

2023

Analýza súčasného stavu a monitoring LTC* pobytových zariadení v SR

k projektu

“Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR,
v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu
(národná úroveň)”

Dokument je vypracovaný v rámci projektu Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu (národná úroveň), ktorý bol podporený z OP Efektívna verejná správa.



Európska únia
Európsky sociálny fond

**LTC (long term care) – dlhodobá starostlivosť*

Obsah

1. ANALÝZA SÚČASNÉHO STAVU A MONITORING LTC POBYTOVÝCH ZARIADENÍ V SR AKO IMPULZ PROJEKTU “ROZVOJ KVALITY DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI O VÁŽNE A DLHODOBO CHORÝCH V SR, V KONTEXTE RIADENIA RIZIKA POKRAČUJÚCEHO ZHORŠOVANIA ZDRAVOTNÉHO STAVU (NÁRODNÁ ÚROVEŇ)”	2
2. PREČO JE MANAŽMENT RIZIKA ZHORŠENIA ZDRAVIA DÔLEŽITÝ? IDENTIFIKOVANIE PROBLÉMOV A RIZÍK	7
2.1 <i>Syndróm krehkosti, identifikovanie problémov a rizík pacientov v LTC</i>	7
3. VÝSLEDKY POSÚDENIA KVALITY STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE, ANALÝZA PROCESOV A PRÍČINNÝCH SÚVISLOSTÍ OVPLYVŇUJÚCICH KVALITU POSKYTOVANEJ LTC	10
4. ANALÝZA A ZHRNUTIE PLATNEJ LEGISLATÍVY PRE OBLASŤ DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI	12
4.1 <i>Východisková legislatíva pre oblasť LTC do roku 2018</i>	12
4.2 <i>Zavedenie ošetrovateľstva do zariadení sociálnych služieb</i>	13
4.3 <i>Prvé štandardy pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta a ich význam v riadení rizika destabilizácie</i>	15
4.4 <i>Zmeny v legislatíve pre LTC v rokoch 2021 - 2022, následná a dlhodobá starostlivosť prvýkrát v zákone a štandardných postupoch</i>	17
4.4.1 <i>Vývoj prvých štandardov pre dlhodobú starostlivosť v gescii MZ SR</i>	17
4.4.2 <i>Prvá legislatívna definícia následnej a dlhodobej starostlivosti</i>	19
4.4.3 <i>Oznamovanie údajov na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti</i>	20
5. ĎALŠIE NÁRODNÉ PROJEKTY NA PODPORU RIADENIA RIZIKA DESTABILIZÁCIE VÁŽNE A DLHODOBO CHORÝCH (SENIOR BOXY, PORTÁL MALINA)	21
6. ŠTÚDIUM PRÍKLADOV DOBREJ PRAXE RIADENIA KVALITY V LTC VO VYSPELOM ZAHRANIČÍ V SPOLUPRÁCI SO ZAHRANIČNÝM EXPERTOM, ODPORÚČANIA PRE SLOVENSKÚ PRAX	26
6.1 <i>Analýza príkladu dobrej praxe a legislatívy vo vyspelom zahraničí</i>	26
6.2 <i>Záverečné odporúčania a podnety</i>	34

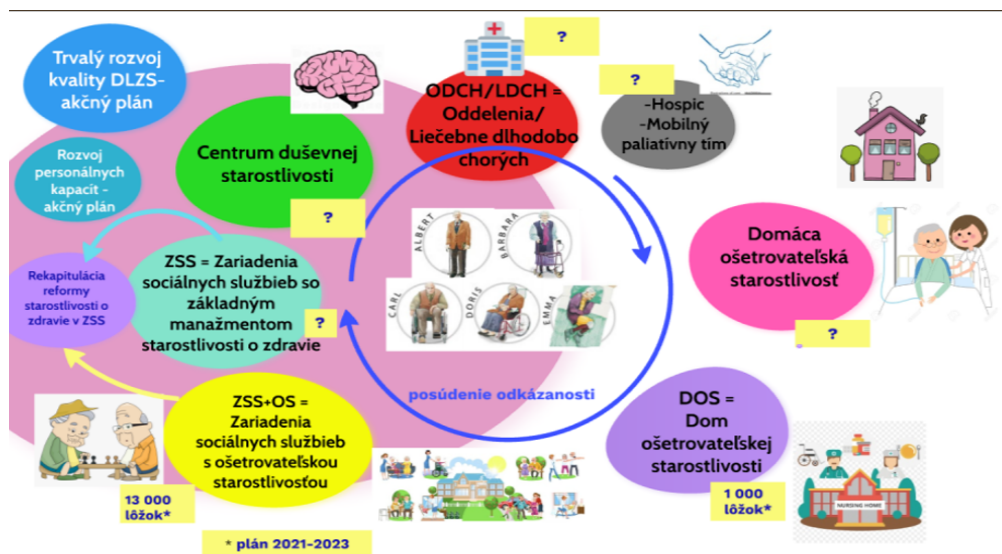
1. Analýza súčasného stavu a monitoring LTC pobytových zariadení v SR ako impulz projektu “Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu (národná úroveň)”

Pri posúdení súčasného východiskového stavu LTC je potrebné poukázať na fakt, že LTC poskytovaná v rámci štruktúr zdravotníckeho systému je orientovaná predovšetkým na geriatrických a chronicky chorých pacientov. Poskytuje sa prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS); mobilných hospicov; ambulantnej starostlivosti (geriatrické ambulancie); ústavnej starostlivosti (oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach) a v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach predovšetkým v liečebniach pre dlhodobo chorých, psychiatrických nemocniciach, domoch ošetrovateľskej starostlivosti, hospicoch, zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a pod. Všetky uvedené typy zdravotnej starostlivosti sú financované zdravotnými poisťovňami. Mimo nemocníc sa na financovaní starostlivosti podieľa v individuálnej miere aj samotný prijímateľ služby, pretože v mnohých prípadoch zdroje zdravotných poisťovní nepokryjú ekonomicky oprávnené náklady poskytovateľov.

Súčasťou, akousi “predĺženou rukou” zdravotníckeho systému v oblasti dlhodobej starostlivosti je tiež poskytovanie alebo zabezpečovanie zdravotnej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Všetky druhy poskytovateľov dlhodobej starostlivosti v rámci štruktúr zdravotníckeho a sociálneho systému tvoria sieť služieb, resp. ich poskytovateľov (pozri Obr. č. 1).

Pacient a jeho blízki sa bežne stretávajú s nízkou úrovňou vzájomnej komunikácie poskytovateľov v oblasti podpory bezpečnej cesty pacienta s cieľom čo najvyššej ochrany zdravia a včasnej pomoci. Charakteristické je poddimenzovanie kapacít jednotlivých poskytovateľov, resp. ich nedostatočný počet, podfinancovanie jednotlivých druhov služieb, nedoriešené úhrady pre konkrétne situácie a stavy, ktoré majú priamy dopad na kvalitu i dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Služby poskytovateľov sú výrazne orientované na riešenie už vzniknutých problémov a komplikácií zhoršenia zdravotného stavu a s tým súvisiaceho sociálneho statusu, pričom tento jav je dôsledkom nastavenia legislatívy a mechanizmu úhrad za starostlivosť.

Obr. č. 1 Sieť poskytovateľov LTC v rámci štruktúr zdravotníckeho a sociálneho systému



Poznámka autorov: Otázniky symbolizujú prítomnosť nedoriešených problémov a deficitné procesy s dosahom na kvalitu a dostupnosť starostlivosti

Dlhý zoznam neriešených problémov a komplikácií v praxi dlhodobej starostlivosti stále rastie, súčasne je stále príležitosť to zmeniť v rámci plánovanej reformy dlhodobej starostlivosti na základe Plánu obnovy a odolnosti. V súvislosti s realizovanou novelizáciou súvisiacej legislatívy (pozri ďalšie kapitoly) sa pravdepodobne zlepšia podmienky pre poskytovanie paliatívnej starostlivosti a ústavnej ošetrovateľskej starostlivosti. Domácej ošetrovateľskej starostlivosti bol venovaný veľmi malý priestor, napriek tomu, že v dlhodobej starostlivosti je kľúčová. Autori tohto dokumentu boli tiež súčasťou odbornej pracovnej skupiny so sestrami z oblasti domácej ošetrovateľskej starostlivosti, a predložili návrhy, materiály, ktoré by znamenali progres, viac zachránených životov, vyššiu spokojnosť pacientov, efektívizáciu, dostupnosť starostlivosti, či menej hospitalizácií. Navrhovali sme rôzne nástroje na zvýšenie koordinácie dostupnosti zdravotnej starostlivosti a rovnako na rozvoj jej prevencie a komplexnosti v súlade s existujúcim štandardom o komplexnom a preventívnom ošetrovateľskom manažmente. Mnohé návrhy neznamenal automatické navýšenie výdavkov, napríklad zefektívnenie procesov v oblasti indikovania starostlivosti cestou, posilnenia kompetencií sestier - špecialistiek. Z dôvodu nesplniteľných kritérií mnohí poskytovatelia nedostali príležitosť modernizovať, či rozširovať existujúce zázemie, napriek tomu, že roky fungujú vo veľmi ťažkých podmienkach a ošetrojú najťažšie stavy bezvládnosti a choroby.

Je veľmi potrebné zvýrazniť, že napriek nemalým investíciám a reformám v oblasti dlhodobej starostlivosti **Plán obnovy (www.planobnovy.sk) neobsahuje opatrenia alebo nástroje na riadené a systémové zvyšovanie kvality prepojenej zdravotnej a sociálnej starostlivosti o vážne a dlhodobé choroby v pobytových zariadeniach, aj keď deklaruje zabezpečenie kvalitnej, dostupnej a komplexnej podpory ľudí s potrebou dlhodobej a paliatívnej starostlivosti.** Cieľom Komponentu 13 Dostupná a kvalitná dlhodobá sociálno-zdravotná starostlivosť je pripraviť Slovensko na rýchle starnutie obyvateľstva. Poskytovaním tejto starostlivosti sa zvýši inklúzia osôb so zdravotným postihnutím do spoločnosti v súlade s ich právami obsiahnutými v Dohovore OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím ako aj miera ich sociálnej ochrany. Reformami a investíciami plánuje zvýšiť prepojenie a efektívnosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti a ich odolnosť voči kritickým situáciám. Plánuje naštartovanie procesu digitalizácie verejnej správy v oblasti poskytovania integrovanej dlhodobej starostlivosti, vrátane digitalizácie rozhodovacích procesov. Pre naplnenie tohto cieľa sú nevyhnutné nasledujúce reformy a investície, za ktoré zodpovedá alebo sa spolupodieľa na príprave MPSVR SR.

O projekt *“Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobé choroby v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu”* sme sa uchádzali ako pracovisko a tím profesionálov pod vedením manažérov na vrchole svojich skúseností s budovaním, vedením a riadením ošetrovateľskej starostlivosti na vysokej kvalitatívnej úrovni. V oblasti manažmentu starostlivosti o vážne a dlhodobé choroby seniorov pôsobíme viac ako 20 rokov. Sme najocenennejším komplexom zariadení v oblasti starostlivosti o vážne a dlhodobé choré a krehké osoby na Slovensku. Vo svojej praxi už roky používame svetovo uznávaný model komplexného manažérstva kvality (TQM) Európskej nadácie pre manažérstvo kvality (EFQM). Priekopnícku prax našich pracovísk teda inovujeme cestami, ktoré **zrkadlia potreby a očakávania klientov, sú orientované na výsledky služieb a usilujú o výnimočnosť organizácií.** V nadväznosti na víziu budovať najoptimálnejší model starostlivosti o vážne a dlhodobé choroby, inšpirovaní vyspelou zahraničnou praxou, sa v posledných rokoch usilujeme aktívne participovať na tvorbe politík v oblasti dlhodobej starostlivosti v podmienkach našej krajiny,

keďže v praxi každý deň vnímame nedostatky a stagnujúci progres v tejto problematike. Problémom je podceňovanie ošetrovateľskej starostlivosti v sociálnom sektore a nedoceňovanie sociálnej starostlivosti v zdravotníckom sektore. Osoby bývajú z nemocníc prepustené často vo veľmi zlom stave (ne-) uspokojovania najzákladnejších potrieb. Potrebná je kontinuálne nadväzujúca ošetrovateľská starostlivosť bez podcenenia sociálnych a duchovných potrieb. Zamerať sa treba na bežné ošetrovateľské riziká, resp. problémy ako nozokomiálna infekcia, porucha prehĺtania, dehydratácia, rozvinutý imobilizačný syndróm, dekubity, malnutícia, depresia, výrazný pokles mentálnych a pohybových schopností, pokles sebestačnosti. Žiaľ, **ošetrovateľský aspekt, no tiež sociálny aspekt v starostlivosti o bezvládných a polymorbídnych osôb stále zďaleka nezodpovedá reálnym potrebám, na čo krehkí pacienti doplácajú ďalšími zdravotnými a sociálnymi komplikáciami.** V hre sú aj očakávania blízkych, ktoré zďaleka nie sú naplnené. Rodiny pacientov sú mnohokrát nepríjemne zaskočené úrovňou kvality služieb o najbezvládnejších. Môže to byť inak. Detailne poznáme procesy riadenia domu ošetrovateľskej starostlivosti, keďže sme založili a až do súčasnosti napriek obrovským prekážkam prevádzkujeme úplne prvý dom ošetrovateľskej starostlivosti na Slovensku, ktorý bol zároveň prvým slovenským ústavným zdravotníckym zariadením vybudovanom sestrami. Dôverne tiež poznáme prevádzkovanie zariadení sociálnych služieb s ošetrovateľskou starostlivosťou, pretože to my sme iniciovali zavedenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti do zariadení sociálnych služieb cestou ošetrovateľského paušálu.

Stabilizácia a zlepšenie kvality života dlhodobo chorých predpokladá realizáciu činností, v prvom rade k zvládnutiu akútnych, život ohrozujúcich rizík, liečby rán, zlepšenia stavu nutrície. Tieto a mnohé ďalšie intervencie je potrebné dennodenne plánovať, realizovať a hodnotiť ich efekt. Nemožno hovoriť iba o ošetrovateľských výkonoch (napríklad podanie injekcie, infúzie alebo preväz rany). Ošetrovateľstvo nie je manufaktúrou, kde výroba produktu či výkon funkcie má svoje presné časové ohraničenie a výstupný produkt rovnakú definíciu. Pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, sa uplatňujú zásady holizmu a komplexnosti, inak by pacient po realizovaní výkonu zostal v pomyselnom vákuu. Pacient, predovšetkým vážne a dlhodobo chorý potrebuje komplexný ošetrovateľský manažment. V ZSS Slnečný dom to takto dlhodobo funguje nad rámec legislatívnych požiadaviek pre ZSS v SR, a to aj na základe dlhodobého porovnávania sa a prenášania osvedčených zahraničných postupov zo zahraničnej praxe. Zariadenie vzniklo na základe výnimočných skúseností z vybudovania prvého lôžkového zariadenia vedeného zdravotnými sestrami. Za zriadením ZSS Slnečný dom stojí silný tím odborníkov, ktorý pôsobí v oblasti poskytovania starostlivosti dlhodobo chorým a umierajúcim seniorom od roku 2001. Za svoju priekopnícku a činorodú prácu získal viacero významných ocenení ako je Sestra roka 2010 v kategórii manažér, Cena predsedu PSK za moderný, profesionálny a pokrokový prístup k vážne a dlhodobo chorým, Národnú cenu kvality v roku 2014 z rúk prezidenta SR. Vďaka zavedenému komplexnému manažérstvu kvality podľa modelu výnimčnosti EFQM **Slnečný dom už roky pôsobí ako akási pilotná základňa, kde sa neustále prehodnocujú, aktualizujú a vznikajú nové, dokonalejšie prístupy v organizácii starostlivosti.** Charakteristická je výnimočná profesionalita. Nástrojom kvality sú sestry, ktoré sú systematicky trénované a koučované pre optimálny manažment zdravia, prevencie zhoršovania, a očakávaných komplikácií. Za všetko hovoria monitorované ukazovatele kvality starostlivosti. V Slnečnom dome sa rany hoja, depresia ustupuje, rovnako ako ťažká podvýživa, v mnohých prípadoch, aj v takých, kedy by to už nikto nepredpokladal. Na koncepcii starostlivosti sa spolupodieľa ošetrovaný klient a jeho blízky. V centre záujmu je predovšetkým klient a jeho blízki, ich potreby a očakávania. Výstupom sú nielen výborné výsledky a plnené kritériá starostlivosti ale tiež spokojnosť klientely. Pozícia pokrokového a výnimočného ZSS, proklientsky orientovaná stratégia zariadenia s dôrazom na kvalitu poskytovaných služieb a princípy etiky, výnimočné, na národnej úrovni ocenené know - how pre zabezpečenie starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých vyvíjané v podmienkach tejto krajiny, výnimočné výsledky v oblasti spokojnosti i v originálne a samostatne vytvorených indikátoroch starostlivosti boli spracované

do desiatky návrhov a riešení pre oblasť zavedenia ošetrovateľskej starostlivosti do praxe LTC zariadení. Intenzívne sme nielen upozorňovali na potrebu prepojenia sociálnej a zdravotnej starostlivosti, ale zároveň aktívne a konštruktívne tvorili dokumenty, návrhy riešení pre prax. Mnohé z nich napokon uspeli v dôležitej fáze rámcového definovania koncepcie dlhodobej starostlivosti. Predovšetkým vďaka nášmu zaniu, obetovaniu a intenzívnej, dobrovoľnej práci v skupine k tvorbe koncepcie k dlhodobej starostlivosti pri MZ SR, došlo napokon k **prevratnej zmene - 15.8. 2017, minister zdravotníctva Tomáš Druker na tlačovej konferencii avizoval povinné financovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS pre najmenej 10 000 lôžok.**

Táto revolučná zmena položila veľmi dobrý základ pre systematické zavedenie ošetrovateľskej praxe v ZSS. Čaká nás ešte ďalšia etapa – **ponúknuť efektívne, praktické uplatniteľné riešenia, ktoré pomôžu zaviesť udržateľný rast kvality do väčšiny financovaných zariadení.** Ak by takýto kontext chýbal, môže sa ľahko stať, že financie síce do ZSS prídu ale starostlivosť nebude prinášať pozitívne výsledky. V súčasnosti v ZSS a ani v ďalších pobytových zariadeniach v oblasti LTC nie je zo strany štátu, špecificky kontrolovaná a riadená úroveň poskytovanej starostlivosti o zdravie pacientov. Sú definované štandard, no **nie sú definované kritériá kvality ošetrovateľskej starostlivosti**, ktorých dosahovanie by bolo pozitívnou motiváciou pre poskytovateľa, **do procesu posudzovania kvality sporadicky vstupuje zdravotná poisťovňa, ktorá však nie je v posudzovaní nezávislá, ba ani kompetentná.** **Dohľad nad zdravotnou starostlivosťou je realizovaný kompetentným úradom (ÚDZS) nie však proaktívne, systematicky, ale iba v prípade podnetov zo strany napríklad pacientov alebo ich rodinných príslušníkov. Tieto východiská pre udržateľný rozvoj kvality nemôžu stačiť.** V našom komplexe zariadení takéto kritériá máme – sú dlhodobo definované a vyvíjané, rovnako ako procesy a metodiky k ich dosiahnutiu. Každé zhoršenie analyzujeme z hľadiska príčinných súvislostí. Vďaka analýzám, ktoré realizujeme od r. 2012, v súčasnosti disponujeme stovkami záznamov čeklistov k zhoršeniu zdravotného stavu, na základe ktorých sme vytvorili a do praxe zapracovali stovky inovácií, ktoré výrazne znižujú riziko predčasnej destabilizácie, či dokonca smrti. **Z praktických skúseností našej organizácie vyplýva, že je to dôležitá a zložitá agenda, ktorá však zásadne ovplyvňuje kvalitu a dĺžku života pacientov.**

Žijeme v dobe dynamického rozvoja takmer vo všetkých aspektoch kvality života človeka a spoločnosti. Rozvoj komunikačných a informačných technológií, systémov riadenia, boom startupov je určite veľkým pozitívom, no na druhej strane **stagnácia vývoja služieb pre jednu z najbezbrannejších skupín obyvateľstva je spoločensky neakceptovateľnou disproporciou a diskrimináciou zároveň.** Ochrana života a zdravia je jedným zo základných práv každého občana našej krajiny. **Bez kvalitnej starostlivosti sa starý, chorý a bezvládný človek ocitá vo vákuu bez pomoci a očakávané hrozby vážne ohrozujú jeho život.** Pocity nespokojnosti, bezmocnosti a beznádeje blízkych sú absolútne opodstatnené.

Financovanie a štandard kvality sú základnou podmienkou zavedenia ošetrovateľskej starostlivosti, ale nie nástrojom udržateľného rozvoja kvality ošetrovateľskej starostlivosti v LTC. **Pre intenzívny rozvoj kvality LTC je potrebný trvalý motivačný, prípadne riadiaci nástroj.** Všetky moderné organizácie sveta sa orientujú na merateľné výsledky, žiaduce ukazovatele, a tento princíp komplexného manažerstva kvality (ďalej „TQM“) je nevyhnutné aplikovať aj sféry starostlivosti o zdravie bezvládných seniorov v LTC zariadeniach.

Hlavným cieľom projektu „Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu“ (ďalej len „Projekt“) je ponúknuť efektívne riešenia, ktoré pomôžu zaviesť princípy totálneho manažerstva kvality na základe merania kritérií, ktoré budú súčasťou stratégie udržateľného rastu kvality, štátom financovaných zariadení. Vnímame ako nevyhnutné - kreovať nielen

primerané ukazovatele, no predovšetkým nástroje na zavedenie a udržateľný rozvoj kvality poskytovateľa v oblasti zvládnutia rizika destabilizácie pacienta a tieto nástroje efektívne implementovať do praxe zariadení dlhodobej starostlivosti.

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

Úroveň starostlivosti o najstarších a najbezvládnejších zrkadlí klímu morálky a spoločenskej zodpovednosti danej krajiny. Problematika ochorení, problémov súvisiacich s vysokým vekom je zložitá a vyžaduje si kompetencie a odborné predpoklady.

My, sestry, dokážeme veľmi jasne identifikovať nedostatky súčasne nastaveného systému a rovnako zreteľne, na základe našich skúseností vidíme riešenia, ako uvedený status zmeniť k lepšiemu. Prevziať zodpovednosť za advokáciu chorých môžeme mnohými spôsobmi. Je iba na nás, ako bude ošetrovateľská starostlivosť o krehkých seniorov vyzeráť o 30 rokov. Je na nás, do akej miery sa zhostíme úlohy pokrokových inovátorov, ktoré pre zavedenie prepotrebných zmien sú ochotné aj čo – to obetovať. Aj napriek zložitým podmienkam, je naďalej potrebné ďalej generovať cesty, ako rozvoj kvality a etiky starostlivosti o túto bezbrannú skupinu chorých podporiť. Veľká časť úspechu tkvie v ochote osvojiť si nové, lepšie praktiky. Aj pri najlepšej vôli niektoré veci nemožno realizovať bez korekcie podmienok a prostredia, v ktorom pracujeme, ani tu však nie je na mieste rezignácia. Vyjadrujeme presvedčenie, že aj prostredníctvom tejto stratégie sa podarí naplniť zámer systematického, cieľavedomého a úspešného rozvoja kvality starostlivosti, a tým aj kvality zdravia života vážne a dlhodobo chorých seniorov nielen v prostredí inštitucionálnych zariadení pre dlhodobú starostlivosť.

Nie je jednoduché nájsť **účinný nástroj na celonárodné, etické, efektívne a úspešné zvyšovanie kvality**. Takýto nástroj je potrebné pilotne kreovať a vyvíjať priamo v praxi po dobu rokov. Sme presvedčení, že vzhľadom na **nadpriemerné výsledky našej práce, výborné pochopenie systému manažérstva kvality a jeho úspešnú implementáciu v praxi, môžeme byť naďalej nielen príkladom a vzorom, ale tiež úspešným architektom národnej koncepcie efektívneho zavedenia systému manažérstva kvality, ktorá bude zahŕňať prvky motivácie, systémovosti a udržateľného rozvoja**. Jej poslaním bude predovšetkým merať a znižovať predčasné a zbytočné úmrtia vážne a dlhodobo chorých vďaka aplikácii komplexného riadenia rizika destabilizácie.

Cieľom projektu je teda ponúknuť efektívne riešenia, ktoré pomôžu zaviesť princípy TQM prostredníctvom merania kritérií. Tieto riešenia budú súčasťou stratégie udržateľného rastu kvality, štátom financovaných zariadení.

Hlavnou aktivitou projektu je **príprava konceptu stratégie implementovania riadenia rizika destabilizácie pre vážne a dlhodobo chorých v SR v kontexte manažérstva kvality** (ďalej len „Koncept stratégie“), ktorej výsledkom bude koncept stratégie vypracovaný na základe analýzy súčasného prostredia a vypracovaných metodík, ktoré následne otestujeme v praxi pilotným skúšaním s pomocou QRNM implementačného tímu a na základe výstupov skúšania stratégie finalizujeme do prakticky uplatniteľnej podoby. V závere dokumentu ponúkame ako **výstup projektu návrh komplexného riešenia verejnej politiky s cieľom zvýšenia úrovne kvality LTC na Slovensku na základe riadenia rizika destabilizácie v podobe návrhu na legislatívnu zmenu**.

2. Prečo je manažment rizika zhoršenia zdravia dôležitý? Identifikovanie problémov a rizík

V nasledujúcej kapitole vyberáme časť kľúčových faktorov, no tiež typických problémov, ktoré sa podieľajú na pokračujúcom zhoršení stavu vážne a dlhodobo chorých pacientov. V prípade včasnej a adekvátnej zdravotnej starostlivosti v prepojení na sociálne a duchovné aspekty existuje veľká šanca, že tie príčinné faktory zhoršenia a tiež problémy budú eliminované alebo aspoň výrazne redukované. Zároveň platí pravidlo, že v prípade, že zásah ošetrovateľského personálu nebude kontinuálny, včasný a adekvátny, stav pacienta sa zhorší. Pri zostavovaní typických problémov a rizík pacientov v LTC sme vychádzali z našich skúseností a podkladov pri kreovaní prvých národných štandardov pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta a dlhodobú starostlivosť.¹

2.1 Syndróm krehkosti, identifikovanie problémov a rizík pacientov v LTC

Syndróm krehkosti

Krehkosť bezvládneho seniora je definovaná celým spektrom rizík. Pre mnohé riziká pritom platí, že aj keď sa už parciálne naplnili, senior neprestáva byť ohrozený ich zhoršením. V starostlivosti je preto nevyhnutné orientovať sa nielen na riešenie už existujúceho problému, ale zároveň aj na posilnenie nástrojov prevencie. Problematika rizík je pritom nesmierne rozsiahla a jej zložitosť umocňuje fakt, že akékoľvek riziko súvisí s ďalším, prítomnosť jediného rizika potencuje rozvoj ďalších ohrození. Nebezpečná je tiež naliehavosť, latentný priebeh, nízky a často nulový potenciál pacienta verbalizovať súvisiace ťažkosti. V snahe spísať akýsi zoznam rizík zisťujeme, že tento zoznam akoby nemal konca, a tak neostáva nič iné, iba na základe empirie menovať typické a časté hrozby, s ktorými je nevyhnutné v komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti rátať. Okrem vážnych rizík súvisiacich s uspokojovaním biologických potrieb, ako je napríklad riziko dehydratácie, podvýživy apod., sú tu mnohé ďalšie riziká patofyziologického charakteru (riziko embólie, pneumónie, rozvoja imobilizačného syndrómu), či riziká súvisiace s poruchou kognitívnych funkcií (riziko zabudenia, úrazu, pádu), no tiež hrozby psychosociálneho charakteru (riziko depresie, smútku, neprimeranej adaptácie apod.). Zároveň platí, že postačuje **nezvládnutie jediného rizika a život pacienta môže byť v ohrození**.

Riziko malnutrície

Výživa je jednou z oblastí, ktorá býva v nemocničnej starostlivosti najviac zanedbávaná. Vysoko rizikovou skupinou sú gerontologickí pacienti, ktorí tvoria najväčšiu skupinu malnutríciou ohrozených osôb (Kapounová, 2007). Malnutricia nie je častá iba u pacientov pred prijatím do nemocnice. Približne 30 % prípadov sa vyvinie v nemocnici ako iatrogénna malnutricia. Potrebu štandardizácie manažmentu rizika malnutrície zdôrazňuje fakt, že až 70 % pacientov, ktorí prichádzajú do nemocnice už s rôznym stupňom malnutrície, sa v priebehu pobytu v nemocnici stav malnutrície výrazne zhorší. U 3 – 4 % hospitalizovaných je malnutricia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie k smrti pacienta (Zadák, 2002). Podľa Lukáša (2014) seniori vo veku nad 75 rokov sú malnutríciou postihnutí v 50 - 80 %.

¹ <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-osetrovatelstvo/>;
<https://www.standardnepostupy.sk/standardy-dlhodoba-starostlivost/>

Riziko poruchy emotivity a správania

Behaviorálne a psychické príznaky sa vyskytujú takmer vždy pri stredných a ťažkých demenciách. Patria medzi ne predovšetkým poruchy správania, pridružené psychotické poruchy, poruchy emotivity a poruchy cyklu bdenie-spánok (až spánková inverzia). Poruchy správania pritom narastajú až do ťažkých štádií a podôb spojených s agresivitou proti predmetom a osobám, časté úteky, potulovanie, upútavanie pozornosti, neúčelné aktivity. Mierny ale neustály nepokoj označujeme ako agitovanosť, inkontinencia moču alebo stolice je častá v ťažkých štádiách. Epizodicky sa objavujú psychotické príznaky, konkrétne halucinácie a zrakové alebo sluchové ilúzie (Lukáš, 2014).

Imobilizačný syndróm

Imobilizačný syndróm (IS) je charakterizovaný ako celková odozva organizmu na kľudový režim. Jediniec je v súvislosti s imobilitou ohrozený poškodením jednej alebo niekoľkých orgánových sústav (Vytejková, 2011). Podľa Kalvacha (2008) je **imobilizačný syndróm klasický geriatrický syndróm**, ktorý je odrazom závažnej akútnej dekompenzácie zdravotného stavu a terminálnej fázy geriatrickej krehkosti. Najvýraznejšie zmeny počas dlhodobej imobility sa prejavujú na kostrovom a svalovom systéme (Kozierová, 1995). Podľa Vytejkovej (2011) prvé následky imobility sa môžu začať objavovať už po niekoľkých hodinách pripútania na lôžko a k patologickým zmenám dochádza už v priebehu 7 dní. Svalová sila u imobilného pacienta v priebehu 4-6 týždňov klesá až o 40% (Kalvach, 2008). Z hľadiska komplexného preventívneho prístupu v kontexte efektívneho ošetrovateľského manažmentu rizika, je potrebné uvedomiť si rozvoj komplikácií a manifestáciu príznakov IS spadajúcim k jednotlivým orgánovým systémom: kardiovaskulárny systém, dýchacie ústrojenstvo, gastrointestinálny trakt, pohybový systém, kosti, psychika, kožná integrita (Kapounová, 2007).

Prítomnosť a riziko vzniku dekubitov

Dekubitus je poškodenie bunkového tkaniva, ktoré postihuje kožu, svaly, šľachy až kosti (Kapounová, 2007).

Narušená integrita kože – preležanina (tlaková rana) je spôsobená prerušením obehu krvi v tkanivách, následkom je ischémia – nedokrvenosť tkaniva. Pri ischémii majú bunky nedostatok kyslíka a výživných látok a hromadia sa v nich odpadové produkty metabolizmu. Následkom anoxie tkanivo odumiera. Tkanivo je stlačené medzi dvoma tvrdými podložkami, najčastejšie medzi posteľou a kosťou. Dlhodobý neprerušovaný tlak poškodzuje malé cievy (mikrocirkulácia), čo sa pokladá za najvýznamnejší dôsledok pôsobenia tlaku. Najmenej odolné je tukové a svalové tkanivo, ktoré sú uložené v hĺbke, a preto tlakové poškodenie postupuje z hĺbky na povrch a nie opačne. Preležaniny sa tvoria veľmi rýchlo, niekedy sa popisuje čas už niekoľko desiatok minút až hodín (Kubešová, 2003). Výskyt dekubitov patrí k významným kritériám hodnotenia kvality ošetrovateľskej starostlivosti. Medzinárodný klasifikačný systém NPUAP/EPUAP pre dekubity v dokumente Clinical Practice Guideline definuje dekubit ako tenzný vred vznikajúci ako výsledok tlaku alebo tlaku v kombinácii so šmykom (<https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>).

Dekubity patria do kategórie chronických rán. Napriek pokroku dekubity zostávajú stále vážnym problémom so značným medicínskym, spoločenským, sociálnym a ekonomickým rozmerom. Výrazne komplikujú starostlivosť o pacienta, zvyšujú riziko infekčných ochorení, spôsobujú bolesť a utrpenie, dokonca môžu ohroziť pacienta na živote. Generujú značné finančné náklady pre

zdravotnícky a sociálny systém. Podľa výsledkov skúmania v SR (Krajčík, Bajanová, 2012) u pacientov pripútaných na posteľ min. 1 týždeň sa dekubity zistia u 7,7 %. **Najviac ohrození, až 70% , sú ľudia starší ako 70 rokov.** Vysoký výskyt je na oddeleniach dlhodobej starostlivosti (1/4 až 1/3 pacientov), z toho na geriatrických oddeleniach u 11,5% a na LDCH 15,7% pacientov, u 12 – 13 % obyvateľov ústavov pre starých ľudí vznikne dekubit v priebehu 1 roka. Najvyšší výskyt je u pacientov s kvadraparézou 33 – 60%, vozičkári 25%. Udáva sa, že skutočný výskyt dekubitov v SR je 20-krát vyšší pri aktívnom pátraní, ako je oficiálne udávaný výskyt. Alarmujúce je, že výskyt dekubitov sa neznižuje. Pre starnutie obyvateľstva, zmeny demografických parametrov a štruktúry ochorení sa tento problém v celosvetovom meradle stupňuje.

Riziko utrpenia a bolesti v súvislosti s umieraním

Zmierňovanie utrpenia tým chorým, ktorým už zdravie navrátiť nemožno, je súčasťou jednej z najvýznamnejších definícií ošetrovateľstva ako vedy. Terminálna starostlivosť je súčasťou paliatívnej starostlivosti, predstavuje starostlivosť o pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta v posledných dňoch a hodinách pred úmrtím. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) deklaruje rozvoj paliatívnej starostlivosti ako jednu z prioritných oblastí rozvoja zdravotníctva a sociálnej starostlivosti (National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines, Geneva, 2002). Požiadavka na implementovanie paliatívnej starostlivosti do systému zdravotnej starostlivosti v Európskom kontexte bola vyslovená na Parlamentnom zhromaždení Rady Európy v deklarácii č. 1418 z roku 1999 o „Ochrane ľudských práv a dôstojnosti terminálne chorých a zomierajúcich“. V našich podmienkach je zakotvená starostlivosť o nevyliciteľne chorých a umierajúcich v Charte práv pacientov na Slovensku (článok 8).

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

FRAIL TEST (tri a viac bodov svedčí pre frailty, 1-2 znamená vyššie riziko)

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

Rozsudok „prílišnej krehkosti“ nesmie byť braný za oprávňujúci k terapeutickému nihilizmu. Ten, kto je krehký, má iba vysoké riziko straty funkcie a preto sú títo ľudia cieľovou skupinou prevencie. Krehkosť je stavom so znížením funkčných rezerv. Jej klasickými príznakmi sú zmätenosť a pády. Diagnóza krehkosti sa opiera o merateľné hodnoty, ktoré sú ovplyvniteľné intervenciami:

- svalovo – kostrové funkcie (pohyblivosť, sila)
- aeróbny výkon (vytrvalosť)
- kognitívna a interaktívne-neurologická funkcia (poznávacie schopnosti, rovnováha, koordinácia)

- stav výživy (Schuler, Oster, 2010).

Kabelka (2017) uvádza, že **koncept frailty** bol po prvýkrát súhrnne popísaný Friedovou v roku 2001. Syndróm geriatrickej krehkosti je patofyziologický jav spojený so starnutím a pre starnutie typickými chorobami. Syndróm krehkosti nie je pevne zviazaný s vekovou hranicou, aj keď jeho vyšší výskyt môžeme sledovať skôr od 8. decénia. Záverečná fáza geriatrickej krehkosti (geriatrická deteriorácia) býva v zahraničí označovaná syndrómom zlyhania z prospievania dospelých (geriatric failure to thrive). Frailty syndróm nemožno liečiť, možno ho intervenovať, pričom ide o zásadnú interdisciplinárnu tému (oblasť fyzickej stránky, psychika pacienta, jeho sociálny stav, životná motivácia a spontaneita). Krehkosť nie je synonymom multimorbidity ani disability: multimorbidita je jednou z jej etiologických zložiek a disability jej dôsledkom.

Zásadným aspektom starostlivosti o pacienta so syndrómom krehkosti je schopnosť zdravotníkov tento syndróm diagnostikovať, popísať, zhodnotiť potenciál pacienta a nastaviť adekvátny stav starostlivosti. Iba tak je možné minimalizovať dôsledky a zlepšiť kvalitu života týchto pacientov. Cieľom je vyvarovať sa terapeutickému nihilizmu, no tiež overtreatmentu. Kabelka (2017, s. 78) je „presvedčený z praxe lekára, zo skúsenosti s tisícmi pacientov, že sa stretávame iba s minimom tých, čo tvárou v tvár koncu života odmietajú podporu paliatívnej starostlivosti a prajú si rozhodnutie rýchle a okamžité, bez možnosti vrátiť sa späť. To platí v geriatrickej paliatívnej starostlivosti o to viac, že väčšina krehkých geriatrických chorých si už svoju „adaptáciu na chorobu a starobu“ prežila a našla cestu k prijatiu i napríklad závislosti či handicapu. Prejavuje sa to absolútnym minimom žiadostí o eutanáziu v tejto skupine chorých.“

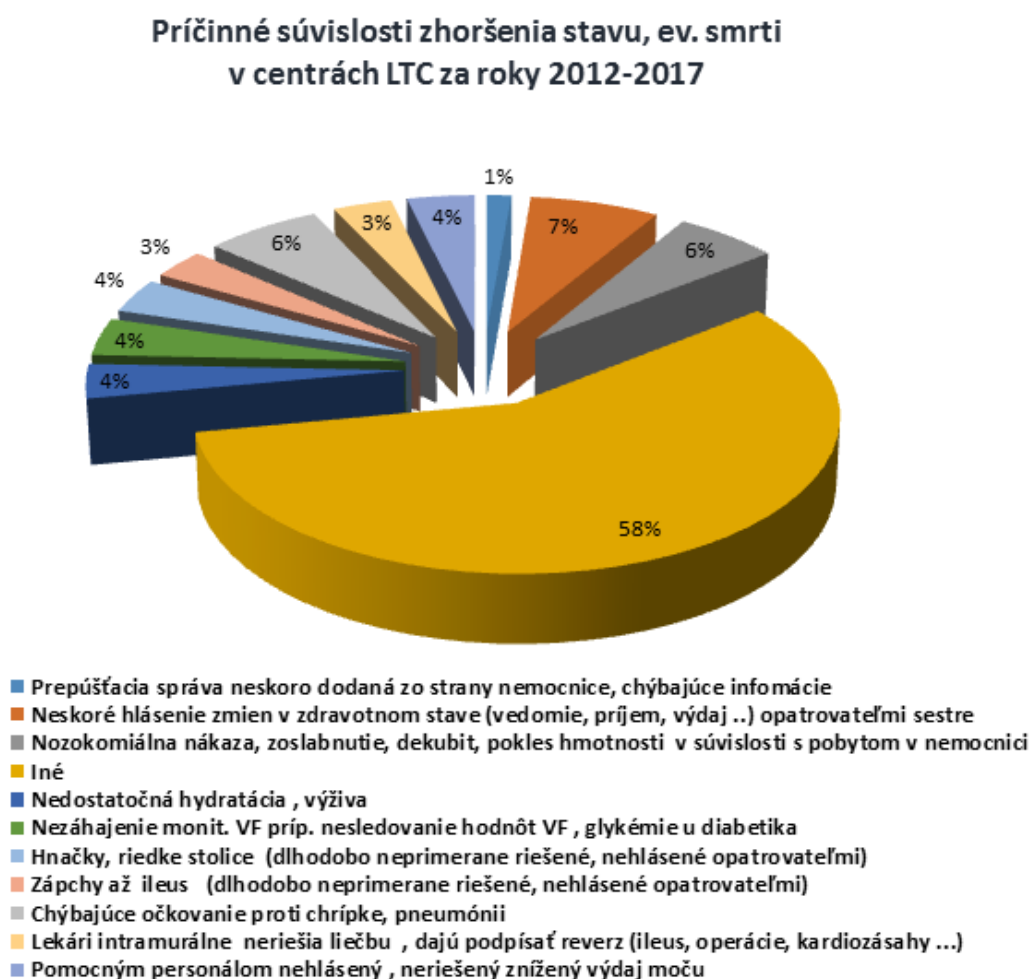
3. Výsledky posúdenia kvality starostlivosti o zdravie, analýza procesov a príčinných súvislostí ovplyvňujúcich kvalitu poskytovanej LTC

V kontexte PDCA cyklu organizácie neustále zvyšujú kvalitu prostredníctvom kritického hodnotenia prístupov, ktoré vedie k ich opakovanej aktualizácii: v komplexe zariadení Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom sa analýza zhoršení zdravia realizuje dlhodobo, prostredníctvom sumarizácie a rozdelenia dát z čeklistov k jednotlivým zhoršeniam. Formuláre sú vyplňané sestrami a hodnotené odborným garantom ošetrovateľskej starostlivosti/manažérom kvality. V Grafe č. 1 ilustrujeme výsledky meraní za obdobie piatich rokov meraní: 2012 – 2017 (01 – 07/2017). Identifikované slabé miesta v rámci interného systému riadenia procesov boli vždy zapracované v rámci inovácií starostlivosti (pozri Graf č. 1). Je dôležité zdôrazniť, že mnohé z príčin presahovali prostredie komplexu zariadení, z čoho vyplýva, že **pri posudzovaní a identifikovaní problémov a rizík, ktoré môžu spôsobiť zhoršenie zdravia pacienta je vždy potrebné hodnotiť faktory v širšom okruhu (externý priestor zariadenia), a nielen v bezprostrednom časopriestore, v ktorom sa pacient nachádza** v situácii zhoršenia zdravia. Je mylné sa domnievať, že nedostatky a opatrenia môžeme realizovať len v rámci nášho pracoviska. Samozrejme, tvorivý manažér dokáže preklenúť aj bariéry, na ktoré zdanlivo nemá dosah. Rovnako, je neprípustné, aby sa manažér zameriaval výhradne na možnosti opatrení vnútri organizácie a to, čo sa deje mimo nej nemá záujem riešiť, pretože za zlyhávajúce procesy mimo zariadenia nemá zodpovednosť. Opak je pravdou, v etickom manažmente riešime problémy takým spôsobom, aby priniesli úžitok nielen v „našom“ zariadení a v rámci „našej“ starostlivosti, ale **usilujeme o celkovú evalváciu procesov a služieb, napríklad v rámci regiónu, pretože v konečnom dôsledku posúvame úroveň kvality vyššie v jej širšom kontexte**, čo celkom iste pozitívne ovplyvní aj kvalitu a výstupy interných procesov organizácie. Identifikované **slabé miesta externého**

charakteru (napríklad nemocnice a v nich zlyhávajúca základná ošetrovateľská starostlivosť, celkový zlyhávajúci systém zdravotnej a sociálnej starostlivosti) boli kompenzované úpravou interného systému procesov organizácií s dosahom na externé služby (napr. kontrola klienta ZSS počas pobytu v nemocnici a jeho intermitentné ošetrovanie každý deň pracovníkom ZSS v rámci plánovaných denných návštev).

Najčastejšími príčinnými súvislosťami destabilizácie v oblasti manažmentu zdravia býva neskoré hlásenie zmien v zdravotnom stave (vedomie, príjem, výdaj, ...) opatrovateľmi sestry; chýbajúce očkovanie proti chrípke, pneumónii; nozokomiálna nákaza, zoslabnutie, dekubity, pokles hmotnosti v súvislosti s pobytom v nemocnici; nedostatočná hydratácia, výživa; nedostatočné sledovanie hodnôt vitálnych funkcií, glykémie u diabetika. Kategória „iné faktory“ však tvorí 58 % z celkového počtu zistení, čo svedčí o **variabilite príčinných faktorov destabilizácií**.

Graf. č. 1 *Analýza príčinných súvislostí zhoršenia stavu*



4. Analýza a zhrnutie platnej legislatívy pre oblasť dlhodobej starostlivosti

4.1 Východisková legislatíva pre oblasť LTC do roku 2018

Zhrnutie legislatívy

- Zákon 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.
- Zákon 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.
- 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.
- Zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- Vyhláška MZ SR č. 92/2018 Z. z., ktorou sa ustanovujú indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a ktorou sa ustanovuje vzor návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.
- Vyhláška MZ SR č. 20/2018 Z. z., ktorou sa ustanovuje minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a výpočet minimálneho počtu lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja.
- Vyhláška MZ SR č. 84/2016 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.
- 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.
- Vyhláška MZ SR č. 89/2018 Z. z., ktorou sa vydáva zoznam zdravotníckych pomôcok, ktoré je oprávnená predpísať sestra alebo pôrodná asistentka.
- Nariadenie vlády SR č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností v znení neskorších predpisov.
- Oznámenie MZ SR č. 35/2018 Z. z. o opatrení z 31. januára 2018 č. 07045-44/2018-OL, ktorým sa mení a dopĺňa opatrenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 30. decembra 2003 č. 07045/2003, ktorým sa ustanovuje rozsah regulácie cien v oblasti zdravotníctva v znení neskorších predpisov.
- Koncepcia odboru ošetrovateľstva
- Koncepcia odboru domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti

- Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti č. 10095/200-OO z 27. februára 2006.
- Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 23471/2008-OZS z 12. decembra 2008, ktorým sa mení odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 10095/2006-OO o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v dome ošetrovateľskej starostlivosti
- Národné štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy (ŠDTP)

LTC sa v rôznych formách poskytuje v dvoch podsystemoch - sociálnom a zdravotnom, ale absentuje jej integrovaný model starostlivosti. Aj keď sa situácia postupne mení, v súčasnosti tvoria zdravotná a sociálna starostlivosť defacto stále dva separátne systémy s minimálnym vzájomným prepojením, tak v oblasti legislatívy ako aj v oblasti priamej koordinácie. Odborníci dlhodobo upozorňovali na potrebu vytvorenia legislatívnej opory ako východiska pre riešenie LTC, minimálne vo forme vymedzenia terminológie a špecifikácie cieľovej skupiny obyvateľstva a rozsahu súvisiacich sociálnych a zdravotníckych služieb.

Podľa vyhlášky MZ SR č. 84/2016 Z. z. z 27. januára 2016, ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, je zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti určené na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe, ktorej zdravotný stav vyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti spojené s predpokladaným pobytom na lôžku v zdravotníckom zariadení presahujúcim 24 hodín (§ 11). **Hospic** (§ 13) je určený na poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobe s nevyliciteľnou a zároveň pokročilou a aktívne progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k smrti. Cieľom zdravotnej starostlivosti poskytovanej v hospici je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia a stabilizácia zdravotného stavu. V hospici možno prevádzkovať aj mobilný hospic. **Dom ošetrovateľskej starostlivosti** podľa § 14 (ďalej len „dom“) je určený na poskytovanie nepretržitej ošetrovateľskej starostlivosti vrátane ošetrovateľskej rehabilitácie osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom, ale vyžaduje nepretržité poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti s predpokladaným pobytom na lôžku presahujúcim 24 hodín, ktorú nemožno vykonávať v prirodzenom sociálnom prostredí osoby. **Práve domy svojou charakteristikou predstavujú potenciál naplňania stratégie pre veľkú skupinu tých osôb, ktorých stav si vyžaduje nepretržitú sesterskú starostlivosť** v kombinácii s kvalitnou základnou ošetrovateľskou starostlivosťou, úkonmi opatrovania a zároveň komplexnou sociálnou starostlivosťou. Len donedávna **naplňanie poslania domov ošetrovateľskej starostlivosti limitovali nedopracované legislatívne podmienky a zložité ekonomické východiská**. Nádej na zlepšenie podmienok pre naplňanie poslania domov priniesli zmeny v legislatívnych opatreniach a cenovom opatrení v rokoch 2022 a 2023.

4.2 Zavedenie ošetrovateľstva do zariadení sociálnych služieb

Silným impulzom pre našu intenzívnu angažovanosť v politike starostlivosti o zdravie bezvládných chorých bola skúsenosť z roku 2016, kedy zo záverov kontroly ošetrovateľských výkonov zo strany zdravotnej poisťovne v ZSS Slnečný dom vyplývalo, že zariadenie nemá takmer žiadne šance na preplácanie dôležitých ADOS výkonov ako je prevencia dekubitov a iných komplikácií, konzultácie s lekárom, plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti, sesterské vizity, monitoring stavu pacienta apod. Financovanie ošetrovateľských výkonov cestou ADOS zdáleka nepokrývala skutočné potreby klientov

a nebolo teda adekvátnym a postačujúcim riešením, no napriek tomu pribúdali skúsenosti ZSS a ADOS, kedy ZP redukovala výkony poskytované v ZSS s odôvodnením, že ošetrovateľská starostlivosť je súčasťou sociálnej služby, ktorá je hradená zo zdrojov mimo ZP. Vysoká úroveň starostlivosti bola považovaná za „zbytočný luxus“, ktorý starí ľudia nepotrebujú. Medzi revíznymi sestrami ZP sa šírila demagógia, že ošetrovateľstvo je vlastne sociálna starostlivosť. Ošetrovateľstvo ako odbor zažívalo „obdobie temnoty“, kedy kompetentní hlboko podceňovali jeho potrebu a význam. Vtedajší šéf rezortu MPSVR tvrdil, že v ZSS nemajú byť chorí ľudia, ktorí potrebujú zdravotnú starostlivosť. Rezortizmus bol na svojom vrchole. Argumentácia, že i pacient v zariadení sociálnych služieb potrebuje starostlivosť o zdravie, 24 hodín denne, 7 dní v týždni, že je to jeho ústavné právo na starostlivosť o zdravie, ktorú garantuje štát všetkým, neobstála. Nasledovala etapa akčného prístupu nielen v kritike dovtedajšieho systému ZS v ZSS, ale tiež oslovenie zainteresovaných strán a tvorby konštruktívnych návrhov pre lepšiu a komplexnejšiu národnú koncepciu. Pri tvorbe tejto koncepcie sme vychádzali z našich skúseností z tvorby optimálneho modelu starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých, v kontexte komplexného manažérstva kvality, na základe inšpirácie vyspelým zahraničím v podmienkach našej krajiny. V súčinnosti s MZ SR a poslancami NR SR (pozri Obr. č. 2) sme dosiahli presadenie nášho návrhu – **zavedenia paušálneho financovania komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci** (ďalej len ZSP).

Obr. č. 2 Stretnutie s poslankyňami NR SR vo veci zavedenia ošetrovateľstva do slovenských zariadení sociálnych služieb (zľava doprava Elena Červeňáková, Alena Mochnáčová, Soňa Gaborčáková, Zuzana Fabianová)



Od r. 2018 je v ZSP financovaná komplexná ošetrovateľská starostlivosť, nielen vybrané výkony v poisťovňou určených, limitujúcich kombináciách, bez ohľadu na skutočné problémy, riziká a potreby pacienta. Financovanie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti cestou paušálu pre **viac ako 10 000 pacientov v zariadeniach sociálnych služieb Slovenska**. Veľkou mierou sme tiež prispeli k vytvoreniu prvých národných štandardných ošetrovateľských postupov, ktoré sa stali základnou podmienkou pre úhradu zo strany zdravotných poisťovní. Regionálne (ministerské) štandardy pre zariadenia sociálnych služieb, resp. zariadenia sociálnej pomoci sú kľúčovým nástrojom pre rozvoj kvality.

Progres vo veci zabezpečenia komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci prináša zákon č. 351 z 21. decembra 2017, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Tento právny predpis umožňuje **poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci zamestnancami, ktorí spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania (§ 10a)**. Zariadenie sociálnej pomoci podľa odseku 6 poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť osobe umiestnenej v zariadení sociálnej pomoci, ktorá spĺňa indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Splnenie indikačných kritérií v súlade so štandardnými diagnostickými postupmi a štandardnými terapeutickými postupmi posudzuje zodpovedná osoba a indikuje všeobecný lekár na základe návrhu zodpovednej osoby o potrebe poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti. Minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately je stanovený vyhláškou MZ SR č. 20/2018 Z.z., ktorou sa tiež ustanovuje výpočet minimálneho počtu lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu podľa podielu jej poistencov na celkovom počte poistencov podľa príslušného samosprávneho kraja.

LTC v rámci štruktúr zdravotného systému je orientovaná predovšetkým na geriatrických a chronicky chorých a poskytuje sa prostredníctvom ADOS; ambulantnej starostlivosti (geriatrické ambulancie); ústavnej starostlivosti (oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach) a v špecializovaných zdravotníckych zariadeniach predovšetkým v liečebniach pre dlhodobo chorých, psychiatrických nemocniciach, domoch ošetrovateľskej starostlivosti, hospicioch, zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a pod. Všetky uvedené typy zdravotnej starostlivosti sú financované zdravotnými poisťovňami. Mimo nemocníc sa na financovaní starostlivosti podieľa v individuálnej miere aj samotný prijímateľ služby, pretože v mnohých prípadoch zdroje zdravotných poisťovní nepokryjú ekonomicky oprávnené náklady poskytovateľov.

Pacienti bývajú z nemocníc prepúšťaní v stave potreby pokračujúcej ošetrovateľskej starostlivosti. Absentuje operatívne, včasné špecifické posudzovanie pacienta pre potrebu následnej zdravotnej starostlivosti a organizácia zabezpečenia následnej starostlivosti. Následnú starostlivosť o bezvládneho pacienta riešia blízki príbuzní, ktorí sú často zaskočení absenciou pomoci pri organizovaní následnej starostlivosti, nevedia posúdiť reálne potreby a zároveň možnosti pomoci v regióne .

4.3 Prvé štandardy pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta a ich význam v riadení rizika destabilizácie

Ďalší progres v oblasti rozvoja kvality starostlivosti v oblasti LTC bol zaznamenaný v súvislosti s **projektom štandardných diagnostických a terapeutických postupov v gescii MZ SR**. Bola to historická príležitosť, ktorú sestry s veľkým zánietením akčne uchopili. Svoje **skúsenosti, predstavy a požiadavky o kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti spracovali v prvých 18 vybraných oblastiach ošetrovateľských problémov** počnúc rizikom malnutrície, až po riziko rozvoja imobilizačného syndrómu. Schválených bolo napokon 17 z nich. Ohromný význam implementácie štandardov sme ilustrovali na dvoch príkladoch štandardov. Napríklad potrebu štandardizácie manažmentu rizika malnutrície zvyrazňuje fakt, že až v 70 % pacientov, ktorí prichádzajú do nemocnice už s rôznym stupňom malnutrície, sa v priebehu pobytu v nemocnici stav malnutrície výrazne zhorší.

U 3 – 4 % hospitalizovaných je malnutrícia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie k smrti pacienta. Druhým príkladom významu šandardizácie v ošetrovateľskej starostlivosti sú zákonitosti vzniku a rozvoja imobilizačného syndrómu. ako sme uviedli v príslušnej kapitole tohto dokumentu prvé následky imobility sa môžu začať objavovať už po niekoľkých hodinách pripútania na lôžko a k patologickým zmenám dochádza už v priebehu 7 dní. Ak manažment pacienta s rizikom imobilizačného syndrómu zlyháva, zákonite vznikajú desiatky vážnych komplikácií ako sú napríklad dekubity, pneumónie a iné infekčné a zápalové ochorenia, embólie, trombózy a pod., ktorých terapia znamená ďalšie úsilie a ekonomické náklady. Primeraný priestor je v štandardoch venovaný tiež etickej komunikácii, edukácii blízkych, či zmierňovaniu utrpenia v posledných štádiách života .

Na prvom workshope odborných pracovných skupín, venovanom vypracovávaniu štandardným diagnostickým postupom sa stretla aj odborná pracovná skupina pre ošetrovateľstvo (pozri Obr.č.3). Aj keď bolo toto stretnutie pôvodne určené autorom štandardu, organizátori sa rozhodli prizvať aj vybraných zástupcov zainteresovaných strán, s ktorými spoločne tvorili námet akčného plánu pre úspešnú a efektívnu implementáciu ošetrovateľských štandardov do ošetrovateľskej praxe, ktorý predložili ministerstvu.

Obr. č. 3 **Prvé slovenské národné štandardné ošetrovateľské postupy** pre komplexný manažment pacienta v rukách autorov a zástupcov zainteresovaných strán. (na fotografii: vtedajšia štátna tajomníčka MZ SR Andrea Kalavská a garant projektu MZ SR profesor Jozef Šuvada)



Národné štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy (ŠDTP)²

- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami správania
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých)
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutrície
- Komplexný ošetrovateľský manažment predchádzania vzniku dekubitov u rizikového pacienta
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci
- Komplexný ošetrovateľský manažment imobilného pacienta
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s chronickou ranou
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s deficitom sebaobsluhy a seba opatery
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s demenciou
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami prehĺtania

² <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-osetrovatelstvo/>

- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta so sondami
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (dieťa)
- Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v súvislosti s diagnostickými vyšetreniami

Základom štandardov sú kapitoly „Posudzovanie“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola „Odporúčania“, kde sú uvedené ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti úspešného riadenia inšpirované dobrou praxou u nás alebo v zahraničí. Autori zdôrazňujú, že potrebná je motivácia poskytovateľov, aby tí, ktorí do tohto náročného procesu implementácie vstúpia boli primerane hodnotení, predovšetkým zdravotnými poisťovňami. Prvé štandardy pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta sme pripravovali s presvedčením, za to, že ak sa ich podarí zaviesť do praxe, je pravdepodobné, že sa poskytovateľom zároveň podarí dosiahnuť lepšie výsledky v definovaných indikátoroch kvality ako doteraz (očakávaný bol napríklad znížený výskyt dekubitov, pneumónií, nárast mobility, sebestačnosti, zlepšenie stavu nutície, pokles destabilizácií pacientov, ale tiež zvyšovanie spokojnosti pacientov a ich blízkych). Používanie štandardov pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta má obrovský význam v riadení rizika destabilizácie v zmysle priameho dosahu na úspešné riadenie rizika destabilizácie v oblasti dlhodobej starostlivosti o krehkých, vážne a dlhodobo chorých.

Prvé štandardy pre komplexný ošetrovateľský manažment boli tvorené na základe spojenia odborných, publikovaných informácií od v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít a overených skúseností s riadením rizík v kontexte totálneho manažerstva kvality na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slnečný dom v Humennom). Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi. Súbor definovaných prístupov efektívneho predchádzania a riešenia už prítomných ošetrovateľských problémov u pacienta je určený predovšetkým pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môže byť rámcovým podkladom, či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax na ďalších pracoviskách. Autori v priebehu dvanástich mesiacov finalizovali prípravu prvých 17 ošetrovateľských štandardov pre komplexný manažment pacienta v kompetencii sestry. Materiál je komplexným návodom pre aplikáciu moderných poznatkov do praxe, užitočným nielen pre manažérov ošetrovateľskej starostlivosti, no tiež pedagógov, a študentov ošetrovateľstva.

4.4 Zmeny v legislatíve pre LTC v rokoch 2021 - 2022, následná a dlhodobá starostlivosť prvýkrát v zákone a štandardných postupoch

4.4.1 Vývoj prvých štandardov pre dlhodobú starostlivosť v gescii MZ SR

Prvé štandardy pre dlhodobú starostlivosť v gescii novovzniknutej OPS MZ SR Dlhodobá starostlivosť boli prijaté v rokoch 2021 a 2022. Predsedníčkou OPS od začiatku jej vzniku bola Zuzana Fabianová. Členmi OPS a ďalším osobami, ktoré tvorili prvé štandardy pre dlhodobú starostlivosť boli predovšetkým sestry, lekári a odborníci na sociálnu starostlivosť z dôvodu potreby multidisciplinárnej spolupráce. V texte dole sú uvedené názvy schválených štandardov, medzi nimi je tiež štandard **Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorého vývoj popisujeme v osobitnej kapitole.**

Je nutné podotknúť, že štandardy sa podporujú v spoločnom celi: definovať nástroje a ukazovatele na zvyšovanie kvality dlhodobej starostlivosti. Napríklad zníženie rizika destabilizácie

Zhrnutie štandardov pre dlhodobú starostlivosť

- Uplatňovanie štandardov pre oblasť dlhodobej starostlivosti môže výrazne zmeniť príbeh pacienta v systéme dlhodobej starostlivosti** (pozri Obr. č. 5). V systéme bez štandardov v domácom prostredí osoby často a zbytočne vznikajú situácie náhleho zhoršenie zdravia, ktorým by bolo možné predísť, následne, počas hospitalizácie v nemocnici dochádza k rozvoju komplikácií, pričom štandardy nám ponúkajú komplexný návod ako im predchádzať. Zlyhávajúci manažment následnej a dlhodobej starostlivosti je príčinou bezradnosti rodiny, ktorá sa nedokáže o svojho príbuzného postarať bez pomoci (pozri Obr. č. 4). V zariadeniach sociálnych služieb a v domácom prostredí sa zdravotné komplikácie a s tým súvisiace psychické a fyzické utrpenie môžu ďalej zhoršovať a vyústiť do nedôstojného odchodu.

Pribeh pacienta v systéme dlhodobej zdravotnej starostlivosti bez štandardov

SOS

Náhla cievna mozgová príhoda, náhle ochrnutie a Náhla strata mobility, sebestačnosti

Hospitalizácia

Kontrakúry
Podvýživa
Dekubity
Depresia

Prepustenie z nemocnice

Rodina je zaskočená a bezradná
Nevie, koho má osloviť
!?!?!?!?!?!?!?!?!?

Rodina je **vyčerpaná**, umiestňuje blízkeho zo ZSS bez ošetrovateľskej starostlivosti

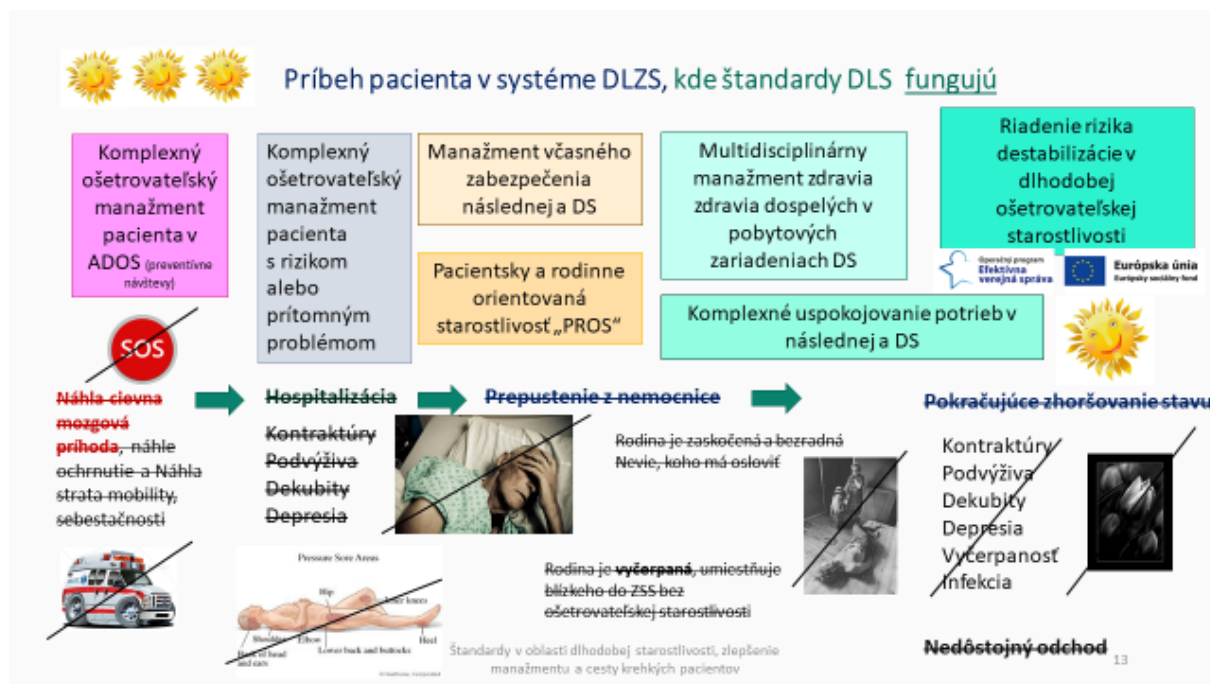
Pokračujúce zhoršovanie stavu

Kontrakúry
Podvýživa
Dekubity
Depresia
Vyčerpanosť
Infekcia

Nedôstojný odchod

Štandardy v oblasti dlhodobej starostlivosti, zlepšenie manažmentu a cesty krehkých pacientov

³ <https://www.standardnepostupy.sk/standardy-dlhodoba-starostlivost/>



4.4.2 Prvá legislatívna definícia následnej a dlhodobej starostlivosti⁴

Ďalším progresom v oblasti rozvoja legislatívnych východísk pre dlhodobú a paliatívnu starostlivosť bola Novela zákona z 29. júna 2022, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. **V novele je definovaná dlhodobá zdravotná starostlivosť ako zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe s obmedzenou funkčnosťou**, ktorej bola určená choroba, pre ktorú jej bola poskytnutá akútna zdravotná starostlivosť alebo neodkladná starostlivosť alebo pre ktorú možno očakávať, že si bude vyžadovať poskytnutie zdravotnej starostlivosti; dlhodobá zdravotná starostlivosť sa poskytuje s cieľom zlepšenia kvality života, predĺženia života, podporovania samostatnosti osoby v oblasti sebestačnosti a umožnenia osobe zotrvať podľa možností čo najdlhšie v jej domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí. Za osobu s obmedzenou funkčnosťou podľa prvej vety sa považuje osoba, ktorá z dôvodu choroby alebo viacerých chorôb zvyšujúcich riziko zhoršovania jej zdravotného stavu alebo z dôvodu poškodenia jej telesných, zmyslových alebo duševných schopností, nie je sebestačná v aktivitách denného života a môže byť u nej indikovaná potreba ošetrovateľskej starostlivosti. Súčasťou dlhodobej zdravotnej starostlivosti je aj následná zdravotná starostlivosť.

Následná zdravotná starostlivosť je taká dlhodobá zdravotná starostlivosť, ktorá sa poskytuje osobe spravidla po poskytnutí akútnej zdravotnej starostlivosti alebo neodkladnej starostlivosti, s cieľom maximálneho možného obnovenia kognitívnych, telesných, zmyslových a duševných funkcií osoby

⁴ Novela zákona z 29. júna 2022, ktorým sa mení a dopĺňa zákon 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 a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony.

odstránením vzniknutých funkčných porúch alebo náhradou niektorej funkcie jej organizmu alebo zmiernením prejavov a dôsledkov jej choroby.

Paliatívna zdravotná starostlivosť je zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe s nevyliciteľnou a progredujúcou chorobou, ktorá spravidla vedie k jej smrti, s cieľom zmierniť utrpenie a zachovať kvalitu života tejto osoby. Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti sa vzťahuje aj na zariadenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktoré nemá uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou. Zariadenie sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately, ktoré poskytovalo ošetrovateľskú starostlivosť podľa tohto zákona v znení účinnom do 31. júla 2022 a ktoré nemá uzavretú zmluvu so zdravotnou poisťovňou, je povinné splniť povinnosť podľa § 10a ods. 8 v znení účinnom od 1. augusta 2022 najneskôr do 30. júna 2024.

Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci najviac **tri mesiace od prvého dňa poskytnutia tejto starostlivosti je následná zdravotná starostlivosť** a poskytuje podľa miery potreby zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 2. Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci **po dobu indikácie tejto starostlivosti je druhom dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti** a poskytuje podľa miery potreby zdravotnej starostlivosti.

4.4.3 Oznamovanie údajov na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti

Zdravotná poisťovňa je povinná do 30. apríla kalendárneho roka poskytnúť ministerstvu zdravotníctva v anonymizovanej podobe údaje o jej poistencoch, ktorým bola poskytnutá ošetrovateľská starostlivosť v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti u poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v zariadení sociálnej pomoci na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti; formu, definíciu a štruktúru údajov zverejňuje ministerstvo zdravotníctva na svojom webovom sídle najneskôr k 31. decembru kalendárneho roka, za ktorý sa tieto údaje poskytujú. Ministerstvo zdravotníctva prerokuje so zástupcami zdravotných poisťovní vopred každú zmenu vo forme, definícii a štruktúre predkladaných údajov a zmeny nemôžu nadobudnúť účinnosť skôr ako dva mesiace od takého prerokovania; to neplatí, ak sa zúčastnené strany dohodnú inak. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti s vydaným povolením na prevádzkovanie zdravotníckeho zariadenia agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti a dom ošetrovateľskej starostlivosti,^{18r)} ktorý má uzatvorenú zmluvu podľa § 7, **a zariadenie sociálnej pomoci, ktoré má uzatvorenú zmluvu podľa § 7a, poskytuje zdravotnej poisťovni na účel plnenia povinnosti podľa odseku 1 najmenej jedenkrát ročne údaje o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti, a to v rozsahu podľa odseku 3; poskytovateľ zdravotnej starostlivosti a zariadenie sociálnej pomoci predkladajú údaje elektronicky.**

Medzi údaje na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti patria tiež tieto údaje:

- dátum indikácie na následnú ošetrovateľskú starostlivosť alebo dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť,
- údaj o forme poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti, a to či ide o následnú ošetrovateľskú starostlivosť alebo dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť,
- dátum začatia a dátum ukončenia poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti

- údaj o prostredí, z ktorého je poistenec prijatý do ošetrovateľskej starostlivosti
- lekárske diagnózy (MKCH 10),
- dôvod, pre ktorý nie je možné poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí poistenca,
- miera potreby zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti 18t) s určením, že ide o osobu s
 - rizikom destabilizácie na základe hodnotiacich škál,
 - miernou potrebou zdravotnej starostlivosti,
 - vysokou potrebou zdravotnej starostlivosti.

5. Ďalšie národné projekty na podporu riadenia rizika destabilizácie vážne a dlhodobo chorých (Senior Boxy, Portál Malina)

Podujat' sa k realizácii národných projektov na podporu riadenia rizika destabilizácie vážne a dlhodobo chorých, prijať zodpovednosť za realizáciu zložitých aktivít je našou spoločenskou povinnosťou, pretože poznáme, máme v praxi odskúšané prístupy k vážne a dlhodobo chorým a každý deň sa konfrontujeme s ich bezbrannosťou. Táto skupina obyvateľstva dopláca na nedostatky systému, často sa ocitá bez pomoci, v akomsi vzduchoprázdne, v priestore ohrozenia zdravia a života, za ktoré zatiaľ, pri súčasnom nastavení, stále nik nenesie zodpovednosť a pomaly sa stáva tolerovaným javom. Z nášho pohľadu, v prípade, keď spoločnosť pripúšťa výpadky procesov na ochranu života a zdravia ohrozených seniorov, zároveň pripúšťa a toleruje aj pasívnu eutanáziu. Nepomôcť – je v absolútnom rozpore s poslaním povolania sestry. Etické princípy profesie sestry sú totiž postavené na ochrane a prinavracaní zdravia a pomoci umierajúcim, nie na pomoci k rýchlejšiemu umieraniu.

Vyvinuli sme efektívny prostriedok pre edukáciu blízkych vážne a dlhodobo chorých s názvom SENIOR BOX (pozri Obr. č. 6) a Portál Malina - prvý národný navigátor dostupnej služby pre osoby v bezvládnosti a chorobe (pozri Obr. č. 8) ,

O Senior boxe

Senior box je akýsi štartovací balíček produktov a publikácie, súboru dôležitých odporúčaní pre seniora pri prepúšťaní z nemocnice. Cieľom Senior boxu je usmerniť blízkych ako sa správne starať o seniora a potešiť alebo povzbudiť produktami našich partnerov. Zloženie Senior boxu nie je každý rok rovnaké a nie každý Senior Box obsahuje úplne rovnaké zloženie, pretože niektorí partneri nám poskytujú portfólio rôznych produktov. V aktuálnych boxoch (2022/23 - VIII. ročník projektu) nájdeme týždenný dávkovač liekov, zubnú kefku, vitamíny, sadu antigénnych testov, pomôcky pri inkontinencii, vlhčené obrúsky, fixačný krém na zubné náhrady, časopis, pleťový krém, sprechový gél, šampón na vlasy, dezinfekčný roztok, či neutralizátor zápachu. Veľmi užitočným obsahom je publikácia Ako sa starať o blízkeho, ktorá obsahuje veľa užitočných rád a ktorú sme zostavili na základe našich praktických skúseností z práce sestier a celého ošetrovateľského tímu a tímu opatrovateľov. Poznáme typické otázky, problémy, i riziká, na ktoré príbuzní a pacienti v domácnosti často narážajú a sú nám známe i príčiny možného zhoršenia zdravotného stavu, aj preto je súčasťou Senior boxu akýsi domáci kontrolný list, ktorý je zameraný na posúdenie kvality starostlivosti. Tento kontrolný list blízkeho pripomenie napríklad dôležitosť hydratácie, izolácie pred infekčnými ochoreniami, pravidelné podávanie liekov, sledovanie nových príznakov apod. V prípade, že by sa blízki

potrebovali zorientovať v spleti poskytovateľov služieb, v Senior boxe je užitočná informácie o Portáli Malina, ktorý pomôže nájsť tú najlepšiu starostlivosť.

Obr. č. 6 Senior box bol zostavený na základe praktických skúsenosti tímu profesionálov v dlhodobej starostlivosti



Obr. č. 7 Senior boxy - edukačný význam projektu (publikácia a čeklist)

Senior boxy – cesta k informáciám



Orientačné posúdenie kvality starostlivosti o zdravie bezvládneho blízkeho v domácných podmienkach alebo „Staráme sa dobre“?			Plán a prax, prax a prax	
Číslo, príloha, číslo	Číslo			
1. Úvod	1.1. Úvod	1.1.1. Úvod		
2. Základné pojmy	2.1. Základné pojmy	2.1.1. Základné pojmy		
3. Právné aspekty	3.1. Právné aspekty	3.1.1. Právné aspekty		
4. Finančné aspekty	4.1. Finančné aspekty	4.1.1. Finančné aspekty		
5. Sociálne aspekty	5.1. Sociálne aspekty	5.1.1. Sociálne aspekty		
6. Psychické aspekty	6.1. Psychické aspekty	6.1.1. Psychické aspekty		
7. Fyzické aspekty	7.1. Fyzické aspekty	7.1.1. Fyzické aspekty		
8. Lekárske aspekty	8.1. Lekárske aspekty	8.1.1. Lekárske aspekty		
9. Sociálne služby	9.1. Sociálne služby	9.1.1. Sociálne služby		
10. Zhrnutie	10.1. Zhrnutie	10.1.1. Zhrnutie		

O Portáli Malina

Unikátny portál Malina pre pomoc v bezvládnosti sa zrodil z našej snahy riešiť smutnú realitu, keď aj tá najnáročnejšia operácia stráca zmysel, ak pacient po niekoľkých dňoch, týždňoch zomiera na dehydratáciu, podvýživu, nesprávne užívanie liekov, neliečenú infekciu, ktoré sú očakávanými výstupmi chýbajúcej alebo nedostatočnej následnej starostlivosti. S Malinou tieto bežné riziká časom dokážeme výrazne zredukovať. Dopátranie vhodnej služby v regióne by nemalo trvať viac ako pár minút.

V zložitej spleti zdravotníckych a sociálnych služieb sa ťažko orientuje aj profesionál. V modernom zdravotníctve už pred prepustením pacienta z nemocnice existuje celá škála služieb, ktoré pripravujú prostredie a následnú starostlivosť, aby pacient nebol ani hodinu bez pokračujúcej starostlivosti. Rodinní príslušníci preto nerozumejú, prečo ciest pomoci na Slovensku akoby niet a bezvládne, chronicky choré osoby sa môžu ocitnúť bez včasnej a adekvátnej služby.

Čas je v takýchto situáciách vzácnou premennou. Prolongácia pomoci môže vyústiť do zbytočných komplikácií, či utrpenia. Zlyhávajúca organizácia následnej starostlivosti sa skrýva za sériou opakovaných hospitalizácií z banálnych dôvodov, ako je vynechanie liekov alebo podcenenie niektorého z bežných rizík, ako napríklad neprimeraná výživa či príjem tekutín. Pre kritického pacienta môže byť aj zopár dní neodbornej starostlivosti po prepustení z nemocnice fatálnymi.

Portál MALINA je výsledkom skúseností z praxe, s ktorými sa denne stretávajú poskytovatelia s ľuďmi hľadajúcimi vhodné zariadenie pre svojho blízkeho. **Výber vhodnej služby vo vzťahu k riadeniu rizika destabilizácie ohrozeného seniora je nesmierne dôležitý.** Od správneho výberu sa totiž odvíja kvalita a často i dĺžka života chorého a bezvládného človeka.

Obr. č. 8 Výber vhodnej služby na Portáli Malina

Ktorý druh služby je vhodný?

VEDOMIE A ORIENTÁCIA

- ☐ normálne vedomie
- ☐ spavosť alebo zhoršená reakcia na podnety
- ☐ normálna orientácia v čase, priestore a osobe
- ☐ čiastočne orientovaný v čase, priestore a osobe
- ☐ úplne dezorientovaný v čase/v priestore a osobe

VEDOMIE A ORIENTÁCIA

PRÍJEM STRAVY

- ☐ samostatne, bez pomoci a výraznejších obmedzení
- ☐ s pomocou
- ☐ včernenie sondou
- ☐ ťažkosť s prehĺtaním
- ☐ dusenie sa stravou v minulosti

VYLUČOVANIE

- ☐ normálne
- ☐ stredná alebo ťažká inkontinencia moču a stolice
- ☐ permanentný katéter alebo kolostómia (vývod hrubého čreva na brušnej stene)

MOBILITA/POHYBLIVOSŤ

- ☐ normálna
- ☐ čiastočne obmedzená
- ☐ imobilita (neschopnosť pohybu, pripútanie vozíku/lôžka)

POPIS STAVU

- ☐ prevažne na lôžku
- ☐ neschopný ľadnej činnosti
- ☐ nevyhnutná pomoc pri väčšine úkonov sebaopateru až úplná nesebestnosť
- ☐ príjem stravy ťažký alebo s obmedzením
- ☐ vedomie normálne alebo spavosť či zmätenosť

ZMENY NA KOŽI

- ☐ bez zmien
- ☐ operačná rana
- ☐ známky nedokrvnenia
- ☐ krvácanie alebo riziko krvácania
- ☐ gangréna (snet)
- ☐ vred
- ☐ malígna rana
- ☐ preležanina

INDIKÁCIA PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

- ☐ úplne rozvinutá nevyhladietelná choroba so zlou prognózou (na základe vyjadrenia ošetrujúceho lekára)

PRIPRAVENOSŤ RODINY POSTARAŤ SA O OSOBU DOMA

- ☐ Nie
- ☐ Čiastočne, časť týždňa alebo dňa
- ☐ Pravdepodobne áno, 24 hodín denne, 7 dní v týždni samostatne alebo s pomocou opatrovateľky
- ☐ Určite áno aj v prípade veľkej záťaže, 24 hodín denne, 7 dní v týždni samostatne alebo s pomocou opatrovateľky

Špeciálny dotazník zvládne vyplniť i laik. Na základe kľúčových údajov portál poradí najvhodnejší druh služby. Priamo na portáli (pozri Obr. č.8) stačí označiť možnosti, ktoré najviac vystihujú skutočný stav osoby v oblasti jeho vedomia a orientácie, príjmu potravy, vo vylučovaní, schopnostiach mobility a pohyblivosti, zmien na koži, indikácie paliatívnej starostlivosti, celkového popisu stavu a pripravenosti rodiny postarať sa o blízku osobu doma. Na základe vyhodnotenia týchto údajov portál ponúkne typ zariadenia, ktorý je pre pacienta najvhodnejší. Následne stačí pri vyhľadávaní zadať vzdialenosť zariadenia, akceptovateľné náklady, a vyhľadávač na základe zvolených kritérií ponúkne voľné miesta s ponukou služieb. Z pobytových zariadení ide o domy ošetrovateľskej starostlivosti, zariadenia sociálnych služieb so zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti cestou zdravotnej poisťovne alebo zariadenia sociálnych služieb bez zabezpečenia ošetrovateľskej starostlivosti cestou zdravotnej poisťovne. Portál Malina ponúka aj výber agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti či mobilných hospicov. Vo výbere pribúdajú aj oddelenia pre dlhodobo chorých, pre prípady, keď stav pacienta si na základe odporúčania lekára vyžaduje ústavnú zdravotnícku starostlivosť.

Dôležitým aspektom je súčinnosť poskytovateľov - ich vôľa zaregistrovať na portáli svoje zariadenia a priebežne aktualizovať voľné miesta. Ide o časovo nenáročný a jednoduchý proces, ktorým poskytovatelia poskytnú na portáli Malina plnohodnotné informácie, tým, ktorí hľadajú pomoc. Aj informácia o tom, že zariadenie voľné miesto nemá, pomôže skrátiť čas hľadania vo chvíli, keď to človek naozaj potrebuje a ocení. Malina tak vytvára sieť poskytovateľov s ochotou pomôcť v kritických chvíľach tým, ktorí to najviac potrebujú. Portál Malina tiež prináša novú podobu pomoci pre registrovaných poskytovateľov, ktorí cez ňu získavajú prístup k hotovým, roky vyvíjaným formulárom podporujúcim zavádzanie štandardov kvality v ošetrovateľstve. Portál Malina sa tak stáva nástrojom úspešnej implementácie kvality do praxe zariadení poskytujúcich starostlivosť vážne chorým a bezvládnym ľuďom. Inováciou pre poskytovateľov a rodiny pacientov zároveň je generovanie na mieru pripraveného formulára „Posúdenie pacienta pre potrebu dlhodobej starostlivosti“. Pomocou unikátneho kódu, ktorý je súčasťou formulára pri práci s portálom Malina, môže rodina v efektívnom hľadaní a zabezpečení pokračujúcej starostlivosti zvoliť výber vhodného poskytovateľa na základe zhodnotenia stavu.

Pre záujemcu o umiestnenie sú užitočné aj informácie o ponuke služieb a starostlivosti, vybavenia zariadenia, či jeho doplnkových službách. Pri koncipovaní portálu sa autori inšpirovali aj zahraničím a vychádzali z profesionálnych skúseností. Oproti podobným zahraničným portálom **Malina poskytne navyše možnosť rýchleho posúdenia najvhodnejšieho druhu služby na základe zadaných charakteristík potenciálneho prijímateľa a zároveň jeho preferencií. Súčasťou portálu je komplexné poradenstvo pre laikov pre bežné problémy a situácie, s ktorými sa v starostlivosti možno stretnúť.**

Nie je ekonomické a ani etické, ak drahé lôžko v nemocnici blokuje človek, ktorý už nepotrebuje intenzívnu diagnostiku a liečbu. „*Kvôli chronikom nemáme miesta pre tých, ktorých potrebujeme liečiť*“, sťažujú sa manažéri nemocníc. Aj vďaka Maline môže prebiehať manažment následnej starostlivosti ešte počas pobytu pacienta v nemocnici. Personál nemocníc tak môže mať dosah na informácie o možnostiach pomoci v danom regióne, čo najviac šité na mieru potrebám pacienta a jeho rodiny. Nemusí pritom hľadať a obvolávať desiatky poskytovateľov, napokon na to zvyčajne ani nie je čas.

Obr. č. 9 Ambasádorka projektu Kristína Svarinská ešte pred spustením projektu navštívila zariadenia pre bezvládných pacientov



Unikátna platforma Malina je zároveň príkladom vzájomne prospešnej spolupráce nemocníc a poskytovateľov, z ktorej najviac získava pacient a jeho rodina (pozri obr. č. 10).

Obr. č. 10 Portál Malina ako súčasť platformy vzájomnej spolupráce a pomoci



6. Štúdium príkladov dobrej praxe riadenia kvality v LTC vo vyspelom zahraničí v spolupráci so zahraničným expertom, odporúčania pre slovenskú prax

6.1 Analýza príkladu dobrej praxe a legislatívy vo vyspelom zahraničí

Expert: Paul Swithenbank (na obrázku) zo zariadenia **Olivia Josephine Care Limited, The Willows Care Home Midgeland Road Marton Blackpool**

O expertovi a jeho zariadení

Paul Swithenbank (Obr. č. 11) v roku 1995 spoluzakladal spoločnosť CBC pre profesionálne poradenstvo v oblasti sociálnej starostlivosti, ktoré pomáha operátorom rozvíjať ich podnikanie. Paul má viac ako 20 rokov skúseností v sociálnej starostlivosti, najmä na úrovni predstavenstva. Ako generálny riaditeľ Paul pozná z prvej ruky výzvy, ktorým podniky čelia a je správne umiestnený, aby mohol pomáhať iným v náročnom a stále sa meniacom sektore.

Obr. č. 11 **Paul Swithenbank**



V máji 2009 Paul kúpil The Willows - malý, krachujúci opatrovateľský dom v Blackpoole (Veľká Británia). Veľa úsilia a finančné investície boli potrebné na to, aby sa izolovaný opatrovateľský dom zmenilo na to, čo je teraz - jeden z najlepších ocenených domov / zariadení, ktoré získalo jedno z najlepších ocenení „Boutique care homes“ na národnej úrovni (pozri Obr. č. 12).

Obr. č. 12 **Olivia Josephine Care Limited, The Willows Care Home Midgeland Road Marton Blackpool**



Willows bol tiež uznaný Rámcom zlatého štandardu (Gold Standard Framework) pre paliatívnu starostlivosť ako „Platinové zariadenie“. V roku 2014, The Willows bol prvé zariadenie na národnej úrovni, ktoré bola zvolené za najviac odporúčaný dom starostlivosti (zariadenie dlhodobej starostlivosti) v Spojenom kráľovstve prostredníctvom carehomes.co.uk. Zariadenie Olivia Josephine Care bolo tiež finalistom Ceny (Národný dom / zariadenie roka) National Care Home of the Year v Londýne v novembri 2014. V nasledujúcom roku bol Paul posudzovateľom na tejto cene - National Care Home Awards v Londýne. The Willows je v súčasnosti držiteľom Zlatej ceny za investora do ľudí (Gold award for Investor in people). **V júli 2016 sa Willows stalo jedným z mála opatrovateľských domov na národnej úrovni, ktoré dosiahlo prestížne ocenenie CQC.** Len 2% zariadení hodnotených CQC na národnej úrovni získalo toto ocenenie. Paul je oficiálnym poradcom projektu „The Smiles Foundation Care Home“ (Úsmevné nadácie opatrovateľských domov - kresťanská charita založená na Yorkshire, ktorá prináša úsmevy a poskytuje praktickú podporu v Rumunsku, Arménsku a Hondurase). Olivia Josephine Care spustila v auguste 2014 Nadáciu Olivia Community Foundation Trust. Bola vytvorená s filozofiou, že sú rovnako dôležité a rovnaké potreby u poskytovateľa starostlivosti ako u toho, kto starostlivosť potrebuje. Nadácia podporuje starostlivosť o umierajúcich (respice care), ako aj ich opatrovateľov, aby si urobili zaslúženú prestávku.

Olivia Josephine Care Limited - prehľad ocenení:

- 'Platinum' status Quality Hallmark Award in the Gold Standards Framework - The Willows
- Care Home (Platinový status - Ocenenie kvality v rámci Zlatých štandardov -
- The Willows Care Home (<http://www.goldstandardsframework.org.uk/>)
- CQC Outstanding Rating from Regulator (CQC vynikajúci rating od regulátora starostlivosti)
- Investor in People Award – GOLD (Zlaté ocenenie Investor do ľudí)

- **Top 20 Care Homes North West England 2016** (Ocenenie pre top 20 zariadené v severozápadnom Anglicku 2016)
- **National Care Home Award 2014 - Finalist 2014** (Finalista 2014 v národnej cene za starostlivosť)
- **CQC Outstanding Rating from Regulator** (CQC vynikajúci rating od regulátora starostlivosti)
- **Beacon' status Quality Hallmark Award in the Gold Standards Framework - The Willows Care Home**
- **Home** (Status „Maják“ Ocenenie kvality v rámci Zlatých štandardov - The Willows Care Home)
- **Ocenenie LWDP Dementia Initiative**
- **Top 20 Care Homes North West England** - Umiestnenie medzi Top 20 zariadeniami Severozápadného Anglicka
- **Top 20 Care Homes UK 2014** – Umiestnenie v TOP 20 najlepších zariadení v Anglicku
- **Investor in People Bronze Award** (Bronzové ocenenie Investor do ľudí)
- **Food Hygiene Rating** (Hodnotenie hygieny stravy)
- **Skills Pledge** (Zručnosti)

Domov bol zaradený ako top zariadenie v Anglicku na internetových stránkach Tripadvisor.

Willows care home na Midgeland Road, Marton, je na prvom mieste medzi top 20 odporúčanými zariadeniami dlhodobej starostlivosti vo Veľkej Británii, a tiež víťazom na severozápade⁵.

Zahraničného experta sprevádzala garantka zariadenia sestra Tracey OTTERMAN, ktorá vhodne dopĺňala informácie z oblasti manažmentu starostlivosti. *Stretnutie a konzultácie prebehli v rámci osobnej návštevy tejto dvojice v Slniečnom dome v dňoch 24. – 25.6. 201* (pozri Obr. č. 13 a 14).

Obr. č. 13 Paul Swithenbank a Tracey Otterman v ZSS Slniečny dom



⁵ <http://www.blackpoolgazette.co.uk/news/health/local-health/care-home-tops-uk-table-1-6569148>

Súbor diskutovaných otázok a tém:

1. Kto riadi LTC vo vašej krajine na najvyššej úrovni?
2. Kto a ako kvalitu LTC vo Vašej krajine hodnotí/posudzuje?
3. Existujú národné štandardy pre LTC? Kto ich tvorí, reviduje, audituje v praxi?
4. Existujú záväzné personálne normatívy pre LTC prax?
5. Existuje program auditov v LTC?
6. Používate indikátory kvality na národnej úrovni?
7. Sú výsledky starostlivosti LTC hodnotené a závisí od nich úroveň ich financovania (výška úhrady za starostlivosť)?
8. Motivačné nástroje pre poskytovateľov LTC?
9. Je indikátorom kvality poskytovateľa LTC aj prežívanie, resp. destabilizácia/smrt' pacienta? Ak áno, kto takýto indikátor používa a akým spôsobom je vyhodnocovaný?
10. Majú dobré výsledky v riadení rizika destabilizácie dopad na motiváciu poskytovateľov?

Obr. č. 14 Paul Swithenbank počas odbornej diskusie v ZSS Slnečný dom



Otázky (ZSS Slnečný dom, n.o.): Kto riadi LTC vo vašej krajine na najvyššej úrovni? Kto a ako kvalitu LTC vo Vašej krajine hodnotí/posudzuje?

Odpoveď (Paul Swithenbank a zdroj www.cqc.org.uk):

Care quality commission (CQC)⁶ je štátny nezávislý regulátor zdravia a starostlivosti o dospelých v Anglicku, kontrolovaný vládou, ktorý:

- zabezpečuje, aby služby zdravotnej a sociálnej starostlivosti poskytovali ľuďom bezpečnú, účinnú, dôstojnú, vysokokvalitnú starostlivosť a podporujú zlepšovanie služieb starostlivosti;
- je inštitúciou nezávislou od ministerstva zdravotníctva, priamo pod vládou;
- tiež vytvára štandardy a smernice;
- realizuje kontroly dodržiavania štandardov.

Hlavnou úlohou CQC je chrániť záujmy klientov v jednotlivých zariadeniach.

Jednotlivé zariadenia môžu dosiahnuť 4 úrovne kvality.

⁶ www.cqc.org.uk, www.cqc.org.uk

Pobytové zariadenia LTC a ošetrovateľské domy **nie sú v UK súčasťou nemocníc**, v posledných rokoch **došlo k úplnému zníženiu lôžok dlhodobej starostlivosti v nemocniciach**, keďže nebola poskytovaná komplexná a teda aj sociálna a duchovná starostlivosť. Nemocnice v UK sú **výlučne určené pre akútne ochorenia a zabezpečenie nevyhnutnej zdravotnej starostlivosti, nie však dlhodobej**.

Ošetrovateľská starostlivosť v pobytových zariadeniach je realizovaná privolaním komunitných sestier a lekárov, ktorí pracujú pod NHS⁷ a ktorí sú k dispozícii aj **24 hodín denne**. V ošetrovateľských domoch je prítomná sestra. Je povolené **realizovať konzultácie prostredníctvom skype a na základe tejto konzultácie môže lekár ordinovať lieky**, ktoré zariadeniu dovezie príslušná lekáreň, s ktorou spolupracuje.

CQC monitoruje **5 oblastí kritérií**:

- 1) **bezpečnosť**,
- 2) **starostlivosť**,
- 3) **efektivitu** (sledujú investície zariadenia, školenia a pod.),
- 4) **vnímavosť, reaktivnosť, komunikácia pri sťažnostiach**,
- 5) **dobrý manažment** (well-led).

Ak zariadenie dosiahne dve výborné hodnotenia (z piatich), získava **celkové výborné hodnotenie**.

Každá oblasť má hodnotené podkritériá, ktoré majú presne definované otázky na hodnotenie.

Napríklad pre oblasť bezpečnosti sú hodnotené tieto podkritériá (pozri Obr. č. 14) :

- ochrana pred zneužitím,
- manažovanie rizík,
- vhodní zamestnanci a stav zamestnancov,
- medicínsky manažment,
- kontrola infekcií,
- učenie sa z chýb.⁸

Ďalšie podkritériá ku kritériám:

1) **Starostlivosť:**

- láskavosť, rešpekt a súcit,
- zapojenie ľudí do rozhodnutí týkajúcich sa starostlivosti o nich,
- súkromie a dôstojnosť.

2) **Efektivita:**

⁷ NHS = National Health System [NHS](https://www.nhs.uk/) v Anglicku, NHS Škótsko, Wales NHS a pridružená zdravotná a sociálna starostlivosť (HSC) v Severnom Írsku boli založené spolu v roku 1948 ako jedna z hlavných sociálnych reforiem po druhej svetovej vojne. Základnými princípmi boli, že služby by mali byť komplexné, univerzálne a bezplatné. Každá služba poskytuje kompletnú škálu zdravotníckych služieb, bezplatne pre osoby, ktoré majú trvalé bydlisko v Spojenom kráľovstve, okrem zubného ošetrovania a optického starostlivosti. Anglický NHS tiež vyžaduje, aby pacienti platili poplatky za predpis s radom výnimiek z týchto poplatkov.

⁸ <https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/adult-social-care/key-lines-enquiry-adult-social-care-services>

- posúdenie potrieb klienta a zabezpečenie liečby založené na dôkazoch,
- vedomosti a zručnosti zamestnancov,
- nutricia a hydratácia,
- ako pracujú spolu zamestnanci a tímy, vrátane služieb,
- podpora ľudí pre zdravší život,
- prístupnosť priestorov,
- súhlas na liečbu a starostlivosť

3) Vnímateľnosť, reaktivita, komunikácia pri sťažnostiach,

- individuálne orientovaná starostlivosť,
- riešenie nespokojnosti a sťažností,
- paliatívna starostlivosť.

4) Dobrý manažment (well-led)

- vízia a stratégia,
- vedenie a manažment,
- angažovanosť,
- učenie sa, zlepšovanie a inovácie,
- práca v partnerstve.

CQC tiež realizuje:

- kontroly novootvorených zariadení, ak zariadenie začne svoju prevádzku, podlieha kontrole a registrácii na CQC;
- registruje a kontroluje aj manažéra prevádzky, ktorý bude označený ako „registrovaný manažér“, s ktorým mali pohovor, aby mali istotu garancie profesionality;

Manažér musí spĺňať **podmienky vzdelania**, nesmie mať žiadne záznamy v registri trestov, preverujú aj **schopnosti legislatívnej orientácie v danej oblasti a vedenia**.

CQC je **financované** poskytovateľmi, ktorých kontroluje. Poplatok je rôzny, podľa kapacity zariadenia resp. užívateľov služby. Kalkulačka pre výpočet poplatku je na stránke CQC. Na stránke je tiež dostupný regulátor poplatkov, ktorý vysvetľuje spôsob kalkulácie. Napríklad, dom ošetrovateľskej starostlivosti s kapacitou 40 miest platí poplatok 5779 libier, a v prípade domu s kapacitou 60 miest je výška poplatku 8792 libier.⁹

Otázka (ZSS Slnečný dom, n.o.): **Existujú národné štandardy pre LTC? Kto ich tvorí, reviduje, audituje v praxi?**

Odpoveď (Paul Swithenbank) : Áno, sú vytvorené CQC a sú prístupné na ich stránke [Adult social care: information for providers - Care Quality Commission](https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20190326%20Provider_fees_guidance_201920%20fees_FINAL.pdf)

⁹Zdroj:

https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20190326%20Provider_fees_guidance_201920%20fees_FINAL.pdf

Po ukončení auditu majú prevádzkovatelia **7 dní na úpravu presností faktov** (ako napr. počty, čas a pod.). Prevádzkovatelia sa nemôžu ohradiť voči tomu, čo inšpektori posúdili ako nesúlad so štandardom alebo ak ohodnotili jednu z piatich spomínaných oblastí ako problémovú.

V prípade zlých výsledkov report ukáže nedostatky, ktoré môžu byť klasifikované ako malé, alebo veľké. V prípade malých nedostatkov postačuje vyjadrenie poskytovateľov a prípadné doloženie a zaslanie potrebných podkladov. V prípade veľkých nedostatkov prídu na opätovné prešetrenie. **V prípade veľkých nedostatkov a zistení, ktoré neboli alebo nemôžu byť odstránené, má právo CQC pozastaviť činnosť zariadenia alebo zariadenie zrušiť.**

Ak sú nespokojní členovia rodiny so službami, môžu sa síce sťažovať na CQC, ale CQC sťažnosť postúpi na „local council“ (pozn. pravdepodobne obdoba slovenských VÚC, ktorý sťažnosť u poskytovateľa preveruje). V prípade anonymných sťažností väčšinou postačuje telefonicky pohovor (úroveň preverovania je pri anonymných podaniach nízka). Riziko „podplatenia inšpektorov“ pre získanie lepších hodnotení je v UK veľmi nízke, takýto prípad ešte nebol zaznamenaný, pretože podobné priestupky sú hodnotené veľmi prísne.

Otázka (ZSS Slniečny dom, n.o.): **Existujú záväzné personálne normatívy pre LTC prax?**

Odpoveď (Paul Swithenbank): Podmienky týkajúce sa personálu určuje časť štandardu 18: Personálne obsadenie (Staffing), kde nie sú uvedené žiadne normatívy. Tento štandard dopĺňa nariadenie „The Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014 kde sa uvádza nasledovné: *„aby sa splnili požiadavky tejto časti, musí byť nasadený dostatočný počet vhodne kvalifikovaných, kompetentných, kvalifikovaných a skúsených osôb“*. Zámerom tohto nariadenia je zabezpečiť, aby poskytovatelia nasadili dostatok kvalifikovaných, kompetentných a skúsených pracovníkov, ktorí im umožnia splniť **všetky ostatné regulačné požiadavky**. **Právne predpisy neuvádzajú, aká je bezpečná úroveň počtu zamestnancov** a neexistuje **žiadny oficiálny nástroj na výpočet primeraného počtu zamestnancov**. Existujú však niektoré nástroje, ktoré sú dobre známe a bežne používané v rámci sektora. Je nepravdepodobné, že by oficiálny nástroj fungoval, pretože mnohé služby, ktoré sa starajú o množstvo užívateľov služieb s rôznymi potrebami a univerzálnym prístupom, sú nevhodné. Preto je potrebné určiť úroveň zamestnancov na základe potrieb užívateľov služieb, úrovne obsadenosti, pričom sa zohľadní povaha požiadaviek na priestory a školenia zamestnancov.¹⁰

Otázka (ZSS Slniečny dom, n.o.): **Existuje program auditov v LTC?**

Odpoveď (Paul Swithenbank): V UK kontrola nemusí byť vopred ohlásená. a nie je presný program inšpekcie, čo znamená, že **inšpektori môžu kontrolovať kedykoľvek všetko alebo vybranú časť štandardu**. CQC poskytovateľov LTC so slabším hodnotením navštevuje a kontroluje každý rok, tých s lepším hodnotením najmenej raz za tri roky. CQC sa zaoberá aj riešením podaných sťažností. Priamo na stránke CQC je všeobecná výzva, ktorá vyzýva verejnosť, aby zdieľala svoje skúsenosti so starostlivosťou : *„Tell us about your care“* (Povedzte nám o vašej starostlivosti). CQC zároveň informuje, že podnety pomáhajú v rozhodovaní kedy, kde a čo bude CQC hodnotiť. „Pomôžte nám spoločne vybudovať lepšiu starostlivosť“, vyzýva CQC.

Otázka (ZSS Slniečny dom, n.o.): **Používate indikátory kvality na národnej úrovni?**

Odpoveď (Paul Swithenbank): Áno, v zmysle štandardu definovaného prostredníctvom CQC.

¹⁰ Zdroj: <http://www.legislation.gov.uk/ukxi/2014/2936/contents/made>

Otázka (ZSS Slnecný dom, n.o.): **Sú výsledky starostlivosti LTC hodnotené a závisí od nich úroveň ich financovania (výška úhrady za starostlivosť)?**

Odpoveď (Paul Swithenbank): Expert Paul má skúsenosti so „samoplatcami“, pretože v ich prípade je možné reflektovať vývoj nákladov (inflácia, energie). V prípade, že je klient hradený úradom podobným VÚC, tak klient **musí dorovnať rozdiel medzi cenou v zariadení a poskytnutým príspevkom** (plné rešpektovanie výšky nákladov u jednotlivých poskytovateľov, žiadne vzorce určujúce maximálnu výšku úhrady klienta). Klienti si tento príspevok vybavujú sami, mimo zariadenia. Zariadenie im poskytne informácie, na aké príspevky majú v svojej situácii nárok a na koho sa môžu obrátiť. Zariadenia príspevky priamo na klientov nedostávajú. Úrady podobné VÚC majú rozdielne výšky príspevkov v jednotlivých mestách či krajoch.

Zdroje klienta na financovanie dlhodobej starostlivosti v UK okrem hore uvedeného príspevku, ktorý nemá každý ¹¹:

- štátny dôchodok (od vlády),
- súkromný dôchodok (od firmy, zamestnávateľa),
- vlastné úspory,
- príp. súkromné poistenie na tento prípad (ak také klient mal),
- benefit (bez daňovej záťaže) pre ľudí, ktorí už dosiahli dôchodkový vek, o ktorý môžu požiadať pri chorobe, ak potrebujú pomoc s osobnou starostlivosťou alebo supervíziou, pričom výška sa líši podľa toho, či potrebuje pomoc iba cez deň alebo i počas noci.

Na tento benefit sa môžu viazať ďalšie zvýhodnenia (dôchodkový kredit, redukcia dane a pod.)

Otázky (ZSS Slnecný dom, n.o.): **Motivačné nástroje pre poskytovateľov LTC? Je indikátorom kvality poskytovateľa LTC aj prežívanie, resp. destabilizácia/smrt' pacienta? Ak áno, kto takýto indikátor používa a akým spôsobom je vyhodnocovaný?**

Odpoveď (Paul Swithenbank a zdroj www.cqc.org.uk) : V prípade **každého úmrtia sa na CQC zasiela protokol s údajmi o úmrtí, na základe ktorého CQC realizuje kontrolu k danému protokolu**, aby sa uistila, či bolo všetko vykonané správne a **v súlade so štandardom**. Tento postup je daný štandardom, uvedeným na stránke CQC. Kontrola môže byť v prípade potreby aj priamo u poskytovateľa. **Každé úmrtie je teda priamo kontrolované a oznamované.**

Okrem toho si registrovaný manažér v zariadení vyplňa tzv. 8D report (Pomenovanie problému, kroky na nápravu). Tento formulár je vhodný táto forma je vhodná na situácie, kedy je potrebné problém riešiť čo najrýchlejšie, najúčinnšie a pritom ochrániť klienta od nežiaducich dôsledkov (resp. ďalších klientov).

8D report pozostáva z týchto častí:

1. *Príprava a Plánovanie (Planning),*
2. *Využitie tímu,*
3. *Popis problému (Návrh dočasných nápravných opatrení) ,*

¹¹ Pozn. Odpoveď experta objasňuje skôr všeobecné aspekty financovania.

Príklad financovania, zdroj: <https://www.ageuk.org.uk/information-advice/money-legal/benefits-entitlements/attendance-allowance>

4. *Nájdenie a overenie skutočnej príčiny problému,*
5. *Výber a overenie trvalých nápravných opatrení,*
6. *Zavedenie a overenie trvalých nápravných opatrení*
7. *Zabránenie opätovnému výskytu problému*
8. *Podakovanie tímu*

Otázka (ZSS Slnecný dom, n.o.): **Majú dobré výsledky v riadení rizika destabilizácie dopad na motiváciu poskytovateľov?**

Odpoveď (Paul Swithenbank): Neriadia riziko destabilizácie. Riadia sa plne štandardom. V UK nie je forma motivácie pre riadenie rizika destabilizácie vo finančnom vyjadrení. Zariadenia **musia spĺňať štandard**, ten je **záväzný a smerodajný pre posudzovanie kvality poskytovanej starostlivosti**.

Príklad: Ak má klient problém s príjmom potravy (hrozí riziko udusenía), musí zariadenie informovať NHS (čo je krok definovaný v štandarde). NHS následne stanoví kroky, ktoré má zariadenie vykonať pre elimináciu rizika (prehodnotenie formy stravy, potreby sondy a pod.). Zariadenie následne vykoná definované body. Ak napriek tomu dôjde k uduseniu pacienta aspiráciou potravín alebo tekutiny, bude tento prípad preverený (ako každé úmrtie) a ak zariadenie preukáže, že splnilo nariadenie NHS v plnom rozsahu, nie je zariadenie za toto úmrtie zodpovedné. To isté platí aj pre pády klienta, na následky ktorých klient môže zomrieť.

6.2 Záverečné odporúčania a podnety

Záverečné odporúčania zo strany experta pre slovenskú prax kvality:

- Motivovať zariadenia oceneniami za zlepšovanie sa v dodržiavaní definovaných štandardov.
- Víťazom / úspešným zariadením by malo byť každé, ktoré sa zlepšilo.
- Všetky ošetrovateľské domy by si mali najat' konzultantov (financovanie riešiť cez príspevok zo štátu).

Ďalšie podnety vyplývajúce z konzultácie:

- Zriadenie orgánu podobného CQC priamo pod vládou, pre kontrolu zariadení a poskytovanej starostlivosti (Komisia kvality starostlivosti - KKS ?)
- Kontrola manažérov prostredníctvom vytvoreného orgánu / inštitúcie
- Vybudovanie siete komunitných sestier a lekárov dostupných 24 hodín denne, pomocou ktorých budú môcť zabezpečovať základnú ošetrovateľskú starostlivosť v zariadeniach LTC aj bez nutnosti zamestnania sestry na 24/7
- Definovať návrhy ocenení, ktoré by mohli inšpirovať zariadenia pre zvyšovanie kvality starostlivosti
- Žiadne ošetrovateľské domy ani zariadenia LTC nemajú byť súčasťou nemocníc (klienti sa majú cítiť ako doma, nemajú pociťovať duševný ani sociálny chlad v starostlivosti)
- Možno nedefinovať personálne normatívy ale dať tomu priestor ako v UK
- Telefonickú konzultáciu s lekárom (čo máme na základe pečiatky) doplniť o mailové potvrdenie konzultácie od lekára (aby sa redukovala možnosť chyby z nesprávneho počutia)