostupné na: https://www.senec.sk/userfiles/download/attachment/SKM_C224e21081214070.pdf

¹² Spracované na základe praxe špecializovaného sociálneho zariadenia HESTIA n.o., Bratislava Dúbravka

8. DUGGAN, P. S., GELLER, G., COOPER, L. A., & BEACH, M. C. (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it "just the right thing to do"? *Patient Education and Counseling*, 62(2), 271-276.
9. DWYER J. W., LEE, G. R., & JANKOWSKI T. B. (1994). Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 56(1), 35–43. <https://doi.org/10.2307/352699>
10. EDVARDSSON, D., WINBLAND, B., & SANDMAN, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367
11. EDVARDSON, D., & INNES, A. (2010). Measuring person-centered care: A critical comparative review of published tools. *The Gerontologist*, 50(6), 834-846.
12. FABIANOVÁ, Z. 2019. Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej starostlivosti
13. [online]. [citované 05.07.2021]. Dostupné na: <https://www.standardnepostupy.sk/standarty-dlhodoba-starostlivosti/>
14. FABIANOVÁ, Z. a kol. 2021. *Metodiky sociálnej práce a rehabilitačná starostlivosť* – interný predpis. Vnútroň dokument systému manažerstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnčným dom, n.o., Humenné. 2021.
15. FOLKMAN, S., & LAZARUS, R. S. (1991). Coping and emotion. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (pp. 207–227).
16. FOSTER, M., WHITEHEAD, L., & MAYBE, P. (2010). Parents' and health professionals' perceptions of family centred care for children in hospital, in developed and developing countries: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1184-1193.
17. FOSTER, M., WHITEHEAD, L., MAYBE, P., & CULLENS, V. (2013). The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: A metasynthesis of qualitative research. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 431-468.
18. GONDÁROVÁ-VYHNIČKOVÁ, H. - BRATOVÁ, A. - KOVALOVÁ, 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/standarty/1-10-2021/4_1-Komplexne-uspokojovanie-potrieb-osob-v-naslednej-a-dlhodobej-starostlivosti-DS.pdf
19. GLASS, N., MOSS, C., & OGLE, K. R. (2012). A person-centred lifestyle change intervention model: Working with older people experiencing chronic illness. *International Journal of Nursing Practice*, 18(4), 379-387.
20. GRANT, S.M., JOHNSON, B.H., (2019). *Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: The Central Role of Nursing Leadership.pdf*
21. GRANT, R. W., ADAMS, A. S., BAYLISS, E. A., & HEISLER, M. (2013). Establishing visit priorities for complex patients: A summary of the literature and conceptual model to guide innovative interventions. *Healthcare*, 1(3-4), 117-122.
22. GREENE, S. M., TUZZIO, L., & CHERKIN, D. (2012). A framework for making patient-centered care front and center. *The Permanente Journal*, 16(3), 49-53.
23. GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J. 2009. *Vybrané ošetrovateľské diagnózy v klinickej praxi*. Martin: OSVETA, 2009. 242. s. ISBN 978 -80-8063-308-0.
24. HAM, C. (2010). The ten characteristics of the high-performing chronic care system. *Health Economics, Policy and Law*, 5(1), 71-90. doi:10.1017/S1744133109990120.
25. HARVEY PICKER CENTRE of INNOVATION and APPLIED RESEARCH in LTC. (2013). Person-centered long-term care literature brief. Derby, CT: Planetree. Haywood, K., Marshall, S., & Fitzpatrick, R. (2006). P
26. HANSONOVÁ, E. 2007. Podpora terminálne nemocných osôb. In *Princípy a praxe paliatívnej péče*. 1.vyd. Brno. Spoločnosť pro odbornou literatúru, 2007. ISBN-978-80-87029-25-1. s. 348-370.
27. HOOBS, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, 58(1), 52-62.
28. IPFCC. Institute for Patient and Family Centered Care. (2017). Patient- and Family- Centered Care Defined. Dostupné: <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainablepartnerships/background/pfcc-defined.html>
29. KINDING, D. A. (2006). A pay-for-population health performance system. *The Journal of the American Medical Association*, 296(21), 2611-2613.
30. KOČANOVÁ, E. 2014. *Podporná rola príbuzných v liečbe pacienta*. In: *Onkomagazín*. ISSN 1337- 6950, 2014, roč. VIII, č 3-4/2014, s. 44-46.
31. KOČANOVÁ, E., 2015. *Význam rodiny v starostlivosti o imobilného pacienta*. SZU. In: *Špecializačná práca v komunitnom ošetrovatel'stve*. 2015
32. LEISE, C. (2013). A process model of judging and deciding. *International Journal of Process Education*, 5(1), 71-89.
33. LÉVYOVÁ, M. - KATRENIÁKOVÁ, Z. - FABIANOVÁ, Z. - DOBROTKOVÁ, M. – ČERVENÁ- KOVÁ, J. 2019. *Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike* [online]. [citované 02.07.2021]. Dostupné: https://www.health.gov.sk/Zdroje/?dokumenty/mzsr/STRATEGIA_LTC_10_2019_AOPP_PROJEKT-c-1.pdf
34. NAGYOVÁ, I. 2011. Model zdravotnej starostlivosti o chronicky chorých z pohľadu verejného zdravotníctva. Posilňovanie systému verejného zdravotníctva : 4. konferencia SAVEZ s medzinárodnou účasťou : 9.-10.6.2011, Košice : zborník príspevkov. - Košice : Equilibria, 2011. - ISBN 9788089284924. - S. 16-21.
35. 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>
36. NATIONAL AGEING RESEARCH INSTITUTE. (2006). What is person-centred health care? A literature review. Dostupné na: http://www.mednwh.unimelb.edu.au/pchc/downloads/PCHC_literature_review.pdf
37. NATIONAL INSTITUT for HEALTH and CLINICAL EXCELLENCE (NICE). (2012). Patient experience in adult NHS services: Improving the experience of care for people using adult NHS services. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>
38. NATIONAL INSTITUT for HEALTH and CLINICAL EXCELLENCE (NICE). (2014). Patient experience in adult NHS services: Evidence update 52. Retrieved from <https://www.evidence.nhs.uk/>

40. NATIONAL RESEARCH CORPORATION CANADA. (2014). Eight dimensions of patient-centred care. Retrieved from <http://www.nationalresearch.com/products-and-solutions/patient-and-family-experience/eight-dimensions-of-patientcentered-care/>
41. NATIONAL VOICES. (2014a,b,c,d). Prioritising person-centred care: Enhancing Experience. Improving information and understanding. Promoting prevention. Supporting self-management. Retrieved:http://www.nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/enhancing_experience.pdf
42. OLSSON, L. E., JAKOBSON, UNG, E. J., SWEDBERG, K., & EKMAN, I. (2013). Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials-A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(3-4), 456-465.
43. PATTERSON, M.,(2004). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. In: NCFR. 2004. Dostupné na <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>
44. PATI, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research and Design Journal*, 4(3), 50-71.
45. PELZANG, R. (2010). Time to learn: Understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19(14), 912-917.
46. RNAO - Registered Nurses Association of Ontario, 2015, Patient and Family centered care - Clinical best practice guidelines /online/ citované (10.10.2021). Dostupné na https://mao.ca/sites/mao-ca/files/FINAL_Web_Version_0.pdf
47. ROBINSON, B.C. (1983). Validation of a Caregiver Strain Index. *J Gerontol*. 1983 May;38(3):344-8. doi: 10.1093/geronj/38.3.344. PMID: 6841931.
48. ROBINSON, J. H., CALLISTER, L. C., BERRY, J. A., & DEARING, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607.
49. SAINT ELIZABETH. (2011). Client-centred care in the Canadian home and community sector: A review of key concepts. Dostupné na: <http://www.saintelizabeth.com/getmedia/4aba6e8e-0303-4b9c-9117-a8c22a43f8bd/Client-Centred-Care-in-the-Canadian-Home-and-Community-Sector.pdf.aspx>
50. SALAMONOVÁ, A., FODOR, J. 2021. Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť - Manuál. [online]. [citované 13.07.2021]. Dostupné na: https://www.mfsr.sk/files/archiv/31/LTC_manual.pdf
51. SASKATCHEWAN MINISTRY of HEALTH. (2011). Patient- and family-centred care in Saskatchewan: A framework for putting patients and families first. Retrieved from <http://www.health.gov.sk.ca/pfcc-framework>.
52. SCOTISCH INETRCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). (2011). SIGN 50: A guideline developer's handbook. Dostupné na: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
54. SLATER, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23(1), 135-144.
55. SCHALLER, D. (2007). Patient-Centered Care: What Does It Take? Dostupné na: https://www.researchgate.net/publication/228787332_Patient-Centered_Care_What_Does_It_Take
56. STACEY, D., LÉGARE, F., COL, N. F., BENNETT, C. L., BARRY, M. J., EDEN, K. B., (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Retrieved from https://decisionaid.ohri.ca/docs/develop/Cochrane_Summary.pdf
57. STARFIELD, B. (2011). Is patient-centred care the same as person-focused care? *The Permanente Journal*, 15(2), 63-69.
58. STEIN, K. V., STUKATOR, BARBAZA, E., TELLO, J., & KLUGE, H. (2013). Towards people-centred health services delivery: A framework for action for the World Health Organization (WHO) European Region. *International Journal of Integrated Care*, 13(23), 1-3.
59. TAYLOR, J. A., SIMS, J., & HAINES, T. P. (2013). Quality improvements in resident mobility care: Using person-and relationship-centred frameworks. *The Gerontologist*, 54(3), 501-513.
60. TEBELÁKOVÁ, M. 2011. Rodina ako súčasť komplexnej starostlivosti o chorého s bolesťou v domácom prostredí. In. *Rodina v zdraví a v chorobe: Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie Ružomberok. VERBUM, 2011 . ISBN 978-80-8084-778-4, s. 117-125.*
61. WAGNER, E.H. 1998. Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice*. 1998; 1(1):2-4. [PubMed: 10345255]
62. WAGNER, E. H, Austin B. T, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health affairs*. 2001;20(6):64-78. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64> . [PubMed] [Google Scholar]
63. WARD, F. R. (2005). Parents and professionals in the NICU: Communication within the context of ethical decision making—An integrative review. *Neonatal Network*, 24(3), 25-33.
64. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2007a). People-centred health care: A policy framework. Geneva, Switzerland: Author.
65. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2007b). People at the centre of health care: Harmonizing mind and body, people and systems. Geneva, Switzerland: Author.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2010). People-centred care in low- and middle-income countries. Retrieved from <http://www.personcenteredmedicine.org/docs/geneva2011i.pdf>
67. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2013). What are social determinants of health? Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en
68. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2014). Patients for patient safety—Statement of case. Retrieved from http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/statement/en/
69. Ústava SR 460/1992 Zb.
70. Vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach.
71. Zákon 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
72. 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.
73. 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 klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. decembra 2021.

Vladimír Lengvarský
minister zdravotníctva