

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

Koncept stratégie implementovania riadenia rizika destabilizácie pre vážne a dlhodobo chorých v SR v kontexte manažérstva kvality a návrh na legislatívnu zmenu



Marec 2023

Autorský kolektív

PhDr. Zuzana Fabianová, MBA

Alena Mochnáčová, DiS., MBA

Mgr. Marianna Kličová

PhDr. Anna Macková, MPH

Pri príprave konceptu boli použité skúsenosti a prax komplexu zariadení a služieb v oblasti riadenia a rozvoja kvality v oblasti dlhodobej starostlivosti:

ZSS Slniečny dom, n.o., Víťaz Národnej ceny kvality v kategórii Verejný sektor (2014)

Ošetrovateľské centrum, .s.r.o., Víťaz Via Bona Slovakia v hlavnej kategórii a Cene verejnosti (2016)

www.osetrovatelskecentrumhe.sk

Schody do neba (úryvok)

*Nádherný Život - krásny deň,
Ja so slzami ďakujem,
že sama nie som krehká, chorá, slabá,
no prepotrebná ako soľ,
múdrosti čaša, pohár zlatý
prinášam zázraky a zvraty,
zariadim nečakaný zlom a podobám sa anjelom,
čo vôbec nemusia spať veľa...
Láskavý Bože, pomáhaj mi snívať,
pripomínaj mi správny sen : nech nenadávam, nenariekam,
no ako silná, živá rieka,
beznádej, bolesť vyplavím,
vyliečim rany, strachy, splín,
daj, nech ma trápi cudzí ból, viac než ten vlastný ...
a v svojom kraji, rodnej vlasti - pomáham tvoriť dejiny,
pre dobro celej krajiny.
Nech celkom jasne vidím cesty,
nech budujem ich ako chrám
pre správne veci, dobré zvesti
kus svojho srdca, seba dám.
Kde iní končia, hádžu flintu,
ja hľadám možnosť, nápad, fintu,
skúšam a znova začínam,
a neopúšťam trpiaceho, snád' jediná , no zďaleka nie sama,
veď Tvoja najvzácnejšia dlaň na mojom pleci, v hĺbke srdca, hladí a zohrieva ma,
nuž s vlúdnuou tvárou zostávam.*

Zuzana Fabianová

OBSAH

SLOVNÍK A DEFINOVANIE POJMOV	7
ZOZNAM SKRATIEK	8
ZOZNAM OBRÁZKOV, GRAFOV A TABULIEK	9
ZOZNAM OBRÁZKOV	9
ZOZNAM GRAFOV	10
ZOZNAM TABULIEK.....	10
ÚVOD	11
1 ANALÝZA.....	12
1.1 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)”	12
1.2 PREČO JE MANAŽMENT RIZIKA ZHORŠENIA ZDRAVIA DÔLEŽITÝ? IDENTIFIKOVANIE.....	17
PROBLÉMOV A RIZÍK.....	17
1.2.1 Syndróm krehkosti, identifikovanie problémov a rizík pacientov v LTC.....	17
1.3 VÝSLEDKY POSÚDENIA KVALITY STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE, ANALÝZA PROCESOV A PRÍČINNÝCH SÚVISLOSTÍ OVPLYVŇUJÚCICH KVALITU POSKYTOVANEJ LTC	20
1.4 ANALÝZA A ZHRNUTIE PLATNEJ LEGISLATÍVY PRE OBLASŤ DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI.....	22
1.4.1 Východisková legislatíva pre oblasť LTC do roku 2018.....	22
1.4.2 Zavedenie ošetrovateľstva do zariadení sociálnych služieb	23
1.4.3 Prvé štandardy pre komplexný ošetrovateľský manažment pacienta a ich význam v riadení rizika destabilizácie	25
1.4.4 Zmeny v legislatíve pre LTC v rokoch 2021 - 2022, následná a dlhodobá starostlivosť prvýkrát v zákone a štandardných postupoch	28
1.4.4.1 Vývoj prvých štandardov pre dlhodobú starostlivosť v gescii MZ SR.....	28
1.4.4.2 Prvá legislatívna definícia následnej a dlhodobej starostlivosti.....	29
1.4.4.3 Oznamovanie údajov na účel monitorovania dostupnosti a vyhodnotenia kvality a efektívnosti ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti.....	30
1.5 ĎALŠIE NÁRODNÉ PROJEKTY NA PODPORU RIADENIA RIZIKA DESTABILIZÁCIE VÁŽNE A DLHODOBO CHORÝCH (SENIOR BOXY, PORTÁL MALINA)	31
1.6 ŠTÚDIUM PRÍKLADOV DOBREJ PRAXE RIADENIA KVALITY V LTC VO VYSELOM ZAHRANIČÍ V SPOLUPRÁCI SO ZAHRANIČNÝM EXPERTOM, ODPORÚČANIA PRE SLOVENSKÚ PRAX.....	36
1.6.1 Analýza príkladu dobrej praxe a legislatívy vo vyspelom zahraničí.....	36
1.6.2 Záverečné odporúčania a podnety	45
2 VYPRACOVANIE METODIKY, VÝVOJ NÁSTROJOV PRE EFEKTÍVNE RIADENIE RIZIKA DESTABILIZÁCIE V PRAXI ZARIADENÍ LTC.....	45
2.1 KOMPLEXNÉ MANAŽÉRSTVO KVALITY AKO PREDPOKLAD PRE VÝVOJ EFEKTÍVNEHO A ETICKÉHO NÁSTROJA RIADENIA STAROSTLIVOSTI O ZDRAVIE V LTC.....	45
2.1.1 O komplexnom manažerstve kvality všeobecne (TQM)	46
2.1.2 Indikátory kvality v LTC.....	47
2.1.3 Spoločenská zodpovednosť, filantropia, etika a dobro - inšpiratívne princípy pre oblasť riadenia v LTC	48
2.2 VÝVOJ NÁSTROJOV A METODIKY.....	50
2.2.1 Vývoj nástrojov a metodiky riadenia destabilizácií na pracoviskách Ošetrovateľské centrum a Slniečny dom v Humennom	50
2.2.2 Vývoj nástrojov pre riadenie rizika destabilizácie v LTC 2021 - 2022	57
2.2.2.1 Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti - finálna, platná podoba štandardu	57

2.2.2.2	Komplexná metodika pre úspešné a efektívne riadenie rizík destabilizácie klienta v praxi LTC zariadení	62
3	TESTOVANIE VYPRACOVANEJ METODIKY V PRAXI	65
3.1	PILOTNÉ ZAVEDENIE PRAXE, ZHODNOTENIE SKÚSENOSTÍ	65
3.2	VÝVOJ KOMPLEXNÉHO RIEŠENIA VEREJNEJ POLITIKY V SPOLUPRÁCI SO ZÁSTUPCAMI VEREJNÝCH INŠTITÚCIÍ	67
3.2.1	<i>Efektívne riadenie rizika destabilizácie - návrh a kreovanie štandardu.....</i>	<i>67</i>
3.2.2	<i>Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti - návrh a kreovanie štandardu.....</i>	<i>68</i>
4	FINALIZÁCIA RIEŠENIA EFEKTÍVNEJ POLITIKY	72
4.1	NÁVRH NA LEGISLATÍVNU ZMENU KU KOMPLEXNÉMU RIEŠENIU VEREJNEJ POLITIKY S CIEĽOM ZVÝŠENIA ÚROVNE KVALITY LTC NA SLOVENSKU NA ZÁKLADE RIADENIA RIZIKA DESTABILIZÁCIE	72
4.1.1	<i>Zavedenie kvality u všetkých poskytovateľov založenej na meraní a zlepšovaní kritérií kvality LTC starostlivosti</i>	<i>72</i>
4.1.1.1	Aplikácia riadenia rizika destabilizácií v prepojení na motivačné mechanizmy v domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) - špecifikácia.....	74
4.1.2	<i>Širší kontext rozvoja kvality dlhodobej starostlivosti - návrh legislatívnych zmien</i>	<i>77</i>
4.1.2.1	Návrh na zriadenie nadrezortnej platformy pre riadenie a rozvoj kvality LTC.....	77
4.1.2.1.1	Alternatívny návrh na zriadenie nezávislého orgánu pre zabezpečenie rozvoja kvalitnej zdravotnej starostlivosti a pomoci	78
4.1.2.2	Návrh cieľovej štruktúry LTC poskytovateľov vo vzťahu k obdobiu poskytovania starostlivosti	81
4.1.2.3	Definovanie a zavedenie včasného operatívneho manažmentu následnej starostlivosti o bezvládných po prepustení nemocnice, už v nemocnici bez rizika výpadkov adekvátnej starostlivosti ako legislatívnej podmienky	83
4.1.2.4	Zabezpečenie manažmentu starostlivosti o zdravie prijímateľov sociálnych služieb vo všetkých zariadeniach sociálnych služieb	83
4.1.2.5	Digitalizácia.....	85
	ZÁVER	86
	ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV	88
	PRÍLOHY	91
	PRÍLOHA Č. 1 HARMONOGRAM ZAPOJENIA PRACOVÍSK PRE RETROSPEKTÍVNE MERANIE NQRM A NÁSLEDNÉ MERANIE NQRM .	92
	PRÍLOHA Č. 2	93
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS SKÓRE ZA PRACOVISKO Č. 8 TABUĽKOVÉ ZOBRAZENIE ZBERU DÁT	93
	PRÍLOHA Č. 3	97
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS SKÓRE ZA PRACOVISKO Č. 8 - SUMÁRNY VÝVOJ TABUĽKOVÉ ZOBRAZENIE	97
	PRÍLOHA Č. 4	98
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS ZA PRACOVISKO Č. 8 - GRAFICKÁ VIZUALIZÁCIA	98
	PRÍLOHA Č. 5	99
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS SKÓRE ZA PRACOVISKO Č. 9 - TABUĽKOVÉ ZOBRAZENIE ZBERU DÁT ZA MESIAC NOVEMBER A DECEMBER 2018.....	99
	PRÍLOHA Č. 6	101
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS SKÓRE ZA PRACOVISKO Č. 9 - SUMÁRNY VÝVOJ TABUĽKOVÉ ZOBRAZENIE	101
	PRÍLOHA Č. 7	102
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS ZA PRACOVISKO Č. 9 - GRAFICKÁ VIZUALIZÁCIA	102
	PRÍLOHA Č. 8	103
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS SKÓRE ZA PRACOVISKO Č. 10 - SUMÁRNY VÝVOJ TABUĽKOVÉ ZOBRAZENIE	103
	PRÍLOHA Č. 9	104
	PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS ZA PRACOVISKO Č. 10 - GRAFICKÁ VIZUALIZÁCIA	104
	PRÍLOHA Č. 10	105

PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS SKÓRE ZA PRACOVISKO Č. 11 - SUMÁRNY VÝVOJ TABUĽKOVÉ ZOBRAZENIE	105
PRÍLOHA Č. 11	106
PRÍKLAD KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM - L,H,LS ZA PRACOVISKO Č. 11 - GRAFICKÁ VIZUALIZÁCIA	106
PRÍLOHA Č. 12	107
PRÍKLAD RETROSPEKTÍVNEHO MERANIA BEZ KOMPLEXNÉHO HODNOTENIA NQRM	107
PRÍLOHA Č. 13	108
20190213 100096 SN16 DEATH OF A PERSON USING THE SERVICE WITH ADDITIONAL QUESTIONS v7 (FORMULÁR PRE ÚMRTIE OSOBY VYUŽÍVAJÚCEJ SLUŽBU S ĎALŠÍMI OTÁZKAMI)	108

Slovník a definovanie pojmov

V predkladanom dokumente sú nasledovné pojmy používané vo význame :

destabilizácia - zhoršenie zdravotného stavu, pokračovanie zhoršenia zdravotného stavu, ktoré môže vyústiť do smrti pacienta

fatálna destabilizácia - zhoršenie zdravotného stavu, ktoré vedie k úmrtiu pacienta

Lazar UP syndróm - pozitívny zvrät v zdravotnom stave u pacienta s najvyššou mierou rizika destabilizácie

mortalita - úmrtnosť, podiel zomretých

nihilizmus (lat. nihil - nič) - popieranie všetkých mravných, spoločenských a podobných hodnôt; filozofická doktrína, ktorá podporuje myšlienku, že život je bezvýznamný, čo naznačuje absenciu viery v jeden alebo niekoľko zdanlivo zmysluplných aspektov života

ošetrovateľský paušál - úhrada zdravotnej poisťovne za poskytnutú ošetrovateľskú starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci v prípade, že zariadenie sociálnych služieb má zmluvu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou; ošetrovateľský paušál sa vzťahuje na tých poskytovateľov sociálnych služieb, ktorí sú zároveň poskytovateľmi zdravotnej (ošetrovateľskej) starostlivosti v zmysle platnej legislatívy

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

stabilizácia - zlepšenie zdravotného stavu, zastavenie zhoršenia zdravotného stavu, a tým oddialenie alebo odvrátenie predčasnej smrti pacienta; Pacient je stabilizovaný, ak jeho stav nepredpokladá fatálnu destabilizáciu

QRNM (QUALITY OF RISK NURSING MANAGEMENT)/ NQRM (NURSING QUALITY RISK MANAGEMENT) – riadenie rizík zhoršenia zdravotného stavu pacienta kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou, jeden z kľúčových ukazovateľov výkonnosti procesov komplexného ošetrovateľského manažmentu pacienta v následnej a dlhodobej starostlivosti

Zoznam skratiek

ADL	(ACTIVITY OF DAILY LIVING) aktivity denného života - test sebestačnosti
ADOS	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
ATB	antibiotikum/-á
CRP	C reaktívny proteín (marker možnej bakteriálnej infekcie)
EFQM	(EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT) Európska nadácia pre manažérstvo kvality
EUR	euro
IS	imobilizačný syndróm
JCI	(JOINT COMMISSION INTERNATIONAL) Spojená medzinárodná komisia
KO	krvný obraz
LTC	(LONG TERM CARE) dlhodobá starostlivosť
MKCH	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MPSVaR SR	Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky
MMSE	(MINI MENTAL STATE EXAMINATION) mini test kognitívnych schopností
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva slovenskej republiky
NCMP	náhla cievna mozgová príhoda
NCSRK	Národná cena Slovenskej republiky za kvalitu
NHS	(NATIONAL HEALTH SYSTEM) národný systém zdravotnej starostlivosti v UK
NSG	nasogastrická sonda
NQRM	(NURSING QUALITY RISK MANAGEMENT) riadenie rizík zhoršení zdravotného stavu pacienta kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou (pôvodná, staršia skratka pre QRNM)
OECD	(ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT) Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
PDCA	(PLAN-DO-CHECK-ACT) metóda postupného zlepšovania kvality procesov
PSK	Prešovský samosprávny kraj
QRNM	(QUALITY OF RISK NURSING MANAGEMENT) riadenie rizík zhoršení zdravotného stavu pacienta kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou
RHB	rehabilitácia
RTG	röntgenové žiarenie/röntgenový
SKSaPa	Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek
SR	Slovenská republika
TQM	(TOTAL QUALITY MANAGEMENT) komplexné manažérstvo kvality
UK	(UNITED KINGDOM) Spojené kráľovstvo
USG	ultrasonografia
VÚC	Vyšší územný celok
V4	Vyšehradská štvorka
ZS	zdravotná starostlivosť
ZSS	zariadenie/zariadenia sociálnych služieb

Zoznam obrázkov, grafov a tabuliek

Zoznam obrázkov

- Obr. č. 1 **Sieť poskytovateľov LTC v rámci štruktúr zdravotníckeho a sociálneho systému**
- Obr. č. 2 **Stretnutie s poslankyňami NR SR vo veci zavedenia ošetrovateľstva do slovenských zariadení sociálnych služieb** (zľava doprava Elena Červeňáková, Alena Mochnáčová, Soňa Gaborčaková, Zuzana Fabianová)
- Obr. č. 3 **Prvé slovenské národné štandardné ošetrovateľské postupy** pre komplexný manažment pacienta v rukách autorov a zástupcov zainteresovaných strán. Prítomná je vtedajšia štátna tajomníčka MZ SR Andrea Kalavská a garant projektu MZ SR docent Jozef Šuvada.
- Obr. č. 4 **Príbeh pacienta v systéme dlhodobej zdravotnej starostlivosti bez štandardov**
- Obr. č. 5 **Príbeh pacienta v systéme dlhodobej zdravotnej starostlivosti s fungujúcimi štandardmi**
- 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)
- Obr. č. 8 **Výber vhodnej služby na Portáli Malina**
- Obr. č. 9 **Ambasádorka projektu Kristína Svarinská ešte pred spustením projektu navštívila zariadenia pre bezvládných pacientov**
- Obr. č. 10 **Portál Malina ako súčasť platformy vzájomnej spolupráce a pomoci**
- Obr. č. 11 **Paul Swithenbank**
- Obr. č. 12 **Olivia Josephine Care Limited, The Willows Care Home Midgeland Road Marton Blackpool**
- Obr. č. 13 **Paul Swithenbank a Tracey Otterman v ZSS Slnečný dom**
- Obr. č. 14 **Paul Swithenbank počas odbornej diskusie v ZSS Slnečný dom**
- Obr. č. 15 **Náhl'ad do sumárneho formulára pre monitoring NQRM**
- Obr. č. 16 **Iniciálna fáza sledovania trendov NQRM v širšom časovom období**
- Obr. č.17 **Riadenie rizika destabilizácie pacientov v kontexte PDCA cyklu manažérstva kvality** (zdroj: štandard)
- Obr. č. 18 **Príklad cieľových kritérií** (zdroj: štandard)
- Obr. č. 19 **Algoritmus riadenia rizika destabilizácie v kontexte rozvoja kvality starostlivosti** (zdroj: štandard)
- Obr. č. 20 **Implementačný tím na pracovisku v Nových Zámkoch** (Nitriansky kraj)
- Obr. č. 21 **Implementačný tím na pracovisku v Bojniciach** (Trenčiansky kraj)
- Obr. č. 22 **Zuzana Fabianová medzi vybraným hrdinami koronakrízy na titulke FORBES**
- Obr. č. 23 **Zuzana Fabianová v odbornej diskusii osobností FORBES v kategórii Veda a zdravotníctvo** (zľava doprava šéfredaktor FORBES, Pavol Čekan, Zuzana Fabianová, Peter Sabaka)
- Obr. č. 24 **Reforma ADOS v SR** (prínos z pohľadu pacienta, poskytovateľa a systému zdravotnej starostlivosti)
- Obr. č. 25 **Návrh reformy ADOS v SR - od čiastkových výkonov ku komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti**

Zoznam grafov

- Graf. č. 1 **Analýza príčinných súvislostí zhoršenia stavu**
- Graf č. 2 **Vývoj počtu destabilizácií v iniciálnej fáze**
- Graf č. 3 **Zvládnutie rizika destabilizácie v mesiacoch máj až december 2017**
- Graf č. 4 **Vývoj inovácií vo vzťahu k celkovému počtu ošetrovaných klientov na základe analýz zhoršení zdravotného stavu**
- Graf č. 5 **Cieľový pomer LTC poskytovateľov vo vzťahu k obdobiu poskytovania starostlivosti**
- Graf č. 6 **Cieľový pomer LTC poskytovateľov vo vzťahu ku kapacite osoba/lôžko deň**

Zoznam tabuliek

- Tab. č. 1 **Zvládnutie rizika destabilizácie v mesiacoch máj až december 2017**
- Tab. č. 2 **Návrh bonifikácie v nadväznosti na hodnotenie kvality poskytovateľov ADOS**
- Tab. č. 3 **Štruktúra rady**

Úvod

V národnom i globálnom kontexte existuje a narastá skupina dlhodobo chorých a bezvládných osôb, ktoré potrebujú kontinuálnu starostlivosť o zdravie po dobu týždňov, mesiacov a rokov.

V skupine vážne a dlhodobo chorých možno hovoriť o **očakávanom pokračujúcom zhoršovaní zdravotného stavu**, a tým aj sociálneho statusu, no tento zákonitý proces možno spomaliť. Kvalita i dĺžka života týchto osôb je často priamo úmerná kvalite ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá im je poskytovaná v prostredí, v ktorom sa práve nachádzajú.

Je ošetrovateľská starostlivosť o osoby v zariadeniach následnej a dlhodobej starostlivosti v SR na primeranej kvalitatívnej úrovni?

Sú mechanizmy odmeňovania a poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti dostatočné a existujú vôbec funkčné nástroje, ktoré by poskytovatelia nabádali k maximálnemu úsiliu na ochranu života a zdravia svojich klientov?

Tieto otázky sú pre každú spoločnosť mimoriadne vážne a dôležité, a to prinajmenšom z etických dôvodov.

Žijeme v období, keď sa nemožno spoliehať na základné etické princípy, ktoré v starostlivosti o rodičov priamo v rodinách fungovali prirodzene a spontánne. V súčasnosti, je uplatnenie práva na čo najlepšiu starostlivosť o zdravie ohrozené. Prírodnými činiteľmi hrozby sú nedostatok financií, ľudských zdrojov, vyčerpanosť poskytovateľov bojovať ďalej s mnohými prekážkami, ktorým musia pri manažovaní služieb čeliť. Kvalita aktuálne nemá na ružiach ustlané, a paradoxne sa ekonomicky môže viac dariť tým poskytovateľom, ktorí vynakladajú na rozvoj kvality služieb menej úsilia. A predsa, a práve preto sa nemôžeme v našom úsilí zastaviť a rezignovať. Ak by sa podarilo zapáliť oheň tvorivej vynaliezavosti vnútri organizácií, sila motivovaných tímov celkom iste dokáže prekonať mnohé prekážky na ceste k lepšej a kvalitnejšej starostlivosti. O tom, že sa to dá, už roky presviedčame vlastným príkladom.

Od roku 2018 sme museli vyšliapať trnistú cestu zlyhávajúcich procesov v súvislosti s novou legislatívou k ošetrovateľskému paušálu a kvôli odvážnemu kroku sme sa neraz ocitli aj v existenčnom ohrození. Prebrodili sme rieku plnú nástrah a v ceste k zvyšovaniu kvality a dostupnosti adekvátnej starostlivosti pokračujeme. Oslovujú nás pritom všetky možnosti a príležitosti zapájania sa do tvorby národných politík. Chceme byť nositeľmi dobrej zmeny. Nikdy sme sa nevzdali myšlienky nároku klienta v ZSS na primeranú ošetrovateľskú starostlivosť, a veríme, že to stálo za to, predsa aj v našej krajine žijú ľudia, ktorí rovnako ako vo vyspelom zahraničí potrebujú v starobe a bezvládnosti primeraný ošetrovateľský manažment v kombinácii so sociálnym a duchovným uspokojením potrieb. Ak niektorý z týchto aspektov zlyháva, pacient trpí a často aj zbytočne umiera.

Cieľovou skupinou nášho projektu sú vážne a dlhodobo choré osoby, ktoré by v prípade poskytnutia včasnej a adekvátnej starostlivosti mohli žiť, lepšie a dlhšie, ak dokážeme zabezpečiť riadenie rizika pokračujúceho zhoršenia zdravotného stavu. V nami predkladanom strategickom dokumente analyzujeme, základné východiská, problémy a ich príčinné súvislosti pomenúvame, porovnávame, a aj na základe našich skúseností a veľmi inšpiratívnych zahraničných prístupov v danej problematike, ponúkame súbor strategických riešení.

1 Analýza

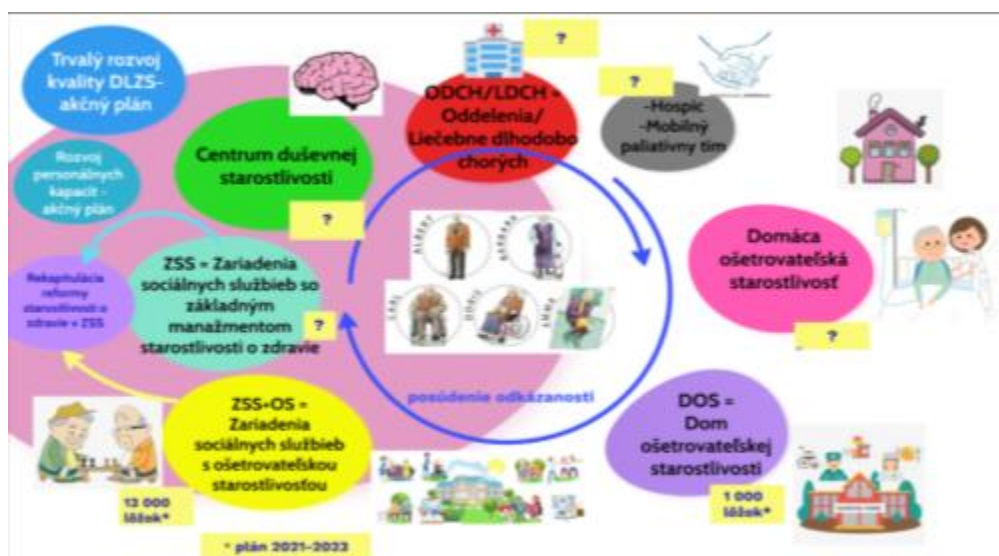
1.1 Analýza súčasného stavu a monitoring LTC pobytových zariadení v SR ako impulz projektu “Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu (národná úroveň)”

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, hospicov, 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, akosi “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 chorých 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 efektivitu 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 chorých 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 chorých seniorov pôsobíme viac ako 20 rokov. Sme najoceňovanejším 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 chorých, inšpirovaní vyspelou zahraničnou praxou, sa v posledných rokoch usilujeme aktívne participovať na tvorbe politik 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 neprijemne 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 ohrožujúcich 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 previaz 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 výnimočnosti 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 zánieteniu, 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 starosť 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 štandardy, 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 štandardy 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 manažerstva kvality a jeho úspešnú implementáciu v praxi, môžeme byť naďalej nielen príkladom a vzorom, ale tiež úspešným architektom národnej koncepcie efektívneho zavedenia systému manažerstva 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 **příprava konceptu stratégie implementovania riadenia rizika destabilizácie pre vážne a dlhodobo chorých v SR v kontexte manažerstva 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.**

1.2 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 ošetrojúceho 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

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 zistujeme, 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 zablúdenia, 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). Malnutrícia nie je častá iba u pacientov pred prijatím do nemocnice. Približne 30 % prípadov sa vyvinie v nemocnici ako iatrogénna malnutrícia. Potrebu štandardizácie manažmentu rizika malnutrície zvyrazňuje 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 malnutrícia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie k smrti pacienta (Zadák, 2002). Podľa Lukáša (2014) seniori vo veku nad 75 rokov sú 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. Jedinec je v súvislosti s imobilitou ohrozený poškodením jednej alebo niekoľkých orgánových sústav (Vytejková, 2011). Podľa Kalvacha (2008) je **imobilizačný syndróm klasický geriatrický syndróm**, ktorý je odrazom závažnej akútnej dekompenzácie zdravotného stavu a terminálnej fázy geriatrickej krehkosti. Najvýraznejšie zmeny počas dlhodobej imobility sa prejavujú na kostrovom a svalovom systéme (Kozierová, 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 kvadruparézou 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 prosperovania 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.“*

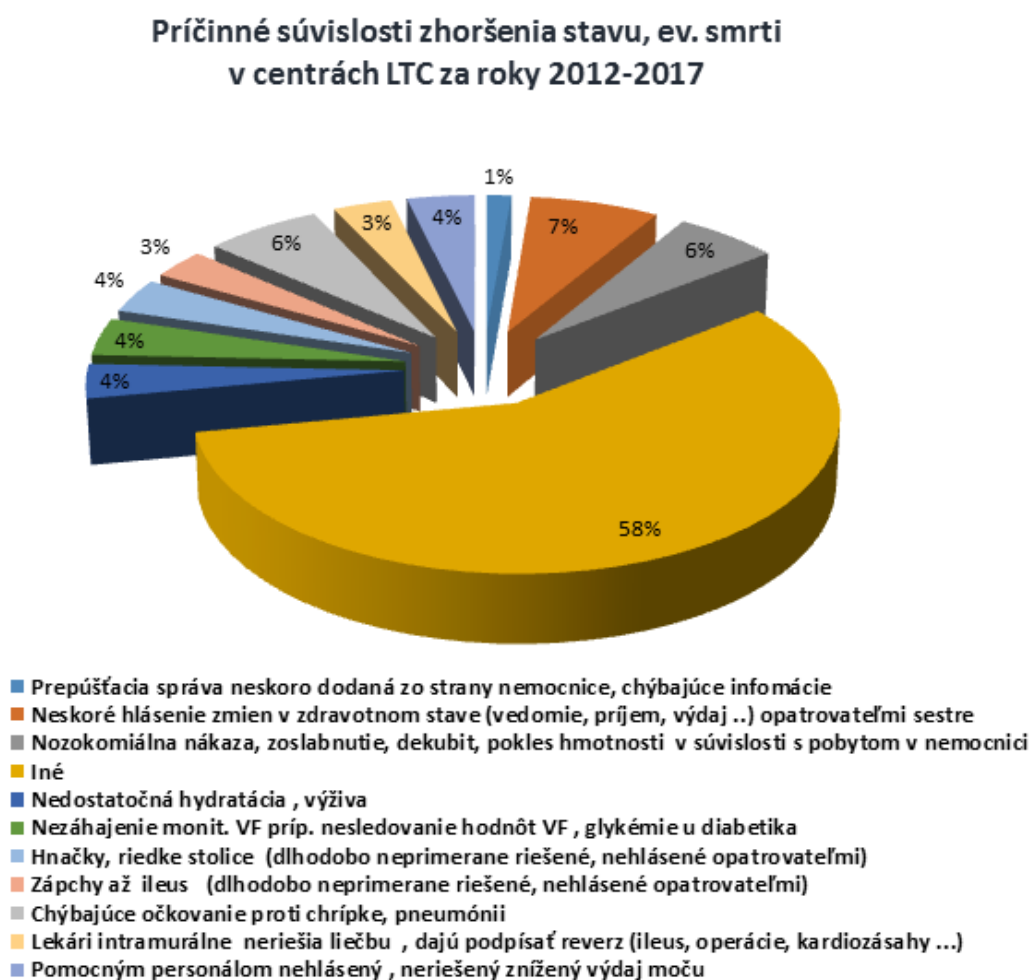
1.3 Výsledky posúdenia kvality starostlivosti o zdravie, analýza procesov a príčinných súvislostí ovplyvňujúcich kvalitu poskytovanej LTC

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 Slniečny 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 zlyhávanie procesov 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*



1.4 Analýza a zhrnutie platnej legislatívy pre oblasť dlhodobej starostlivosti

1.4.1 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.

1.4.2 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 Slniečny 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 zďaleka 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.

1.4.3 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 zanietením 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 malnutricia natoľko závažná, že pokiaľ nie je včas liečená umelou výživou, vedie k smrti pacienta. Druhým príkladom významu štandardizácie 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 vypracovaným 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

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

- 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
- 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 nutrície, 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 manažérstva kvality na vybraných pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slniečny 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 manažerov ošetrovateľskej starostlivosti, no tiež pedagógov, a študentov ošetrovateľstva.

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

1.4.4.1 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 je celkom iste možné dosiahnuť tiež implementovaním odporúčaní zo štandardu *Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej starostlivosti*. Neskorá a neadekvátne starostlivosť po ukončení hospitalizácie výrazne zvyšuje riziko destabilizácie u krehkých pacientov. Ukazuje sa, že faktory úspešného zvládnutia rizika destabilizácie u krehkých pacientov sú veľmi početné, a často veľmi významné, dokonca determinujúce perspektívu pacienta.

Zhrnutie štandardov pre dlhodobú starostlivosť

- Pacientsky a rodinne orientovaná starostlivosť - "PROS"³
- Komplexné uspokojovanie potrieb osôb v následnej a dlhodobej starostlivosti
- Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej starostlivosti
- **Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti**
- Multidisciplinárny manažment zdravia dospelých v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti

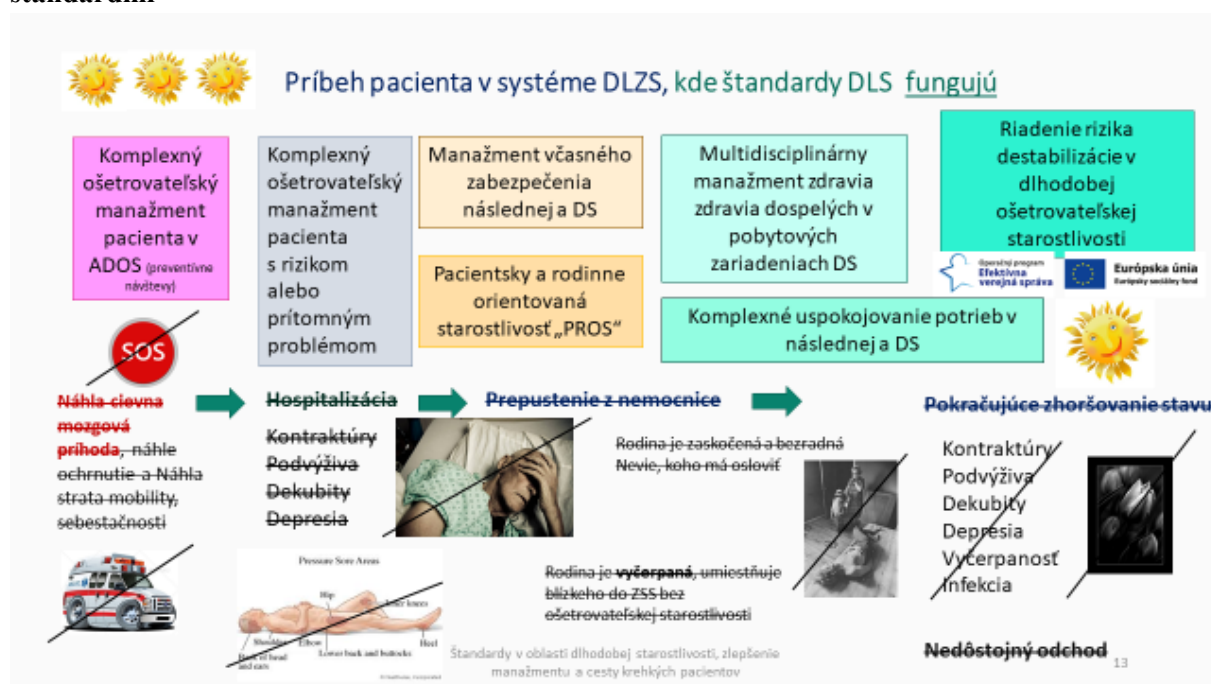
Uplatňovanie štandardov pre oblasť dlhodobej starostlivosti môže výrazne zmeniť príbeh pacienta v systéme dlhodobej starostlivosti (pozri Obr. č. 5). V systéme bez štandardov v domácom prostredí osoby často a zbytočne vznikajú situácie náhleho zhoršenie zdravia, ktorým by bolo možné predísť, následne, 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.

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

Obr. č. 4 Príbeh pacienta v systéme dlhodobej zdravotnej starostlivosti bez štandardov



Obr. č. 5 Príbeh pacienta v systéme dlhodobej zdravotnej starostlivosti s fungujúcimi štandardmi



1.4.4.2 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

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.

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 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.

1.4.4.3 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 poisťenoch, 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.

1.5 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

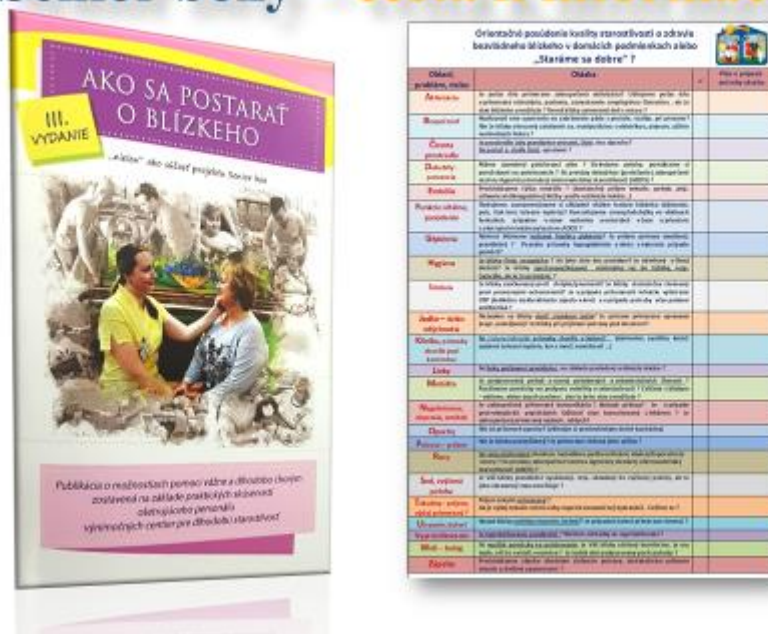
Senior box je akýsi štartovací balíček produktov a publikácie, súboru dôležitých odporúčaní pre seniora pri prepúšťaní z nemocnice. Cieľom Senior boxu je usmerniť blízkych ako sa správne starať o seniora a potešiť alebo povzbudiť produktami našich partnerov. Zloženie Senior boxu nie je každý rok rovnaké 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, sprchový 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



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.

Ktorý druh služby je vhodný?



VEDOMIE A ORIENTÁCIA

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

VEDOMIE A ORIENTÁCIA

PRÍJEM STRAVY

- ☐ samostatne, bez pomoci a výraznejších ťažkostí
- ☐ s pomocou
- ☐ ťažkosti s požitím
- ☐ ťažkosti s prehltnutím
- ☐ ťažkosti s žuvaním

VYLUČOVANIE

- ☐ normálne
- ☐ stredná alebo ťažká inkontinencia moču a stolice
- ☐ permanentný kašeľ alebo kŕče

MOBILITA/POHYBLIVOSŤ

- ☐ normálna
- ☐ čiastočne obmedzená
- ☐ neschopnosť pohybu, pripútanosť k lôžku

POPIS STAVU

- ☐ neuväznený na lôžku
- ☐ neschopný chodiť
- ☐ nevyhnutná pomoc pri veľkých ťažkostiach
- ☐ príjem stravy ťažký alebo s ťažkosťami
- ☐ vedomie normálne alebo spaziaty

ZMENY NA KOŽI

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

INDIKÁCIA PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI

- ☐ ťažké, nevratné, nevyhľaditeľné ochorenie so zlou prognózou (na základe vyjadrenia ošetrovateľa)

PRÍPRAVENOSŤ RODINY POSTARAŤ SA O OSOBU DOMA

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

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 ošetrovatel'stve. 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 poskytnie 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 získa pacient a jeho rodina (pozri obr. č. 10).

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



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

1.6.1 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 (respite 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** (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.

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

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



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?



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.

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

⁶ www.cqc.org.uk, www.cqc.org.uk

⁷ NHS = National Health System [NHS](http://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 optickej starostlivosti. Anglický NHS tiež vyžaduje, aby pacienti platili poplatky za predpis s radom výnimiek z týchto poplatkov.

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:**

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

3) **Vnímovosť, reaktivnosť, komunikácia pri sťažnostiach,**

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

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

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 Slniečny 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_FI_NAL.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.

⁹Zdroj:

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

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

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

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.

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

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 supervíziu, 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 Slnčný 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) ,*
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 Slnčný 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.

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>

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.

1.6.2 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)

2 Vypracovanie metodiky, vývoj nástrojov pre efektívne riadenie rizika destabilizácie v praxi zariadení LTC

2.1 Komplexné manažérstvo kvality ako predpoklad pre vývoj efektívneho a etického nástroja riadenia starostlivosti o zdravie v LTC

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

2.1.1 O komplexnom manažerstve kvality všeobecne (TQM)

Organizácie sú čoraz viac hybnou silou veľkých spoločenských zmien: S mnohými užitočnými myšlienkami a inováciami prichádzajú jednotlivci, ktorí sú ich ústrednými hráčmi. „*Budúcnosť ľudskej spoločnosti bude závisieť od organizácií.*“ (Sedlák, 2009, str. 16). Jednou z ciest ako možno efektívne dosiahnuť hrozby, príležitosti i výzvy v riadení, s ktorými sa manažér v dlhodobej starostlivosti dennodenne stretáva, a ktorým musí úspešne čeliť, je implementácia komplexného manažerstva kvality.

Prínos kvality ako dôležitú konkurenčnú výhodu pre organizácie i celú spoločnosť pochopili ako prví Japonci. Vďaka príchodu amerických veľikánov v oblasti kvality – E. Deminga, P. Crosbyho a J. J. J. Jurana bolo predstavené nové smerovanie manažerstva organizácií založené na vysokej kvalite produktov a služieb. V súčasnosti existuje obrovské množstvo organizácií, ktoré spĺňajú ustanovenia celého spektra požiadaviek na manažerstvo kvality. Hľadajú sa však aj ďalšie spôsoby na dosahovanie úspešnosti v podnikaní. Filozofiou komplexného manažerstva kvality (ďalej len „TQM“) sa prioritizuje efektívne manažerstvo všetkých činností na uspokojenie zákazníkov, zainteresovaných strán za účasti všetkých zamestnancov. Podľa Carlsona ide o komplexný a dynamický koncept, ktorý je založený na atribútoch a funkciách pre kontrolu kvality práce v organizáciách, na dosiahnutie vysokej úrovne spokojnosti zákazníka. Madu definoval TQM ako koncept, s ktorým je každý zamestnanec kontrolórom svojej práce a všetci zamestnanci sa koncentrujú na spoločný cieľ. Zmyslom každej definície TQM je orientácia na zákazníka, sústavné zlepšovanie, zapojenie všetkých a tiež sociálna ohľaduplnosť. TQM možno vnímať ako akúsi nadstavbu systému manažerstva kvality, ktorá je charakteristická napríklad aj rozšírením prístupov o ďalšie oblasti ako sú financie, spoločnosť, environment.

TQM je založený na tzv. 8 koncepciách komplexného manažerstva kvality podľa Európskej nadácie pre manažerstvo kvality (EFQM) :

1. Vytvorenie hodnoty pre zákazníkov
2. Vytváranie trvalo udržateľnej budúcnosti
3. Rozvíjanie schopností organizácie
4. Využívanie kreativity a inovácií
5. Vedenie na základe vízie, inšpirácie a integrity
6. Agilné riadenie
7. Dosahovanie úspechu vďaka schopnostiam zamestnancov
8. Trvalé dosahovanie vynikajúcich výsledkov

Každá z koncepcií je významná, maximálny prínos však možno dosiahnuť iba v prípade, že ich organizácia dokáže do svojej kultúry začleniť všetky.

Medzi **faktory úspešnosti** pri implementácii TQM možno zaradiť:

- dôležitosť záväzku manažmentu a pochopenia pojmu kvalita,
- porozumenie zákazníkovi a ostatným zainteresovaným stranám ako hlavným prispievateľom úspešnej organizácie,
- porozumenie princípom a metódam TQM,
- porozumenie dôležitosti kontinuálneho zlepšovania,
- porozumenie filozofii a meracím technikám TQM,
- identifikovanie prínosov implementácie TQM.

V Slovenskej republike je najvyšším možným stupňom uznania manažérstva kvality organizácie **Národná cena Slovenskej republiky za kvalitu** (ďalej len „NCSRK“), ktorá sa udeľuje pravidelne od roku 2000. Súťaž sa vyhlasuje každoročne v novembri počas Európskeho týždňa kvality v Slovenskej republike a končí slávnostným vyhlásením výsledkov v novembri nasledujúceho roka. Záštitu nad súťažou preberá každoročne prezident Slovenskej republiky. Víťazi Národnej ceny majú možnosť zúčastniť sa súťaže EQA (Európska cena za kvalitu). Stupeň ocenenia v NCSRK závisí od počtu bodov, ktoré organizácia vyrábajúca výrobky alebo poskytujúca služby, registrovaná v Slovenskej republike, získa v priebehu súťaže. Oceneným finalistom sa stáva organizácia so 401 a viac bodmi. Víťazom Národnej ceny za kvalitu sa stáva organizácia s najvyšším počtom bodov (max. 1 000 bodov).

Naprieč celou Európou sa dnes využíva osvedčený model, ktorý je výsledkom iniciatívy zástupcov európskych organizácií, ktoré sa snažili o univerzálne definovanie výnimčnosti – Model výnimčnosti EFQM, ktorý je dobrovoľný a vhodný pre akúkoľvek organizáciu súkromného alebo verejného sektora, usilujúcu sa o trvalé zlepšovanie svojej činnosti. Model výnimčnosti EFQM predstavuje rámec, ktorý pomáha organizáciám zavádzať základné koncepcie výnimčnosti a logiku RADAR do praxe. Logika RADAR je účinným nástrojom manažmentu na dôsledné, kvalitatívne hodnotenie dosahovanej úrovne kvality a výkonnosti organizácie. Logický rámec RADAR pozostáva zo štyroch zložiek:

1. Požadované výsledky – *Required Results*,
2. Plánuj a rozvíjaj prístupy – *Plan and develop Approaches*,
3. Rozšir prístupy – *Deploy Approaches*,
4. Hodnot' a zdokonaľuj prístupy a rozšírenie – *Access & Refined Approaches and deployment*.

Logika teda začína od výsledkov, konkrétne od určenia tých výsledkov, ktoré si organizácia stanovila vo vlastnej politike a stratégii. Vo výnimčných organizáciách budú merané výsledky po realizácii cyklu zlepšovania zrkadliť pozitívne trendy a napĺňanie, v najlepšom prípade aj prekračovanie cieľov. Meraná výkonnosť sa dá následne porovnávať s ďalšími organizáciami a rozsah sledovaných výsledkov pokrýva kľúčové oblasti činnosti organizácie (Paulová, 2013).

2.1.2 Indikátory kvality v LTC

Úlohou organizácií je byť efektívnymi. Vyjadrovanie efektívnosti je dôležité z hľadiska praxe i teórie. Neexistuje univerzálna zhoda názorov na interpretáciu efektívnosti, no **najstarším a najrozšírenejším spôsobom definovania a hodnotenia je cieľový prístup spočívajúci v hodnotení výstupov**. Manažment, ako praktická činnosť začína stanovením cieľov. Svetoznámy americký ekonóm P. F. DRUCKER tvrdil, že to, čo sa vždy ukazovalo ako najvýnimočnejšia charakteristika podnikového manažmentu, t.j. meranie jeho výsledkov ekonomickými ukazovateľmi, čiže ziskovosťou, sa teraz objavuje ako príklad toho, čo potrebujú všetky inštitúcie (Sedlák, 2009).

Podľa Holmerovej (2014) sú indikátory medzinárodných a zahraničných systémov kvality spracované v kľúčovom materiáli vydanom OECD. Ďalším relevantným medzinárodným zdrojom sú tiež závery pracovnej skupiny pri medzinárodnej organizácii AGE, ktoré sa týkajú nielen práv a povinností starých ľudí, ktorí potrebujú starostlivosť, ale tiež vlastných zásad, ktorými sa má táto starostlivosť riadiť.

Vydanie Medzinárodných štandardov pre následnú a dlhodobú starostlivosť bolo významným okamihom v snahách Joint Commission International (JCI), ktorej cieľom bolo vypracovať štandardy, ktoré budú pokrývať spektrum zdravotnej starostlivosti poskytovanej na celom svete. Potreby klientov, ktorí potrebujú chronickú a dlhodobú starostlivosť alebo starostlivosť sociálnu či podpornú, sa uspokojujú v rôznych typoch zariadení. Poslanie zariadení a spektrum ich služieb sa síce líšia, ale v každom z nich existuje celý rad spoločných procesov, ktorých cieľom je uspokojovanie potrieb klienta. K týmto procesom patrí príjem klienta do zariadenia, rešpekt k jeho jedinečnosti a k jeho právam, vyšetrenie klientov, plánovanie starostlivosti a služieb a ich poskytovanie, zaistenie primeranej edukácie a koordinácie starostlivosti a služieb v rámci zariadenia a medzi jednotlivými zariadeniami.

Medzinárodné štandardy pre dlhodobú starostlivosť boli vypracované prostredníctvom medzinárodných expertných panelov a následne boli štandardy samotné a metodika ich naplnenia a hodnotenia overené v mnohých krajinách sveta. Základným princípom týchto štandardov je maximálny dôraz kladený na aktivitu príslušného zariadenia pri úprave jednotlivých činností, či už formou interného predpisu, alebo vytvorením konsenzuálneho postupu (JCI, 2005).

V zariadení, ktoré usiluje o kvalitu prebieha zber a analýza objektívnych dát o kvalite (indikátorov kvality). Aby sa sledovanie dát stalo skutočne účinným nástrojom zvyšovania kvality, musia byť získané informácie použité pre ďalšie zlepšovanie (SAK ČR, 2009 in Plevová, 2012).

Výber príkladov sledovaných indikátorov v zdravotníckych zariadeniach:

- pády a zranenia pacientov pri hospitalizácii
- meranie dekubitov
- flebitídy spojené so zavedením permanentného žilového katétra
- výskyt nozokomiálnych infekcií
- medikačné pochybenia
- zámena pacienta
- neplánované opakované prijatia pacientov
- neplánované operačné zákroky
- spokojnosť pacientov
- nežiaduce situácie apod. (Plevová, 2012).

Podľa Šupsákovvej (2017) sú práve **nežiaduce udalosti a ich monitorovanie, vyhodnocovanie a spracovanie v súčasnosti kľúčovým elementom v procese zvyšovania bezpečnosti pacientov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti**, čo je v súlade s odporúčaniami Luxemburskej deklarácie. Za nežiaducu udalosť je v posledných rokoch považované i neočakávané zhoršenie zdravotného stavu pacienta, ak nesúvisí s komplikáciou zdravotného stavu. Tento prístup vyvolával spektrum otázok a niekedy i rozpakov nad odhalením pôvodu tohto zhoršenia a nad jeho odlíšením od bežnej komplikácie. *„Okrem týchto náhodných alebo nechcených príhod by však analýza náhleho, neodôvodneného zhoršenia stavu pacienta teoreticky tiež mohla predísť podobnému prípadu, ako bol prípad „heparínového vraha“ z roku 2006, zvlášť pokiaľ sa nečakané zhoršenie stáva opakované a často.“* (Šupsáková, 2017, s.101).

2.1.3 Spoločenská zodpovednosť, filantropia, etika a dobro - inšpiratívne princípy pre oblasť riadenia v LTC

V súčasnosti sa od organizácii očakáva, že okrem uspokojovania zákazníkov budú mať osoh z organizácie aj všetky zainteresované strany. Nastáva posun od kvality produktov ku kvalite

organizácie. Vďaka zodpovednému podnikaniu sa organizácie môžu podieľať na dosahovaní rovnováhy pri realizácii hospodárskych, sociálnych a environmentálnych cieľov (Paulová, 2013).

Výsledkom analýz z následkov ekonomických činností podnikov na spoločnosť a prírodu bolo poznanie, že podniky rôznym spôsobom zasahujú do oprávnených záujmov rôznych spoločenských skupín. Koncepcia **spoločenskej zodpovednosti** poukazuje o.i. aj na prepojenie vzťahov medzi podnikaním a inými sociálnymi skupinami v lokálnej a globálnej spoločnosti. V praxi sa možno stretnúť s mylnou interpretáciou spoločenskej zodpovednosti organizácií, v ktorej dochádza k redukovaniu spoločenskej zodpovednosti na dobrovoľnícku alebo filantropickú činnosť. Dobrovoľná činnosť, ktorej cieľom je pozdvihnúť materiálny alebo duchovný život príjemcu sa označuje pojmom **filantropia**. Filantropické správanie je charakterizované aktívnym postojom jednotlivca smerom k záujmom a potrebám iných ľudí. Organizácia môže byť filantropická až vtedy, keď splní svoje základné ekonomické či spoločenské poslanie v súlade s etikou a ekológiou. Až potom sa stáva oprávnená a dôveryhodná jej filantropická aktivita. Filantropické aktivity slúžia **dobrej veci a spoločenskému dobru**, nesmú byť namierené proti iným ľuďom (Remišová, 2015).

Paulová (2013) uvádza, že podľa podkladov európskeho normatívu význam zodpovedného podnikania spočíva v odraze základných hodnôt spoločnosti, v ktorej chceme žiť. **Osobný záujem, vnútorné uspokojenie, pocit morálnej zodpovednosti, túžba realizovať moderné postupy a snaha vrátiť niečo späť miestnej komunite** sú hlavnými motívmi, ktoré firmy uvádzajú ako dôvody zapojenia sa do spoločenského podnikania.

Nevyhnutným atribútom ekonomiky a manažmentu je etika. Počiatky spájania ekonómie s etikou možno vypátrať prinajmenšom u Aristotela, a to v jednom z jeho troch diel o etike. Etika sa líši od správania v súlade so zákonom. Mnohí sa nazdávajú, že ak neporušujeme zákon, správame sa eticky, čo nemusí byť pravda, pretože etika často presahuje zákon. Etiku používajú manažéri ako pravidlo pri rozhodovaní. V poslednom čase rastie záujem manažérov o **etiku v podnikaní**, čo je zároveň dôvod, prečo narastá jej význam v manažmente. Pozoruhodným príkladom odôvodnenia úspešného manažmentu je **japonský úspech** v tradičnom manažmente podnikov. Japonskú povojnovú obnovu a ekonomický rast podporovali súkromné spoločnosti; japonský systém manažmentu obsahuje etickú stránku, ktorá výrazne ovplyvnila hospodársku silu krajiny. Japonsko ako krajina s konfucianistickou etikou akcentuje zladenie záujmov jednotlivca, kolektívu (spoločnosti) a štátu a stanovuje spoločenské normy a povinnosti človeka, pričom ústrednú rolu zohráva rodina. Jednotlivci sa majú obetovať v záujme cieľov spoločnosti. Ďalším faktorom úspechu Japoncov bola ich schopnosť dokonale preštudovať, rozvíjať a inteligentne začleniť do svojho systému cudzie poznatky (prvky). Výsledkom takéhoto prístupu bolo preváženie vlastných prístupov nad tými, ktoré boli inšpiráciou (Sedlák, 2009).

Organizácie poskytujúce zdravotnú a sociálnu starostlivosť o bezvládných seniorov sú viac ako indikované pre uplatňovanie princípov spoločenskej zodpovednosti, filantropie a etiky. Tieto atribúty sa týkajú celého komplexu oblastí manažovania zabezpečovania starostlivosti. Spoločenská zodpovednosť, filantropia i etika je viac menej ich hlavným zameraním a očakávaným prístupom. V praxi sa však presvedčame, že investori pre túto oblasť podnikania upúšťajú od princípov beneficencie a pri hľadaní ciest pre aktivity v súlade s princípmi spoločensky zodpovedného podnikania prioritizujú ziskovosť a marketérsky prístup.

Uvedené vhodne ilustruje príklad Heldovej (2015), ktorá popisuje ako v USA zisky komerčných zdravotníckych zariadení plynuli z toho, že neprijímali osoby s veľkým rizikom ochorenia. Z tohto dôvodu sa dotknuté osoby čoraz viac obracali na zariadenia neziskového charakteru, ktoré sa vďaka takémuto prístupu stali napokon čoraz väčšou obeťou odsudzovania z ekonomickej neefektívnosti. Regulačné orgány ich paradoxne znevýhodňovali a odmeňovali tie

zariadenia, ktoré si vyberali pacientov podľa rizika, redukovali personál a odopierali liečbu v predpisovaní liekov.

Bubeck definuje starostlivosť ako napĺňanie potrieb jednej osoby osobou druhou. Takáto starostlivosť je odpoveďou na určitú podmnožinu základných ľudských potrieb, t.j. potrieb, kvôli ktorým sa stávame závislými na druhých (Bubeck 1995 in Held, 2015).

Podľa Heldovej (2015) starostlivosť je praxou, ktorá výkon poskytovania starostlivosti a kritériá, na ktorých základe môžu byť rôzne druhy starostlivosti hodnotené. Starostlivosť musí dbať na efektívnosť svojich snáh o naplnenie potrieb, no tiež na motívy poskytovania. V rámci starostlivosti sa usiluje o dobré vzťahy.

Heldová (2015) uvádza, že zdravotná starostlivosť sa stáva oblasťou, v ktorej sa stále viac uplatňujú a pôsobia organizácie orientované na zisk. Ideológia **marketizácie** vyprodukovala systém, ktorý je katastrofou verejného zdravia. Napriek enormnej výške vynakladania prostriedkov (omnoho vyšší podiel svojho hrubého domáceho produktu v porovnaní s inými krajinami) na drahú, technologicky vyspelú starostlivosť, je v USA **kratšia doba dožitia a nižšia spokojnosť pacientov**. Ziskové organizácie nie sú odpoveďou na problém kontroly nákladov zdravotnej starostlivosti a na poskytovanie lepšej starostlivosti. Podľa autorky je potrebné uznať obrovskú hodnotu práce v oblasti starostlivosti a od spoločnosti požadovať, aby takáto práca vo všetkých svojich rôznych podobách bola primerane svojej hodnote odmeňovaná viac, ako je to v súčasnosti.

2.2 Vývoj nástrojov a metodiky

2.2.1 Vývoj nástrojov a metodiky riadenia destabilizácií na pracoviskách Ošetrovateľské centrum a Slniečny dom v Humennom

Destabilizácie sú v komplexe zariadení LTC v Humennom merané od roku 2015, kedy sa zároveň začala tvoriť a skúmať metodika k riadeniu rizika destabilizácie. Metodika sa postupne vyvíja a v súčasnosti obsahuje mnoho opatrení, ktoré oddiaľujú predčasné úmrtie. Interná metodika (MR 05 Metodika rizika destabilizácie zdravotného stavu klienta) je významným dokumentom, ktorý definuje najproblémovejšie oblasti starostlivosti, slabé miesta, ktoré často v minulosti spôsobili destabilizáciu, pretože v praxi sa na ne zvykne zabúdať a zároveň definuje nové nástroje, ktoré v centrách účinne pomáhajú kompenzovať externé faktory a nedostatky národného systému zdravotnej starostlivosti.

Zavedenie meraní malo okamžitý efekt, predovšetkým na jednej z prevádzok. Začiatok roka 2015 poukazuje na relatívne vyšší počet destabilizácií. Tento v priebehu roku 2016 výrazne klesol na pracovisku OC Lipová (pozri Graf č. 2) . Destabilizácia pacientov v OC Lipová v roku 2017 klesla na 2 %.

Graf č. 2 Vývoj počtu destabilizácií v iniciálnej fáze



V súlade s PDCA cyklom bola metodika hodnotenia riadenia rizika opakovane prehodnocovaná a aktualizovaná. V aktuálnych meraniach boli hodnotené iba fatálne destabilizácie, teda také zhoršenia ktoré vyústia do smrti pacienta. Na druhej strane boli hodnotenia rozšírené o sledovanie počtu dní hospitalizácií v nemocnici a výskyt Lazarovského syndrómu. Tieto tri výsledky boli hodnotené vždy vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie. Cieľom bolo objektivizovať merania tak, aby riadenie rizika destabilizácie bolo hodnotené vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie. Riziko destabilizácie bolo objektivizované sumárnym použitím troch známych škál hodnotenia rizika v ošetrovatel'stve:

- ADL skóre (sebestačnosť v každodenných činnostiach, úroveň sebaopatery)
- Nortonovej škála (riziko dekubitov)
- MMSE (kognitívne funkcie)

Ktorákoľvek z týchto škál pacienta môže indikovať do skupiny rizikových z hľadiska fatálnej destabilizácie. Pacienti s najvyšším stupňom rizika tvoria v hodnotení osobitnú skupinu. Posúdenie rizika hodnotí vedúca sestra resp. poverená sestra aj priebežne po ukončení mesiaca. Pracuje so Zoznamom vysoko rizikových ošetrovaných klientov. Skontroluje menný zoznam a individuálne riziko u klienta - hodnotenie rizika a dosiahnutý počet bodov/skóre. Vedúca sestra alebo poverená sestra môže využiť aj poznámkový zošit, kde vyhodnocuje riziko, robí si poznámky, môže použiť aj hodnotiace škály. V tabuľke pre daný mesiac zadá ďalšie premenné: Lazarov syndróm, počet hospitalizačných dní a fatálnu destabilizáciu u každého klienta. Na základe týchto údajov sa generuje sumárny vývoj v grafe, ktorý vedúca sestra prekontroluje. Zvládnutie rizika destabilizácie je vždy hodnotené vo vzťahu k prítomnému riziku, pričom platí priama úmera – vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií.

Riziko destabilizácie sa ráta ako percento, respektíve pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu klientov. Na základe tejto metodiky **NQRM (Nursing Quality Risk Management)** – kvalita riadenia rizík sestrami, je **jedným z kľúčových indikátorov**

výkonnosti procesu Komplexná zdravotná a sociálna starostlivosť a teda odbornej dimenzie kvality starostlivosti poskytovateľov ošetrovateľskej (zdravotno – sociálnej) starostlivosti.

Ako „syndróm Lazar UP“ je pomenované každé výrazné zlepšenie predtým veľmi vážneho stavu:

- prejavy zlepšenia, úprava prejavov alebo aspoň zastavenie progresie ochorenia,
- stabilizovanie vitálnych funkcií,
- pokles/úprava zápalových parametrov,
- zlepšenie výsledkov močoviny, kreatinínu, kália,
- zastavenie chudnutia alebo nárast hmotnosti,
- úprava hodnôt EP/zastavenie zhoršovania výsledkov,
- zlepšenie psychického stavu a komunikácie,
- nárast záujmu klienta o okolie.

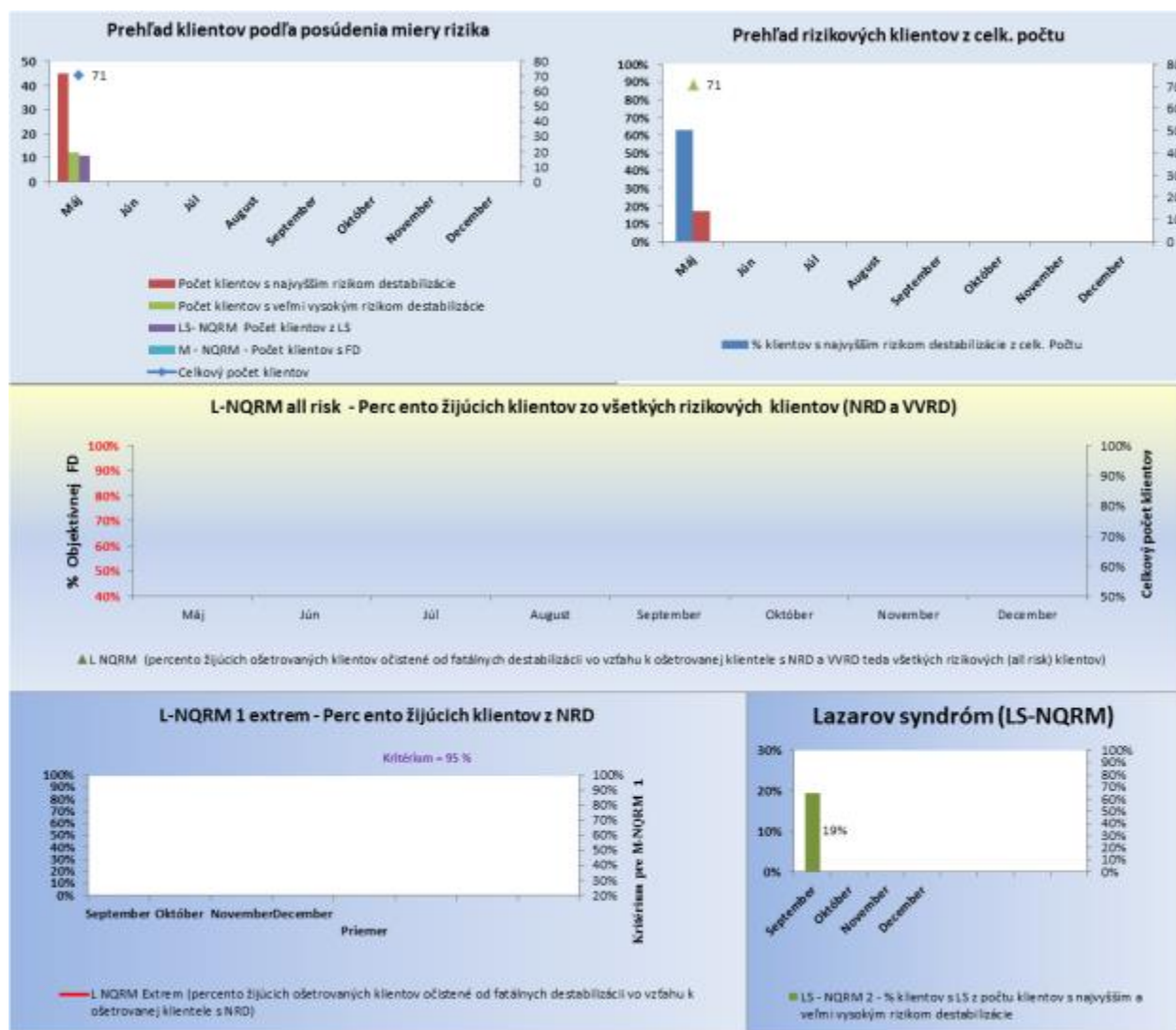
Možnosti úspešného riadenia rizík:

- pátranie po ukazovateľoch destabilizácie v období pred prijatím klienta,
- supervízia pred prijatím požadovaním indikátorov stabilizácie (krvné testy),
- príjem skúsenými sestrami pracovísk,
- angažovanosť manažéra sesterskej starostlivosti pri každom prijíme,
- príjem orientovaný na identifikáciu typických rizík a plánovanie vhodných intervencií,
- spätné posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií pred zhoršením,
- pokračujúci rozvoj prístupov na základe učenia sa zo spätného posúdenia destabilizácií,
- motivačné prepojenie vedúcich sestier a lekárov na výsledky v dosahovaní.

Obr. č. 15 Náhľad do sumárneho formulára pre monitoring NQRM

ZSS Slnecný dom, n.o. Sumárny vývoj z prehľadu klientov na základe posúdenia miery rizika Komplexné hodnotenie NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 10									
Sumárny vývoj - rok 2017	Máj	Jún	Júl	August	September	Október	November	December	Priemer
Celkový počet klientov	71								71
Počet klientov s <u>najvyšším rizikom</u> destabilizácie	45								45
% klientov s <u>najvyšším rizikom</u> destabilizácie z celk. Počtu	63%								63%
Počet klientov s <u>veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie	12								12
% klientov s <u>veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie z celkového počtu	17%								17%
M - NQRM - Počet klientov s FD	0								0
M - NQRM 3 - % klientov s FD z celkového počtu klientov	0%								0%
Objektívna Fatálna destabilizácia / M - NQRM 2 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším a veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie	0%								0%
L NQRM (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD a VVRD teda všetkých rizikových (all risk) klientov)	0%								0%
M - NQRM 1 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším rizikom</u> destabilizácie	0%								0,0%
H - NQRM - Celkový počet dní hospitalizácie	9								9
Celkový počet pobytových dní všetkých klientov (All)	2201								2201
H - NQRM All - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all) klientov	0,4%								0,4%
H - NQRM 1 All risk - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all risk) klientov (s <u>najvyšším a veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie)	0,5%								0,5%
LS- NQRM Počet klientov z LS	11								11
LS - NQRM 1- % klientov z LS z počtu klientov s <u>najvyšším rizikom</u> destabilizácie	24%								24,4%
LS - NQRM 2 - % klientov z LS z počtu klientov s <u>najvyšším a veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie	19%								19,3%

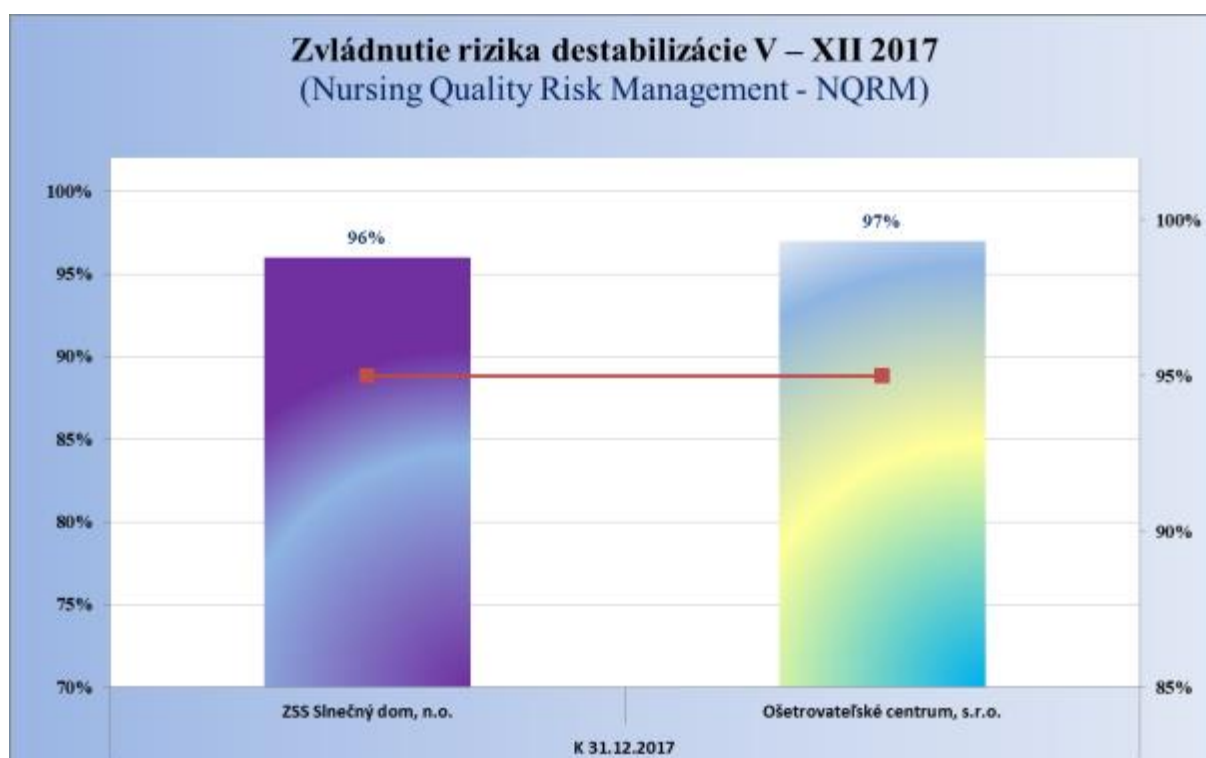
Obr. č. 16 Iniciálna fáza sledovania trendov NQRM v širšom časovom období



Tab. č.1 Zvládnutie rizika destabilizácie v mesiacoch máj až december 2017

Zvládnutie rizika destabilizácie klientov NQRM V-XII 2017 (NursingQuality Risk Management - NQRM)	ZSS Slnečný dom	Ošetrovateľské centrum
L NQRM Extrem (percento žijúcich extrémne rizikových pacientov) / Cieľ min. 95%	96%	98%

Graf č. 3 Zvládnutie rizika destabilizácie v mesiacoch máj až december 2017



Komentár: Definovanou hranicou určujúcou kritérium je 95 %. V súvislosti s implementáciou metodiky rizika destabilizácie sa podarilo prekročiť plánované ciele o 1-2 %.

Kontrola kvality poskytovanej starostlivosti prostredníctvom spätnej analýzy starostlivosti slúži predovšetkým na celkovú prevenciu výskytu závažných chýb, nedostatkov pri poskytovaní starostlivosti. Súvisiace kritériá sú monitorované na základe hodnotenia kľúčových procesov *“Komplexná zdravotná a sociálna starostlivosť”, “Príjem” a “Prepustenie, preloženie klienta”*.

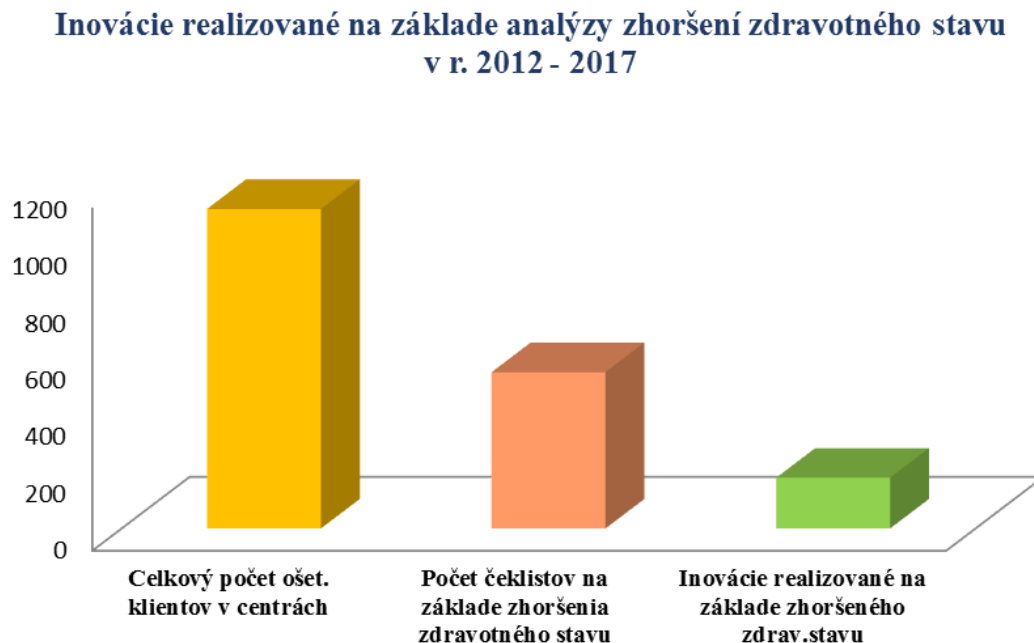
Spätné posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií

Posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií 24 hodín pred zmenou/resp. zhoršením zdravotného stavu vykonáva vedúca sestra/ asistent manažmentu v prípadoch výrazného zhoršenia stavu a/alebo smrti klienta.

Analýza sa realizuje na príslušnom formulári. Zisťujú a hodnotia sa novovzniknuté známky infekcie, úraz, pád, zmeny v liečbe, nové farmaká, posudzovanie glykémie u diabetikov, nové symptómy chorobného stavu, zmenu psychiky, orientácie, adekvátny príjem tekutín, bezchybnosť dokumentácie za posledných 24 hodín, správnosť intervencií sestry, zmeny vo vyprázdňovaní, vitálnych funkciách, konzultovanie zdravotného stavu s lekárom, stav rán.

Vedúca sestra kriticky posúdi posledné dni a týždne starostlivosti a správnosť vstupného zhodnotenia rizík prijímajúcou sestrou vo vzťahu k etiologickým súvislostiam zhoršovania. Tento roky zaužívaný prístup je jedným zo základných pilierov predkladanej metodiky. Analýza zhoršení zdravotného stavu je hybnou silou rozvoja kvality organizácie. V súlade s PDCA cyklom kritické hodnotenie prístupov vedie k ich opakovanej aktualizácii.

Graf č. 4 Vývoj inovácií vo vzťahu k celkovému počtu ošetrovaných klientov na základe analýz zhoršení zdravotného stavu



Inovácie, ktoré vyplynuli z analýzy zhoršení zdravotného stavu prostredníctvom čeklistu (pozri Graf č. 4) sa vzťahujú na menej ako polovicu analýz a menej ako štvrtinu celkového počtu ošetrovaných klientov. Graf č. 4 zároveň ilustruje výkonnosť a aktívny, sebakritický prístup organizácie k intenzívnemu rozvoju kvality procesov. Tieto prístupy v prevádzkovaných zariadeniach očakávane viedli k výraznému zníženiu počtu destabilizácií. S odstupom dvoch rokov sa pokúšame o ďalší rozvoj hodnotení s cieľom objektivizovať hodnotenie riadenia rizika destabilizácie. Pôvodné počítanie destabilizácií bez ohľadu na skutočné spektrum rizikovosti ošetrovaných pacientov v zariadení po prehodnotení rozširujeme o vstupné individuálne hodnotenie rizika u každého pacienta/klienta a následnému prepočítavame objektívnu úspešnosť vo vzťahu k reálnemu riziku destabilizácie. Pri nastavovaní QRNM kritéria je potrebné byť realistický, no zároveň primerane kritický. Skúsenosť z praxe hovorí, že výnimočné je pod 5, výborné po 10 % z vysoko rizikových pacientov. Zvládnutie rizika destabilizácie, teda minimalizácia prípadov fatálnej destabilizácie/mortality a minimalizácia počtu dní hospitalizácií v nemocnici môžu byť kľúčovými ukazovateľmi kvality dlhodobej starostlivosti u poskytovateľov LTC.

V rámci kritického posudzovania kvality starostlivosti je potrebné rozšíriť kontext hodnotenia a sústrediť sa na ciele, ktoré sú kľúčové. Dekubity alebo nozokomiálne infekcie sú indikátormi kvality dlhodobej starostlivosti, niekoľkoročná prax v kontexte totálneho manažerstva kvality však odhalila, že ide iba o niektoré z podstatných merateľných aspektov starostlivosti. Je potrebné v omnoho väčšej miere orientovať sa na ukazovateľ súvisiaci s úspešným **oddialením predčasnej smrti**. Na jednej strane, fatálnu destabilizáciu nemožno nepriznať, čo v prípade dekubitov alebo infekcií býva nezriedkavý jav. Druhé dôležité východisko je to, že pacienti nemusia predčasne zomierať iba v súvislosti s výskytom dekubitov či nozokomiálnych infekcií. Prax –analýza všetkých faktorov zhoršení poukazuje na celý rad možných príčinných súvislostí. Mnohé z nich priamo súvisia s nedostatočne nastavenými procesmi, podceňovaním dobrej organizácie všetkých činností, za ďalšími sa skrývajú defekty v komunikácii, informačných tokoch medzi jednotlivými prvkami v rámci

komplexného zabezpečenia starostlivosti – fenomén chýbajúcej integrity starostlivosti o zdravie, javy presúvania zodpovednosti, nízka úroveň kontroly komplexnosti starostlivosti o zdravie, chýbanie zastrešujúceho prvku, ktorý zodpovedne zastreší celý zložitý komplex úkonov v prospech zdravia pacienta. Podceňujú sa aj psycho sociálne riziká. To je len niekoľko z príčinných faktorov zbytočnej fatálnej destabilizácie. Prax ukazuje, že tieto faktory možno významne ovplyvniť bez výrazného navýšenia zdrojov. Včasné a kontinuálne poskytnutie zdravotnej starostlivosti v potrebnom rozsahu a forme môže mať priamy vplyv na kvalitu a dĺžku života dlhodobého pacienta.

2.2.2 Vývoj nástrojov pre riadenie rizika destabilizácie v LTC 2021 - 2022

2.2.2.1 Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti - finálna, platná podoba štandardu

Zhrnutie štandardu:

Názov: Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti

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

Špecializačný odbor: Ošetrovateľská starostlivosť v komunite

Odborná pracovná skupina: Dlhodobá starostlivosť

Číslo ŠP: 0191

Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR: 1.október 2021

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

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

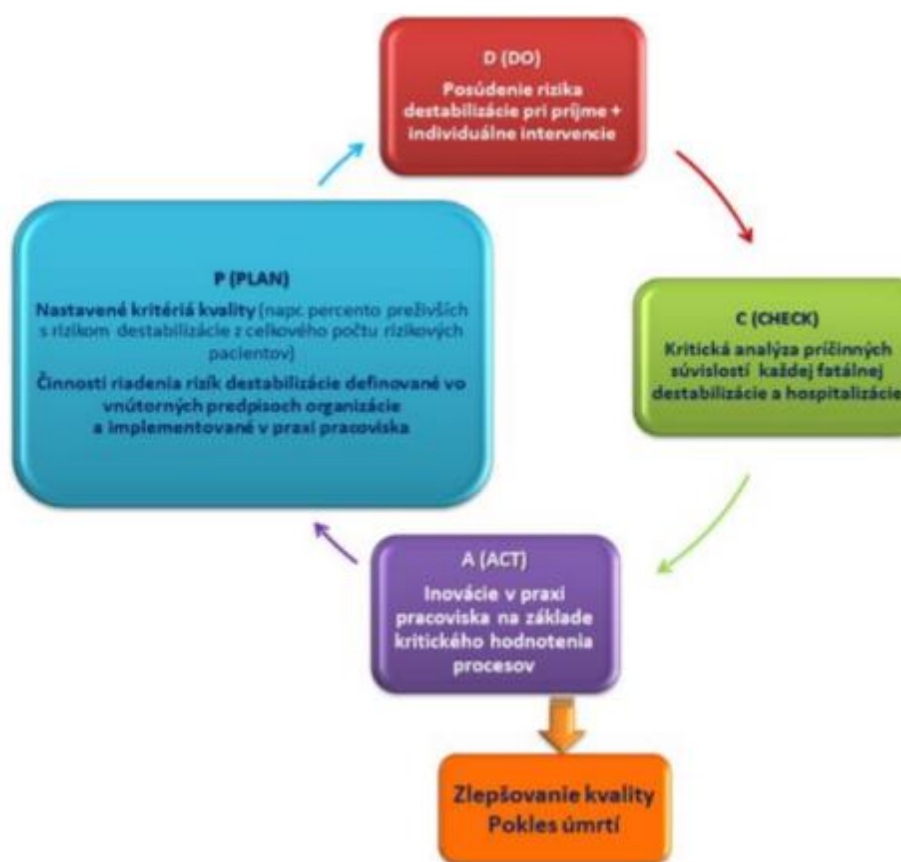
Ciele štandardu:

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

Vzhľadom na stav dlhodobej starostlivosti v SR v čase predkladania tohto štandardu (prebiehajúca tvorba legislatívy avizovanej reformy dlhodobej starostlivosti), predkladaný štandardný postup mal a stále má **odporúčací charakter**, teda **nie je záväzným dokumentom**, no môže byť použitý ako: nadstavba existujúcej legislatívy a platných ŠDTP v praxi pracoviska, **dobrovoľný nástroj pokračujúceho rozvoja kvality poskytovanej starostlivosti v rámci organizácie/pracoviska, opora v rozlíšení úrovne pracoviska v oblasti implementovania manažérstva kvality zo strany ZP, prijímateľov starostlivosti** a pod.

Štandard bol vytvorený na základe: štúdií a medzinárodných odporúčaní, odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných autorít, nadnárodných guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax, poznatkov z oblastí potrieb a rizík krehkých seniorov, princípov komplexného manažérstva kvality v kontexte spoločenskej zodpovednosti, klinicky overených skúseností v slovenskej praxi na pracoviskách dlhodobej starostlivosti - vývoj metodík merania a riadenia rizika destabilizácie v kontexte komplexného manažérstva kvality na pracoviskách dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slnčný dom v Humennom) a ďalších pracoviskách zapojených do **projektu Rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých v SR, v kontexte riadenia rizika pokračujúceho zhoršovania zdravotného stavu** (národná úroveň).

Obr. č. 17 **Riadenie rizika destabilizácie pacientov v kontexte PDCA cyklu manažérstva kvality** (zdroj: štandard)



Zaradenie do indikačného rámca rizika destabilizácie:

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

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

◇ Sestra posúdi riziko destabilizácie ako vysoké, ak na základe hodnotiacej škály pacienta zaradí do jednej z nasledovných kategórií: veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD), najvyššie riziko destabilizácie (NRD).

Činnosti úspešného riadenia rizika destabilizácie:

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

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

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

- prejavy zlepšenia,
- úpravu prejavov alebo aspoň zastavenie progresie ochorenia,
- stabilizovanie vitálnych funkcií, pokles/úpravu zápalových parametrov,
- zlepšenie laboratórnych výsledkov napr. močoviny, kreatinínu, kália,
- zastavenie chudnutia alebo nárast hmotnosti,
- úprava laboratórnych ukazovateľov malnutrície/zastavenie zhoršovania výsledkov,
- zlepšenie psychického stavu a komunikácie, nárast záujmu klienta o okolie.

Ďalšie odporúčania podľa možností pracoviska:

- príjem realizuje sestra, ktorá je svojimi skúsenosťami a myslením predurčená detekovať problémy a plánovať ich efektívne riešenie;
- angažovanosť manažéra sestry - manažérky ošetrovateľskej starostlivosti pri každom príjme: - manažér prehodnotí, skoriguje, doplní plánovanie ošetrovateľských intervencií, ďalších vhodných vyšetrení, či monitoringu a to bezprostredne po ukončení príjmu pacienta.
- Správne posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií.¹²
- Komparácia s nadnárodnými guidelines pre medicínsku a ošetrovateľskú prax CQC (štátny nezávislý regulátor zdravia a starostlivosti o dospelých v Anglicku je kontrolovaný vládou a zabezpečuje, aby služby zdravotnej a sociálnej starostlivosti poskytovali ľuďom bezpečnú, účinnú, dôstojnú, vysokokvalitnú starostlivosť).¹³

¹² **Posúdenie správnosti ošetrovateľských intervencií** vykonáva sestra manažérka, resp. ním poverená sestra (ďalej len „manažérka“) v prípadoch výrazného zhoršenia stavu a/alebo smrti pacienta. Prostredníctvom formulára sa posudzujú novovzniknuté známky infekcie, úraz, pád, zmeny v liečbe, nové farmaká, kontroly glykémie u diabetikov, nové symptómy chorobného stavu, zmena psychiky, orientácie, adekvátny príjem tekutín, správnosť dokumentácie za posledných 24 hodín, správnosť intervencií sestry, zmeny vo vyprázdňovaní, vitálnych funkciách, konzultovanie zdravotného stavu s lekárom, stav rán a ďalšie možné príčinné súvislosti zhoršenia zdravotného stavu. 16 napr. krvné testy - KO, albumíny, transferíny, CRP, kreatinín Dôležité informácie k starostlivosti sú zaznamenané do pripraveného dotazníka. Získané informácie odovzdá poverená osoba vedúcej sestry, ktorá následne informuje ošetrovateľský tím o dôležitých zisteniach – stávajú sa súčasťou podkladov k príjmu.

¹³ V prípade každého úmrtia sa na CQC zasiela protokol s údajmi o úmrtí, na základe ktorého CQC realizuje kontrolu k danému protokolu, aby sa ubezpečila, či bolo všetko vykonané správne a v súlade so štandardom (Fabianová, 2019). Tento postup je daný štandardom, uvedeným na stránke CQC. Kontrola môže byť v prípade potreby aj priamo u poskytovateľa. Každé úmrtie je teda priamo kontrolované a oznamované. Registrovaný manažér v zariadení vyplňa tzv. 8D report (Pomenovanie

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

- **Činnosti úspešného riadenia rizika destabilizácie (odporúča sa):**

A. **Pátranie po ukazovateľoch destabilizácie v období pred prijatím pacienta:** overiť úroveň stabilizácie ešte pred prijatím na základe objektívnych parametrov ešte pred prijatím z nemocnice .

B. **Návšteva pacienta pred prijatím v prostredí, kde sa nachádza:** výhodou je lepšia príprava na príjem, organizáciu prijatia, prípadne poradenstvo/pomoc už pred prijatím, pre efektívny priebeh návštevy je vhodné použiť štruktúrovaný dotazník.

C. **Orientačné vyšetrenie CRP pri prijíme** (vylúčenie/detekcia bakteriálneho zápalu).

D. **Hydratácia bezprostredne pri prijatí** (vylúčenie rizika komplikácií z dôvodu prolongovanej dehydratácie).

E. **Dezinfekčný kúpeľ pri prijatí** ako prevencia rizika rozvoja infekcie.

F. **Príjem sestrou - kompletný sesterský assessment** (posúdenie), stanovenie sesterských diagnóz, plánovanie ošetrovateľských intervencií

G. **Angažovanosť manažéra ošetrovateľskej starostlivosti** v súvislosti s manažmentom plánovania ošetrovateľskej starostlivosti.

H. **Disponovanie aktuálnymi, podrobnými záznamami ošetrovateľskej starostlivosti:** vhodné je zabezpečiť kópie dekurzov, záznamov o dávkovaní liečiv za obdobie spreď najmenej 2 - 3 týždňov.

Celkovú úspešnosť poskytovateľa v riadení rizika destabilizácie sa odporúča posudzovať objektívne, vždy vo vzťahu k prítomnému riziku na základe princípov: vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií, výsledný ukazovateľ riadenia rizika destabilizácie sa ráta ako percento/pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu pacientov. QRNM ako kritérium procesu zdravotná/ošetrovateľská starostlivosť Stabilizácia ošetrovaných pacientov by mala byť kľúčovým cieľom organizácie. QRNM je merateľný výstup kvality starostlivosti, ktorý odporúčame používať ako monitorované kritérium výkonnosti procesu zdravotná/ošetrovateľská starostlivosť. Nastavenie kritéria by malo byť individuálne, požiadavkou je zlepšujúci sa trend. Ako príklad predkladáme cieľové kritériá pracovísk LTC (pozri Obr. č. 18).

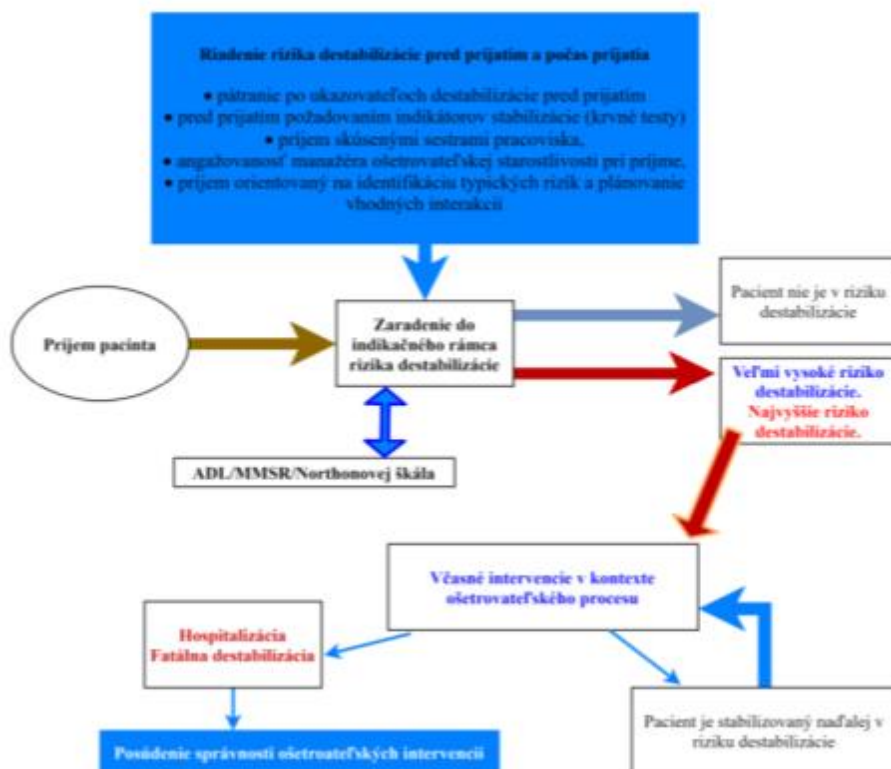
problému, kroky na nápravu). Tento formulár je vhodný na situácie, kedy je potrebné problém riešiť čo najrýchlejšie, najúčinnnejšie a pritom ochrániť klienta od nežiaducich dôsledkov (resp. ďalších klientov).

Obr. č. 18 **Príklad cieľových kritérií** (zdroj: štandard)

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

- Pokračujúci rozvoj prístupov na základe učenia sa zo spätného posúdenia destabilizácií,
- Lesný kúpeľ – do kúpeľa pridať odvar z 1kg mladých púčikov borovicového, alebo smrekového ihličia. Kúpeľ má dezinfekčný, upokojujúci, osviežujúci a dezodoračný účinok; alebo Harmančekový kúpeľ – na 1 vaňu vody použiť 150 až 200 g kvetov harmančeka. Harmanček čistí, dezinfikuje, pôsobí antistresovo a utišujúco.
- Motivačné prepojenie zodpovedných pracovníkov na výsledky

Obr. č. 19 **Algoritmus riadenia rizika destabilizácie v kontexte rozvoja kvality starostlivosti** (zdroj: štandard)



2.2.2.2 Komplexná metodika pre úspešné a efektívne riadenie rizík destabilizácie klienta v praxi LTC zariadení

Verzia komplexnej metodiky, ktorá je súčasťou tejto kapitoly bola použitá v rámci pilotného prieskumu merania destabilizácií vo vybraných zariadeniach. Autori projektu sa pritom pokúsili vystihnúť historicky výnimočnú príležitosť zavádzania prvých štandardov pre komplexný ošetrovateľský manažment (platných od 1.1.2019). Plánom bolo **použitie metodiky pre meranie efektu štandardov v praxi, hodnotenie vstupného stavu a efektu vo vzťahu k poklesu destabilizácií ako aj stavu zlepšenia beznádejných stavov (u všetkých) a poklesu hospitalizácií (iba v ZSS)**. Autori projektu predpokladali, že používanie štandardov, ako nástroja kvality, bude mať priamy dopad na počet destabilizácií.

Druhy merania:

- a) Retrospektívne (bez objektivizácie)
- b) Objektivizované

(1) Retrospektívne meranie ;

- Do tabuľky bolo potrebné zadať údaje za jednotlivé mesiace (príloha tabuľka Retrospektívne meranie).
- Z hľadiska efektívneho spracovania údajov sa neuvádzali mená pacientov ani identifikačné údaje pacienta.
- Tabuľka bola vyplnená sumárne, pričom vhodnejšie bolo uviesť pacientov ako poradové čísla napr. pac. 1..., z dôvodu transparentnosti údajov a možnosti lepšieho spracovania poznámok, prípadne sumárne, t.j. len celkový počet pacientov v danom mesiaci a sumár destabilizácií a hospitalizačných dní. V tomto prípade bolo potrebné uviesť do poznámky napr. dôvody hospitalizácie, prekladu či úmrtia pacienta.
- Tabuľku bolo možné si prispôbiť, rozšíriť riadky apod.

Pri tomto type merania bolo možné spätne vyhodnocovať:

- 1) Celkový počet pacientov za daný mesiac a to prítomných v zariadení (vrátane pacientov napr. na priepustke, hospitalizovaných) (v prípade nemocnice /oddelenia prítomných v nemocnici alebo na oddelení) bez udania identifikačných údajov pacientov.
- 2) Počet fatálnych destabilizácií (exitov) pacientov v danom mesiaci (vrátane pacientov zariadení, ktorí zomreli v nemocnici).
- 3) Počet hospitalizačných dní pacientov v daných mesiacoch - v poznámke bolo možné uviesť pravdepodobný alebo istý dôvod hospitalizácie pacienta (napr. zavedenie PEG, podozrenie na pneumóniu). Prvý a posledný deň, kedy je pacient prítomný v zariadení alebo na oddelení sa nezapočítava. (napr. ak bol pacient hospitalizovaný od 1.9. do 10.9. sa rátalo ako 8 hospitalizačných dní).

2) Objektivizované meranie (meranie objektívnej destabilizácie)

Terminológia ad Metodika (pozri tiež Slovník a definovanie pojmov)

- Stabilizácia = oddialenie predčasnej smrti
- „Lazar UP“ syndróm = pozitívny zvrät v zdravotnom stave u pacienta s najvyššou mierou rizika destabilizácie

- **Pacient je stabilizovaný** = ak jeho stav nepredpokladá fatálnu destabilizáciu
- **Fatálna destabilizácia** = o fatálnej destabilizácii hovoríme vtedy, ak dôjde k takému zhoršeniu zdravotného stavu, ktoré vedie k úmrtiu pacienta
- **Riziko fatálnej destabilizácie** = stav pacienta predpokladá fatálnu destabilizáciu, je to zároveň indikácia extrémne náročnej ošetrovateľskej starostlivosti
- **Mortalita** = úmrtnosť, podiel zomretých
- **NRD** = najvyššie riziko destabilizácie
- **NQRM (Nursing Quality Risk Management)** – kvalita riadenia rizík sestrami, jeden z kľúčových -indikátorov výkonnosti procesu KZaSS/ a teda odbornej dimenzie kvality starostlivosti poskytovateľov ošetrovateľskej (zdravotno – sociálnej) starostlivosti
- **VVRD** = veľmi vysoké riziko destabilizácie

Posudzovanie rizika destabilizácie a hodnotenie kritérií – základné informácie

Cieľom posúdenia jednotlivých pacientov je objektivizovať merania tak, aby riadenie rizika destabilizácie bolo hodnotené vo vzťahu k objektivizovanému riziku destabilizácie. Riziko destabilizácie budeme objektivizovať **sumárnym použitím troch známych škál (Pozri priložené škály)** hodnotenia rizika v ošetrovateľstve:

- **ADL skóre** (sebestačnosť v každodenných činnostiach, úroveň sebaopatery)
(0-40 bodov najvyššie riziko destabilizácie (NRD)*, 45 – 60 bodov veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD))*
- **Nortonovej škála** (riziko vzniku dekubitov)
(9-13 bodov najvyššie riziko destabilizácie (NRD)*, 14 – 18 bodov veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD))*
- **MMSE** (kognitívne funkcie)
(0-10 bodov najvyššie riziko destabilizácie (NRD)*, 11-20 bodov veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD))*

Na základe škál: ADL/Nortonovej škála/MMSE sú pacienti rozdelení podľa „stupňa“ rizikovosti.

Postačuje, aby **ktorákoľvek z hodnotiacich škál** radila pacienta do najťažšieho stupňa a pacienta **hodnotíme ako vysoko rizikového**.

Vysoké riziko ďalej rozlišujeme na:

- veľmi vysoké (VVRD) ■ (červený štvorček) a
- najvyššie riziko destabilizácie (NRD) ■ (čierny štvorček).

Individuálne posúdenie vysokého rizika destabilizácie

Posúdenie zaradenia pacienta do skupiny vysoko rizikových z hľadiska destabilizácie sa realizuje u každého novoprijatého/ošetrovaného pacienta

Posúdenie zaradenia do skupiny vysoko rizikových z hľadiska destabilizácie je základným predpokladom objektívneho porovnania poskytovateľov s rozmanitým spektrom pacientov

Všetci ošetrovaní pacienti daného zariadenia sú vyhodnotení pri prijíme a po hospitalizácii (príjmová TS), pri zhoršení zdravotného stavu (p.p., tímová/vedúca sestra), v rámci prehodnotenia destabilizačného skóre u všetkých pacientov (praktická sestra) k 1. -10. v každom mesiaci.

☛ **Predpokladáme, že riziko pretrváva, aj keď je stav pacienta zlepšený, môže sa však zvýšiť napr. po prekonanej NCMP !**

- Každý pacient pri prijatí má byť posúdený z hľadiska rizikovosti.
- Posúdenie rizika hodnotí vedúca sestra resp. poverená sestra pri prijíme pacienta pri dlhších hospitalizáciách /pobytoch aj priebežne po ukončení mesiaca.

Rekapitulácia zodpovedností vedúcej sestry, resp. poverenej sestry pracoviska vo vzťahu k meraniam:

Pri prijatí pacienta:

- 1) U každého pacienta vyplní hodnotiace škály (elektronicky alebo manuálne na základe nami poskytnutých elektronických podkladov – *príloha Škály*). Ktorákoľvek z týchto škál môže indikovať pacienta do skupiny rizikových. *U jedného pacienta však postačuje vyplnenie 1 škály a to tej, ktorá s najväčšou pravdepodobnosťou vyjadrí najvyššie riziko* (napr. pacient s kožným defektom, ležiaci – použite Nortonovej škálu, u pacientov s pokročilou demenciou ADL, MMSE, ...)

Na základe škál/-y identifikuje riziko (NRD), (VVRD) – **pozri sumár bodov pri škálach. ***

- 2) Zapíše údaje o pacientovi do zoznamu (poskytnutý elektronický podklad – príloha , Komplexné hodnotenie NQRM), iniciály pacienta, rok narodenia, dosiahnutý počet bodov v škálach, /rizikovosť pacienta označí v jednotlivom stĺpci krížikom. Ak pacient nie je rizikový na základe vyhodnotenia škál stĺpec rizikovosti sa nevyplňa.

Pri ukončení hospitalizácie alebo na konci mesiaca:

- 1) poverená sestra doplní do zoznamu údaje o počte hospitalizačných dní u jednotlivých pacientoch (číslo v príslušnom stĺpci) - ***neplatí pre nemocničné zariadenia***, fatálnej destabilizácii – exitus pacienta (krížikom v príslušnom stĺpci) a „Lazar UP“ syndróme¹⁴ (krížikom v príslušnom stĺpci).
- 2) Skontroluje menný zoznam a individuálne riziko u pacienta - hodnotenie rizika a dosiahnutý počet bodov/skóre. Pri dlhotrvajúcich pobytoch je potrebné v každom mesiaci prehodnotiť a zohľadňovať napr. zhoršenie/zlepšenie stavu pacienta. (Např. ak je pacient v zariadení 3 mesiace, je potrebné prehodnotiť min 1 x mesačne, či sa jeho

¹⁴ Ako „Lazar UP syndróm“ je pomenované každé výrazné zlepšenie predtým veľmi vážneho stavu. U pacienta, ktorý zdravotný stav syndrómu Lazara je prítomná kombinácia niekoľkých z nasledovných symptómov (min. dvoch):

- prejavy zlepšenia úprava prejavov alebo aspoň zastavenie progresie ochorenia,
- stabilizovanie vitálnych funkcií,
- pokles/úprava zápalových parametrov,
- zlepšenie výsledkov močoviny, kreatinínu, kália,
- zastavenie chudnutia alebo nárast hmotnosti,
- úprava hodnôt EP/zastavenie zhoršovania výsledkov,
- zlepšenie psychického stavu a komunikácie,
- nárast záujmu pacienta o okolie.

rizikovosť nezmenila). Vedúca sestra alebo poverená sestra môže využiť aj poznámkový zošit, kde vyhodnocuje riziko, robí si poznámky, môže použiť aj hodnotiace škály.

- 3) Na základe zadaných údajov sa generuje sumárny vývoj v grafe, ktorý vedúca sestra/poverená osoba prekontroluje. Zvládnutie rizika destabilizácie je vždy hodnotené vo vzťahu k prítomnému riziku, pričom platí priama úmera – vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií.

Riziko destabilizácie sa ráta ako percento, respektíve pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu pacientov.

Prílohy k meraniam :

- 1) Retrospektívne meranie - tabuľka/prehľad retrospektívneho merania v určenom období
- 2) Škály - formuláre hodnotiacich škál
- 3) Komplexné hodnotenie NQRM - tabuľka/prehľad komplexného hodnotenia (s ev. obsahom grafického spracovania)

3 Testovanie vypracovanej metodiky v praxi

3.1 Pilotné zavedenie praxe, zhodnotenie skúseností

Výber pracovísk pre testovanie metodiky prebiehal na základe oslovenia pracovísk z kategórie zariadení sociálnych služieb, oddelení/liečební dlhodobo chorých pri nemocniciach, domov ošetrovateľskej starostlivosti. Oslovované boli vedúce odboru ošetrovateľstva, resp. manažment týchto pracovísk. Pri výbere nerozhodovala veľkosť pracovísk, ale zloženie klientely a rovnako progresívne vedenie, ktoré malo ochotu zapojiť sa do pilotných meraní. Pracoviskám boli poskytnuté okrem vstupnej informácie o projekte, metodiky, všetky komplexné materiály k meraniam. Následne prebiehala intenzívna komunikácia v snahe objasniť metodiku, zodpovedať na vzniknuté otázky, predovšetkým v oblasti saturácie tabuliek dátami, či upresnenia metodiky k **vyhodnocovaniu oddialenia predčasného úmrtia a počtu dní hospitalizácie**.

Už počas zberu údajov prebiehala komunikácia v oblasti doplnenia meraní. Niektoré pracoviská boli školené osobne implementačným tímom priamo na pracovisku (pozri Obr. č. 20 a 21), v prípade ďalších pracovísk, aj vzhľadom na prísne epidemiologické opatrenia v súvislosti s pandémiou COVID boli zvolené iné, efektívne metódy komunikácie a zdieľania informácií.

Obr. č. 20 **Implementačný tím na pracovisku v Nových Zámkoch** (Nitriansky kraj)



Obr. č. 21 **Implementačný tím na pracovisku v Bojniciach** (Trenčiansky kraj)



Testovanie vypracovanej metodiky v praxi prebiehalo od marca 2019 do novembra 2019. Na pracoviskách Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, Humenné prebieha kontinuálne, bez prerušenia naďalej, aj v čase finalizácie tohto dokumentu (4 roky).

Časový harmonogram sa odvíjal od miery spolupráce so zapojenými pracoviskami (napríklad v prípade žilinského kraja došlo k prolongácii zdieľania výsledkov).

Pilotné zavedenie praxe prebehlo podľa plánu vo 8 VÚC, pričom v každom VÚC bolo vybrané aspoň jedno zariadenie (napríklad za prešovský kraj 3 pracoviská a za žilinský 2 pracoviská).

Zhodnotenie/rekapitulácia skúseností z pilotného zavádzania vo vybraných LTC zariadeniach:

- nájsť pracovisko ochotné participovať býva problémom,
- súčinnosť pri zavedení metodiky komplikujú časté personálne výpadky kontaktných osôb, zmeny v personálnom obsadení (napríklad odchod zodpovedného pracovníka), organizačné zmeny, nedostatok personálu apod.,

- metodika je často realizovaná s chybami, neposkytuje potrebné dáta, výpovedná hodnota sa stráca,
- zodpovedný manažér merania môže vnímať merania ako prácu navyše, na ktorú nie je čas nedostatok motivácie participovať.

Záver na základe skúseností z pilotného zavádzania vo vybraných LTC zariadeniach:

- pracoviská sa orientujú na prevádzku, zvládanie procesov, záujem pacienta, **orientácia na výsledky starostlivosti v zmysle kvality a dĺžky života nie je cieľom ani kritériom kvality**,
- filozofia a **ciele starostlivosti** v rámci systému zdravotnej starostlivosti sú deformované, **nie sú orientované na človeka a jeho profit**,
- (predčasná) **smrť, jej príčiny a okolnosti, nie je predmetom systematického skúmania manažmentov**, neexistujú analýzy, hodnotenia a nie je predpoklad, že sa tento postoj v súčasnom nastavení zmení.

3.2 Vývoj komplexného riešenia verejnej politiky v spolupráci so zástupcami verejných inštitúcií

Po celú dobu realizácie projektu sme sa usilovali osloviť všetky príležitosti zavedenia nástrojov zvyšovania kvality starostlivosti v súlade s filozofiou riadenia rizika destabilizácie. Je zrejmé, že problematika riadenia rizika destabilizácie je zložitá a jej riešenie si vyžaduje presiaknutie princípov a riešení do viacerých kľúčových legislatívnych východísk. Tvorbu štandardov pre odbor Dlhodobá starostlivosť sme vnímali ako jednu z možností a ciest uplatnenia vyvíjaných nástrojov.¹⁵

3.2.1 Efektívne riadenie rizika destabilizácie - návrh a kreovanie štandardu

Ako jeden z kľúčových výstupov nami vyvíjanej koncepcie, v nadväznosti na tvorbu Konceptu stratégie kvalitnej starostlivosti v LTC zariadeniach na Slovensku s celonárodným dopadom (Fabianová, 2019) bol v r. 2019 Komisii MZ SR pre tvorbu ŠDTP predložený prvý **návrh rámca štandardu pre efektívne riadenie rizika destabilizácií s pracovným názvom Efektívne riadenie rizika destabilizácie. Malo ísť o preventívny štandardný postup. V indikačnom rámci mal byť bezvládný pacient v riziku, resp. pacient spadajúci do najmenej jedného ŠDTP pre dlhodobú starostlivosť. Štandard mal byť nástroj kvality pre poskytovateľov LTC založený na objektivizovanom meraní a zlepšovaní základných všeobecných výstupných kritérií kvality starostlivosti ako je počet destabilizácií (úmrtí) a počet dní hospitalizácie v nemocnici z dôvodu zhoršenia zdravotného stavu. Ako dôvody predloženia návrhu štandardu sme uviedli to, že úroveň kvality služieb v oblasti starostlivosti vážne a dlhodobo chorých seniorov determinuje celá škála faktorov. Ktorýkoľvek zlyhávajúci faktor môže vážne ohroziť celý výstup starostlivosti. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť tvorí významnú súčasť profesionálnej starostlivosti o zdravie bezvládných seniorov. Primeraným uspokojovaním potrieb, včasným, aktívnym, komplexným prístupom je možné výrazne podporiť úspešnosť ozdravného procesu, no predovšetkým predchádzať zbytočným a vážnym komplikáciám. Naopak, nedostatok ošetrovateľskej starostlivosti, slabý manažment pacienta, podcenenie súvislostí spôsobuje destabilizáciu a dokonca aj predčasnú smrť pacienta. Zvládnutie rizika destabilizácie, teda minimalizácia prípadov fatálnej destabilizácie/mortality a minimalizácia počtu dní hospitalizácií v nemocnici sú kľúčovými**

¹⁵ [Štandardy dlhodobá starostlivosť :: SPDTP \(standardnepostupy.sk\)](http://standardnepostupy.sk)

ukazovateľmi kvality dlhodobej starostlivosti. **Rovnako sme uviedli, že** manažment zdravia, v kontexte preventívneho prístupu je nesmierne dôležitý a musí byť podchytený vo väčšine kľúčových procesov organizácie. **Analýza príčinných súvislostí zhoršení zdravotného stavu je produktívnym nástrojom posudzovania kvality zdravotnej starostlivosti.** Ak analýza prináša zistenia, na základe ktorých organizácia starostlivosť inovuje, je reálne, že dochádza k zlepšovaniu kvality a znižovaniu počtu destabilizácií. Kontinuálna, efektívna analýza prostredníctvom čeklistu pri každom zhoršení je nástrojom sebahodnotenia, učenia sa v internom prostredí organizácie (výstupy je možné použiť v rámci celonárodných štandardov). Našou predstavou bolo, že zariadenia LTC budú realizovať

Hodnotenie rizika destabilizácie u každého klienta, a zároveň vyhodnocovať fatálne destabilizácie a dni hospitalizácie svojich pacientov. Dôležitým námetom bol princíp, ktorý by sa mal uplatňovať v prípade tých zariadení, ktoré dosahujú výborné výsledky (kritérium je definované) v pomere počet klientov s vysokým rizikom destabilizácie versus dni hospitalizácie a počet fatálnych destabilizácií; kvalita poskytovateľa v oblasti zvládnutia rizika destabilizácie vyjadrená skratkou. Uviedli sme tiež QRNM ako ukazovateľ hodnotený v rámci vybraných oblastí destabilizácie vo vzťahu k prítomnému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely, zvládnutie rizika destabilizácie je vždy hodnotené objektívne, teda vo vzťahu k prítomnému riziku. pričom platí priama úmera – vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií a riziko destabilizácie sa u konkrétneho poskytovateľa by sa malo rátať ako percento/pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu pacientov. Už vo fáze predkladania návrhu štandardu, sme predložili návrh **kritéria pre úhradu zo strany zdravotných poisťovní - poskytovateľ LTC používa ŠDTP pre efektívne riadenie rizika destabilizácií.** Predpokladaný efekt **implementácie meraní a motivačných nástrojov sme zhrnuli nasledovne:**

- motivácia organizácií LTC pre meranie a zlepšovanie výsledkov kvality starostlivosti
- podpora kvality starostlivosti v krehkej starobe a tým právo občana SR na ochranu života a zdravia,
- zníženie počtu fatálnych destabilizácií (úmrtí) a dní hospitalizácií v nemocnici,
- podpora vývoja kvality ošetrovateľskej starostlivosti vnútri organizácií,
- podpora koncentrácie starostlivosti o zdravie priamo v zariadeniach LTC bez potreby prekladu klienta,
- odbremenenie nemocnice od starostlivosti, ktorá nemá akútny charakter,
- úspora prostriedkov zdravotných poisťovní pri efektívnom využití odborného a výkonnostného potenciálu sestier a ďalších odborných zamestnancov v zariadeniach LTC.

Štandard bol následne vypracovaný, schválený a prijatý s názvom **Riadenie rizika destabilizácie v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti.** Finálnej a platnej podobe štandardu je venovaná osobitná kapitola tohto dokumentu.

3.2.2 Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti - návrh a kreovanie štandardu

Ďalší z kľúčových výstupov nami vyvíjanej koncepcie, v nadväznosti na tvorbu Konceptu stratégie kvalitnej starostlivosti v LTC zariadeniach na Slovensku s celonárodným dopadom (Fabianová, 2019) bol 22.4.2021 Odboru štandardných klinických postupov pri MZ SR predložený

prvý návrh rámca štandardu **Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej starostlivosti**¹⁶. Ako to dôvody predloženia návrhu štandardu sme uviedli:

- **Medzery včasného zabezpečenia adekvátnej starostlivosti po prepustení z nemocnice, bezradnosť blízkych, “prepadávanie” pacientov v systéme;**
- **Absenciu komplexného manažmentu následnej starostlivosti po prepustení z nemocnice, od posúdenia indikácie následnej starostlivosti po včasné zabezpečenie adekvátnej starostlivosti;**
- **Deficit u bezvládných a polymorbídnych osôb bez včasnej a adekvátnej pomoci/služby po prepustení z nemocnice;**
- **Zhoršenie zdravia a sociálneho statusu v dôsledku neskorého alebo neadekvátneho zabezpečenia starostlivosti po prepustení z nemocnice;**
- **Potrebu rozšírenia nástrojov včasnej pomoci pacientovi a rodine po prepustení z nemocnice.**

Efektom implementácie ŠDTP Manažment následnej a dlhodobej starostlivosti malo byť zlepšenie kvality v oblasti organizácie zabezpečenia následnej a dlhodobej starostlivosti, nárast spokojnosti pacientov a ich rodinných príslušníkov, nárast efektivity vo využívaní existujúcich služieb siete poskytovateľov.

Štandard bol následne vypracovaný, schválený a účinný k 1. októbru 2021. Jeho finálny názov bol **Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti**. Jeho cieľovou skupinou je **bezzvládný pacient v riziku destabilizácie v nemocnici s potrebou následnej starostlivosti**.

Podľa štandardu by už v nemocnici mal prebiehať proces k posúdeniu potreby služby, jej výberu a rezervácie v spolupráci s rodinou predpisu pomôcok ad príprava prostredia, v ktorom bude starostlivosť pokračovať. Pacient by mal prepúšťaný na základe posúdenia na miesto, ktoré je pripravené poskytnúť komplexný manažment zdravia, ak je to domov, pomôcky sú pripravené (napríklad ADOS/DOS/ZSS s ošetrovateľskou starostlivosťou/HOSPIC). Štandard však nie vnímaný ako záväzný a pracoviská ho vo všeobecnosti nepraktizujú v plnej miere. Chýba **legislatívne zakotvená zodpovednosť za včasné zabezpečenie následnej/dlhodobej starostlivosti** a tiež spracovanie **národnej efektívnej digitalizácie pre digitalizované posúdenie indikácie vhodnej služby a vyhľadávanie voľnej kapacity, napríklad na základe nami spracovaného národného portálu Malina (www.portalmalina.sk)**.

Výstupy V OBLASTI RIADENIA RIZIKA DESTABILIZÁCIE PACIENTOV z pokračujúcich meraní v komplexe zariadení (2021, 2022) - roky pandémie

1.1.2021 - 31.12.2021

ZSS Slniečny dom

Napriek vysokej rizikovosti klientov v **Slniečnom dome bolo kritérium v roku 2021 dodržané okrem mesiaca marec 2021, kedy sme evidovali mierny pokles na 93% (L NQRM), 92% (L NQRM EXTREME)**. Pokles kritéria bol ovplyvnený úmrtím chronických, dlhodobo ležiacich klientov (široká paliatívna starostlivosť). Napriek COVID obdobiu, sme v roku 2021 nezaznamenali úmrtie na COVID (v roku 2021 pozitívni iba 2 klienti po prvom očkovaní, priebeh bez komplikácií).

¹⁶ [Štandardy dlhodobá starostlivosť :: SPD TP \(standardnepostupy.sk\)](https://www.spd.sk/standardy-dlhodob%C3%A1-starostlivosť-TP)

1.1.2021 - 31.12.2021

Ošetrovateľské centrum

V Ošetrovateľskom centre sme evidovali v období celého 2. polroku nedodržané kritérium z dôvodu pretrvávajúcej štruktúry prijímanej klientely so zameraním na zabezpečovania paliatívnej starostlivosti pri onkologických diagnózach, terminálnych štádiách kardiovaskulárnych ochorení, pokročilých dementných stavov a stavov s infekciou COVID-19 alebo komplikovaných postkovidových stavov. V rámci **priemerného polročného a ročného** prepočtu bolo riziko destabilizácie klientov v oblasti L NQRM na úrovni 90,9% - 87,9% (-5,1% - 8,1% oproti definovaného kritériu), v oblasti L NQRM EXTREME na úrovni 90,9% - 87,9% (-4,1% - 7,1% oproti definovaného kritériu). **Trend % L NQRM a L NQRM Extreme je porovnateľný s hodnotami predchádzajúceho roku 2020.**

V rámci analýz čieklistov počas r. 2021 boli detekované

- prípady nepodchyteného CRP a následne prolongácie v liečbe ATB zvlášť v prípade afebrilných stavov,
- zbytočné výjazdy v zmysle RTG, USG,
- nedostatočná podporná liečba (probiotiká, čaje proti hnačke, banány apod.) hnačiek pri klostrídiových infekciách.

K zlepšeniu hodnotenia pri čieklistoch došlo v oblasti uplatňovania algoritmu u covid pacientov, intervencií zavedenia NSG sondy a vzniku nových dekubitov.

Úspechy v úspešnom riadení destabilizácie počas koronakrízy ocenil FORBES

Každý rok, magazín Forbes udeľuje titul **Osobnosti roka** niekomu, kto v poslednom roku vykonal niečo výnimočné a inšpiratívne. Sme veľmi hrdí, že sme stali **hrdinami koronakrízy**, v súvislosti s oceňovaním Forbes za rok 2020 (pozri Obr. č. 22).

Obr. č. 22 Zuzana Fabianová medzi vybraným hrdinami koronakrízy na titulke FORBES



Keď udrel COVID do našich zariadení povedali sme si, že i keď to pre nás nebude jednoduché, ak to nebude prianím pacienta, **nebudeme ho transportovať do nemocnice. Nemocnice boli v tom čase preplnené** a nebolo zriedkavé, že sanitka s pacientom blúdila a hľadala oddelenie, kde by pacienta prijali. Boli sme si istí, že nič dobré by našich klientov v nemocnici nečakalo, a s veľkou pravdepodobnosťou im vieme poskytnúť to, čo potrebujú vo väčšej miere.

Obr. č. 23 **Zuzana Fabianová v odbornej diskusii osobností FORBES v kategórii Veda a zdravotníctvo** (zľava doprava šéfredaktor FORBES, Pavol Čekan, Zuzana Fabianová, Peter Sabaka)



Zmenili sme sa na intenzívnu infektologickú kliniku, a sústavne sme boli v spojení s lekármi, pričom ani jeden z nich nevstúpil do zariadení fyzicky. Išlo o spojenie na diaľku, ktoré bolo kľúčové pre záchranu životov. S pomocou lekárov sme kreovali **algoritmus starostlivosti**. Po niekoľkých týždňoch sme šírenie infekcie zvládli. V Slniečnom dome, s jediným odprevadením a so žiadnou hospitalizáciou.¹⁷

1.1.2022 - 31.12.2022

ZSS Slniečny dom

V Slniečnom dome bolo kritérium v roku 2022 prevažne dodržané mimo mesiacov marec 2022 (L NQRM kleslo na 93% a L- NQRM extrem na 92%), júl 2022 L NQRM pokles na 93% a L- NQRM extrem na 92%) a november 2022 L NQRM kleslo na 95% a L- NQRM extrem na 94%). Destabilizácie a následné úmrtia boli podmienené stavom klientov a to najmä **post covidové stavy u klientov so závažnými chronickými diagnózami a klienti v širokej paliatívnej starostlivosti**. V priemere ročné kritérium L - NQRM bolo 97% (kritérium dodržané +1%) L NQRM Extreme 96% (kritérium dodržané +1%).

¹⁷ [Korona ich nezrazila na kolená. Teraz prijímajú nakazených seniorov, ktorých inde nechcú – Forbes](#)

1.1.2022 - 31.12.2022

Ošetrovateľské centrum

V Ošetrovateľskom centre evidujeme v období r. 2022 nedodržané kritérium s výnimkou 3,5 mesiacov plne zvládajúcich mieru definovaného rizika destabilizácie. Dôvody nedodržania sú v pretrvávajúcej štruktúre prijímanej klientely so zameraním na zabezpečovania paliatívnej a hospicovej starostlivosti pri onkologických dg., terminálnych štádiách demencií rôznej etiológie, malá časť súvisela s náhlym kardiovaskulárnym zhoršením krátko po prijatí do DOS /po prevoze/. V rámci **priemerného polročného a ročného** prepočtu bolo riziko destabilizácie klientov v oblasti L NQRM na úrovni 93,40% - 93,25% (-2,6% - 2,75% *oproti definovaného kritériu 96%*), v oblasti L NQRM EXTREME na úrovni 93,40% - 93,25% (-1,60% - 1,75% *oproti definovaného kritériu 95%*). **Trend % L NQRM a L NQRM Extreme je oproti r. 2021 zlepšený v rozmedzí od + 2,5%*- +5,35%.** V rámci analýz čieklistov počas r. 2022 boli detekované **prípady nepodchyteného CRP a následnej prolongácie v ATB liečbe, zbytočné výjazdy v zmysle RTG, USG** a neodkonzultované stanovisko s blízkymi k neprekladaniu, ktoré bolo následne systémovo odb. prehodnotené na nepodstatnú a nie nevyhnutnú potrebu konzultácie s blízkymi.

4 Finalizácia riešenia efektívnej politiky

Predkladaný návrh na legislatívnu zmenu komplexného riešenia verejnej politiky vznikol na základe prípravy konceptu stratégie implementovania riadenia rizika destabilizácie pre vážne a dlhodobo chorých v SR v kontexte manažérstva kvality (ďalej len "Koncept stratégie"). Koncept stratégie je dokumentovaný v rámci predchádzajúcich kapitol tohto dokumentu.

Predkladané návrhy legislatívnych zmien sú rekapituláciou možných legislatívnych opatrení, pričom v niektorých prípadoch ponúkame alternatívne podoby riešení. Viaceré z návrhov sme predkladali po celú dobu realizácie projektu (aj v čase jeho pozastavenia) z dôvodu, že sme sa snažili využiť všetky príležitosti a možnosti obhájenia, presadenia a zavedenia nástrojov zvyšovania kvality starostlivosti, ktoré napĺňali filozofiu riadenia rizika destabilizácie. Je zrejmé, že problematika riadenia rizika destabilizácie ma široký kontext a aj naša skúsenosť pri realizácii projektu potvrdila, že pri kreovaní finálneho návrhu nemôžeme tento kontext opomenúť. Z uvedených dôvodov predkladáme mnohé možnosti zlepšenia a rozvoja v presvedčení, že pochopenie a aplikácia ktorejkoľvek z ponúk, pomôže aspoň čiastočne vyplniť pomyselnú mozaiku dlhodobo rozvíjanej komplexnej a kvalitnej dlhodobej starostlivosti. Nevieme predpokladať, či a do akej miery sa podarí implementovať všetky uvedené návrhy alebo sa nimi aspoň inšpirovať v národných politikách, no vyjadrujeme presvedčenie, že predkladaný materiál môže byť podkladom, po ktorom siahnu kompetentní, poverení hľadaním riešení a rovnako vyjadrujeme prijatie osobného záväzku pokračovania v aktivitách projektu a v úsilí uchopenia príležitostí zavedenia nástrojov rovnako ako v období realizácie projektu.

4.1 Návrh na legislatívnu zmenu ku komplexnému riešeniu verejnej politiky s cieľom zvýšenia úrovne kvality LTC na Slovensku na základe riadenia rizika destabilizácie

4.1.1 Zavedenie kvality u všetkých poskytovateľov založenej na meraní a zlepšovaní kritérií kvality LTC starostlivosti

Úroveň kvality služieb v oblasti starostlivosti vážne a dlhodobo chorých seniorov determinuje celá škála faktorov. Ktorýkoľvek zlyhávajúci faktor ovplyvňuje povestné ohnisko reťaze, ktoré môže vážne ohroziť celý výstup starostlivosti. Komplexná ošetrovateľská starostlivosť tvorí významnú

súčasť profesionálnej starostlivosti o zdravie bezvládných seniorov. Primeraným uspokojovaním potrieb, včasným, aktívnym, komplexným prístupom je možné výrazne podporiť úspešnosť ozdravného procesu, no predovšetkým predchádzať zbytočným a vážnym komplikáciám. Naopak, nedostatok kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, slabý manažment pacienta, jeho podcenenie v praxi spôsobuje destabilizáciu a dokonca aj predčasnú smrť pacienta. Zvládnutie rizika destabilizácie, teda minimalizácia prípadov fatálnej destabilizácie/mortality a minimalizácia počtu dní hospitalizácií v nemocnici sú kľúčovými ukazovateľmi kvality dlhodobej starostlivosti.

Východiská a predpoklady zavedenia meraní

1. Manažment zdravia, v kontexte preventívneho prístupu/riadenia rizika destabilizácie je nesmierne dôležitý aspekt organizovania starostlivosti a musí byť podchytený vo väčšine kľúčových procesov organizácie.
2. Analýza príčinných súvislostí zhoršení zdravotného stavu je produktívnym nástrojom posudzovania kvality zdravotnej starostlivosti.
3. Ak analýza prináša zistenia, na základe ktorých organizácia starostlivosť inovuje, je reálne, že dochádza k zlepšovaniu kvality a znižovaniu počtu destabilizácií.
4. Kontinuálna, efektívna analýza prostredníctvom čeklistu pri každom zhoršení je nástrojom sebahodnotenia, učenia sa
 - v internom prostredí organizácie,
 - výstupy je možné zdieľať v rámci celonárodných štandardov pre ich širšie využitie a celospoločenský prínos
5. Ideálom by bolo, ak by každá organizácia poskytujúca zdravotnú starostlivosť neustále vyhodnocovala efekt poskytovania starostlivosti. Meranie, orientácia na zlepšujúce sa výsledky starostlivosti by malo byť súčasťou manažérstva kvality organizácie. Organizácie by mali byť podporované k rozvoju kvality starostlivosti o zdravie transparentnými motivačnými nástrojmi (pozri ďalej).

Princípy motivácie organizácií LTC pre meranie a zlepšovanie výsledkov kvality starostlivosti

Podmienky bonifikácie poskytovateľa:

- kvalita poskytovateľa LTC v oblasti zvládnutia rizika destabilizácie vyjadrená skratkou QRNM je hodnotená v rámci vybraných oblastí destabilizácie vo vzťahu k prítomnému riziku destabilizácie u ošetrovanej klientely,
- zvládnutie rizika destabilizácie je vždy hodnotené objektívne, teda vo vzťahu k prítomnému riziku, platí priama úmera – vyššie riziko destabilizácie (rizikové skóre) pri rovnakej kvalite poskytovateľa predpokladá vyšší počet destabilizácií,
- riziko destabilizácie sa u konkrétneho poskytovateľa ráta ako percento/pomer vysoko rizikových pacientov oproti celkovému počtu pacientov.

Návrh (zmluvných) **kritérií pre odmenu poskytovateľa** zo strany zdravotných poisťovní:

Poskytovateľ LTC

- používa ŠDTP pre efektívne riadenie rizika destabilizácií
- realizuje hodnotenie rizika destabilizácie u každého klienta.
- preukázateľne vyhodnocuje fatálne destabilizácie a dni hospitalizácie.
- dosahuje výborné výsledky (kritérium je definované) v pomere počet klientov s vysokým rizikom destabilizácie versus dni hospitalizácie a počet fatálnych destabilizácií.

Efekt implementácie meraní a motivačných nástrojov

Motivácia organizácií LTC pre meranie a zlepšovanie výsledkov kvality starostlivosti:

- podporí kvalitu starostlivosti v krehkej starobe a tým právo občana SR na ochranu života a zdravia,
- zníži počet fatálnych destabilizácií (úmrtí) a dní hospitalizácií v nemocnici,
- podporí vývoj kvality ošetrovateľskej starostlivosti vnútri organizácií,
- podporuje koncentráciu starostlivosti o zdravie priamo v zariadeniach LTC bez potreby prekladu klienta,
- odbremení nemocnice od starostlivosti, ktorá nemá akútny charakter,
- usporí prostriedky zdravotných poisťovní pri efektívnom využití odborného a výkonnostného potenciálu sestier a ďalších odborných zamestnancov v zariadeniach LTC.

Všeobecne uznávanou zásadou úspešného manažmentu je meranie oblastí, ktoré chceme zlepšovať, vyvíjať. Predpokladáme, že každé ambiciózne LTC pracovisko, ktoré bude meranie úspešnosti vyjadrené NQRM skóre realizovať, bude zároveň cieľavedome hľadať také spôsoby v organizácii práce, ktoré budú viesť k dosahovaniu výborných čísel. Vyhodnocovanie oddialenia predčasného úmrtia a počtu dní hospitalizácie, a tiež syndrómu Lazara, prináša v konečnom dôsledku profit všetkým zainteresovaným stranám. Kľúčovým úspechom je pacient v stabilizovanom stave, ktorý je pod trvalou kontrolou pozorného ošetrojúceho personálu. Ďalším žiadúcim efektom je už spomínaný tlak na analýzy, kritické sebahodnotenie, rozvoj inovácií vnútri každej zapojenej organizácie.

V súlade s princípmi komplexného manažérstva kvality je potrebné sa zameriavať predovšetkým na výsledky, nie na procesy, činnosti ako také. Tu je veľký rozdiel oproti doterajšiemu vnímaniu kvality.

Ďalším účinným nástrojom dosiahnutia vysokého stupňa kvality sú národné štandardy kvality pre v odbore Dlhodobá starostlivosť a Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v odbore Ošetrovateľstvo. Úspešná implementácia štandardov sama o sebe môže priniesť výrazné zlepšenie kvality, ktoré predikuje zlepšenie výsledkov starostlivosti. Orientácia na výsledky je najistejšou cestou k dosiahnutiu cieľov a národné štandardy popri meraniach výstupov zohrávajú úlohu nástroja ich dosiahnutia. Výsledkovo orientovaný manažment logicky bude viesť každú organizáciu k motivácii štandardy korigovať, tvorivo prehodnocovať a v konečnom dôsledku prísne sledovať ich dodržiavanie v praxi, no zároveň vytvárať podmienky na ich používanie.

Ďalšími benefitmi sú spokojnosť klientely vzhľadom k naplneniu očakávaní, ekonomický efekt v oblasti úspory zdrojov na akútnej zdravotnej starostlivosti a etický a sociálny efekt, pretože uvedená metodika podporuje práva a záujmy občana v situácii, keď o ne nedokáže bojovať sám. Pritom je dôležité nadviazať na ciele národného programu kvality v súlade s európskymi princípmi manažmentu.

4.1.1.1 Aplikácia riadenia rizika destabilizácií v prepojení na motivačné mechanizmy v domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) - špecifikácia

V prípade ADOS je mimoriadne dôležitá reforma kontextu domácej ošetrovateľskej starostlivosti (pozri Obr. č. 24). Návrhy reformy boli z našej strany opakovane predkladané a komunikované s predstaviteľmi MZ SR v rokoch 2019 - 2022.

Riadenie rizika destabilizácií je reálne uplatniteľné a môže byť súčasťou komplexného hodnotenie kvality ADOS (pozri Tab. č. 2) Odporúča sa hodnotiť retrospektívne za obdobie najmenej 6 mesiacov.

Tab. č. 2 **Návrh bonifikácie v nadväznosti na hodnotenie kvality poskytovateľov ADOS**

Názov ukazovateľa		Podiel na bonifikácii	Dôkaz
1.	Držiteľstvo Certifikátu o zavedení a používaní systému manažérstva kvality STN EN ISO 9001:2016/EN ISO 9001:2015	20%	Poskytovateľ doloží platný certifikát, ev. doklad o úspešnom vykonaní dozorného auditu
2.	Zamestnávanie fyzioterapeuta na PP[1]	20%	Pracovná zmluva
3.	Pomer ošetrovaných pacientov/dní hospitalizácie v nemocnici u týchto pacientov[2]	20%	Dopátrateľné v IS ZP
4.	Pomer ošetrovaných preživších pacientov[3]	20%	Dopátrateľné v IS ZP
5.	Úspešné hojenie rán (ukončenie vykazovania výkonu preváž rany/dekubitu)[4]	20%	Dopátrateľné v IS ZP

[1] Počas celého hodnoteného obdobia, v prípade kratšieho obdobia sa kráti tiež bonus

[2] Tento ukazovateľ zatiaľ odporúčame iba skúmať a následne vyhodnotiť podľa priemeru najlepších poskytovateľov

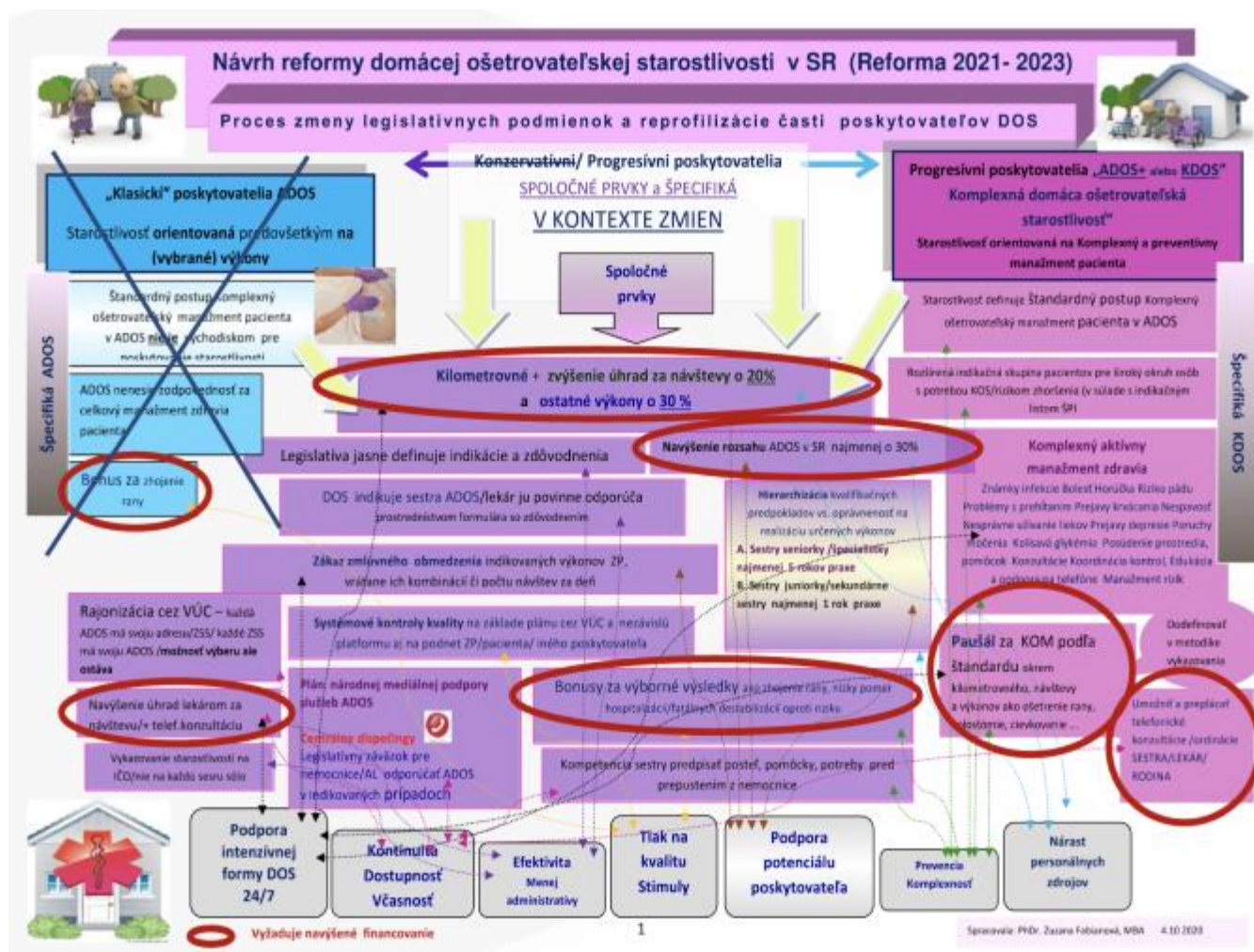
[3] By nemal byť nižší 90 % v danom skúmanom období, pričom poskytovateľ má mať možnosť vyňať pacienta v terminálnom štádiu ochorenia (obhájiteľné na základe lekárskeho nálezu)

[4] Tento ukazovateľ zatiaľ odporúčame iba skúmať a následne vyhodnotiť podľa priemeru najlepších poskytovateľov; vhodná je revízia, či nedošlo k úmrtiu alebo prekladu do iného ZZ

Obr. č. 24 **Reforma ADOS v SR** (prínos z pohľadu pacienta, poskytovateľa a systému zdravotnej starostlivosti)



Obr. č. 25 Návrh reformy ADOS v SR - od čiastkových výkonov ku komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti



Pozn. Červeným krúžkom sú zvýraznené oblasti, ktoré si vyžadujú zvýšené finančné náklady

4.1.2 Širší kontext rozvoja kvality dlhodobej starostlivosti - návrh legislatívnych zmien

4.1.2.1 Návrh na zriadenie nadrezortnej platformy pre riadenie a rozvoj kvality LTC

Návrh na vytvorenie inštitúcie alebo oddelenia Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, zo strany štátu MZ SR pre kontrolnú činnosť LTC zariadení (obdoba CQC - vzorkový ček ako aktívna zložka práce (nie len na základe podaní) ¹⁸

Zloženie nadrezortnej platformy pre riadenie a rozvoj kvality LTC starostlivosti:

- vo vedení sestra - expertka pre LTC (z praxe)
- lekár geriatra (z klinickej praxe)

¹⁸ Pozn. autorov: predložené autormi projektu poslancovi NR SR MUDr. Marekovi Krajčímu – podpredsedovi výboru NR SR pre zdravotníctvo (neskôr minister zdravotníctva a Elene Červeňáčkovej, poslankyne NR SR, jedinej sestry v parlamente, 2.4.2019

- sociálny pracovník expert pre LTC (z praxe)
- expert na manažment kvality
- zástupca ÚDZS

Súčasťou platformy s povinnou súčinnosťou : zástupcovia MZ SR, MPSVaR, poslanci zdravotníckeho/sociálneho výboru a výboru pre ľudské práva, zástupcovia TOP poskytovateľov LTC a nemocníc, paliatológ, Asociácia na ochranu práv pacientov

4.1.2.1.1 Alternatívny návrh na zriadenie nezávislého orgánu pre zabezpečenie rozvoja kvalitnej zdravotnej starostlivosti a pomoci

Ústava SR, článok 40 deklaruje, že cit. „*Každý má právo na ochranu zdravia ...*“. Každý občan SR má právo a zároveň očakáva, že mu bude poskytnutá primeraná zdravotná starostlivosť.

Na to, či je zdravotná starostlivosť poskytnutá včas, v primeranej kvalite v súlade s politikou vlády SR a MZ SR, v súlade s platnou legislatívou a zároveň v súlade s očakávaniami a potrebami občana má vplyv celé spektrum faktorov. Všetci poskytovatelia i platitelia musia chcieť a môcť byť maximálne byť súčinní pri napĺňaní hlavného cieľa – uspokojení potrieb i očakávaní občana vo vzťahu k zdravotnej starostlivosti. Tak ako všade i tu platí zásada vplyv najslabšieho ohniska v reťazi, ktoré môže ohroziť úspešný výsledok napriek sérii správne a včas realizovaných procesov. Politici Slovenska, poslanci NR SR majú záväzok voči občanom SR intenzívne vyvíjať také nástroje, ktoré efektívne a v čo najkratšom časovom horizonte pomôžu efektívne identifikovať a zlepšovať procesy a podmienky na poskytovanie včasnej, efektívnej, kvalitnej zdravotnej starostlivosti v súlade s potrebami a očakávaniami občanov. V mene sestier tejto krajiny vyjadrujeme jasné zodpovedné rozhodnutie a zámer túto situáciu pomôcť výrazne zmeniť.

Navrhujeme zriadenie nezávislého úradu , výrazne orientovaného na potreby a očakávania občana, a neustále skúmanie nielen jeho potrieb a očakávaní ale i efektívnych ciest k ich naplneniu.

Návrh na zriadenie nezávislého orgánu pre zabezpečenie rozvoja kvalitnej zdravotnej starostlivosti a pomoci má ambíciu podchytiť drvivú väčšinu aktérov, ktorí sa zúčastňujú zložitej spleti vzájomne sa ovplyvňujúcich procesov poskytovania kvalitnej a bezpečnej starostlivosti o zdravie. Nástroj, ktorý navrhujeme by mal mať splňať atribúty úspešného a efektívneho riadenia smerujúceho k dosiahnutiu kvality.

Od **neefektívneho pasívneho prijímania podnetov a sťažností občanov** smerom k úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, a iným inštitúciám sa **posunieme k proaktívnemu pátraniu, riešeniu a prevencii pri zainteresovaní všetkých, ktorých sa potenciálne alebo reálne problémy týkajú.**

Nie kontrola, nie sankcie, a pokuty, neúmerný tlak na poskytovateľov, ktorí často bojujú o prežitie , nie demotivácia poskytovateľov, nemocníc, lekárov a sestier, ale **systematické pátranie, identifikovanie problémov, ich príčinných súvislostí, možností systémového nastavenia procesov, motivačných mechanizmov pri zainteresovaní všetkých kľúčových partnerov.**

Vlastný návrh

Zriadenie Úradu (splnomocnenca vlády) pre rozvoj efektívnej zdravotnej starostlivosti a pomoci.

Súčasťou úradu je rada. Rada by mala byť tvorená zástupcami strán zainteresovaných do poskytovania, úhrady, prijímania a vnímania zdravotnej starostlivosti (pozri Tab. č. 3). Počet členov rady by mal byť najviac 10 predstaviteľov zainteresovaných strán.

Tab. č. 3 Štruktúra rady

	Zainteresovaná strana	Zastúpenie v počte členov
1.	Občania/pacienti/osoby zainteresované do starostlivosti (AOPP)	5
2.	MZ SR	1
3.	ÚDZS	1
4.	Zdravotné poisťovne	1
5.	Poskytovatelia	1

Ciele rady a poslanie úradu a rady

A. Posudzovanie

- Napomáhať k identifikácii a **analýze príčinných súvislostí zlyhávania systému.**
- Dlhodobo, aktívne skúmať úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti vo vzťahu k politike, legislatíve v dlhodobej starostlivosti v rámci **programu auditov a supervízie**.
- Skúmať a rozvíjať nástroje skúmania napĺňania očakávaní občanov.
- Komunikovať a rozvíjať nástroje komunikácie s občanmi vo vzťahu k **zberu podnetov a analýzam.**
- Posudzovať platnú a pripravovanú legislatívu vo vzťahu k napĺňaniu politiky, výsledkov zdravotnej starostlivosti, identifikovaných problémov a ich príčinných súvislostí vo vzťahu k potrebám a očakávaniam občanov.

Úrad nie je kontrolný a sankčný orgán, podnety a zistenia spracováva v spolupráci s partnermi a inštitúciami výhradne pre účely zlepšovania kvality a takým spôsobom, aby zabránil úniku citlivých informácií podľa osobitne vypracovaného interného predpisu a etického kódexu.

B. Plánovanie

- V spolupráci s partnermi **navrhovať riešenia a opatrenia** na vylúčenie opakovania sa či narastania identifikovaných problémov.
- Generovať **Akčné plány/opatrenia k zisteniam** s určením termínu, zodpovednosti.
- Spolupracovať a **rozvíjať spoluprácu v rámci zainteresovaných strán** (úradov, inštitúcií, organizácií, zástupcov poisťovní, poskytovateľov).
- Prijímať **uznesenia**, ktoré v prípade, že vznikli **ako výstup rady** sa stávajú záväznými pre MZ SR a NR SR.
- V spolupráci s partnermi navrhovať zmeny v legislatíve - pripomienkovať platnú a pripravovanú legislatívu vo vzťahu k napĺňaniu politiky, výsledkov zdravotnej starostlivosti, identifikovaných problémov a ich príčinných súvislostí vo vzťahu k potrebám a očakávaniam občanov.

C. Realizácia

Uskutočnenie plánovaných opatrení v spolupráci so zodpovednými inštitúciami.

D. Kontrola

- Realizovať odpočet úloh Akčných plánov, kontrolu plnenia uznesení.
- Hodnotiť efekt opatrení v praxi zdravotníckych služieb a vo vnímaní občana

E. Aktualizácia opatrení

Zamestnanci úradu (interní) : predseda, expert na riadenie zdravotnej starostlivosti, expert na poisťovníctvo, expert na manažérstvo kvality, analytik senior, analytik junior.

Partneri (definovaní v osobitnom dokumente) : rozšírená skupina strán zainteresovaných do poskytovania, úhrady a prijímania zdravotnej služby a pomoci.

Očakávania výsledkov práce úradu a rady:

- Nárast aktívnych zistení.
- Nárast komunikačných nástrojov.
- Nárast opatrení smerom k očakávaniam a kvalite ZS.
- Zlepšenie spolupráce a integrity zložiek systému riadenia ZS.
- Pokles oddialiteľných úmrtí.
- Zvýšenie efektivity procesov vo vzťahu vynaložených prostriedkov k dosiahnutiu výsledkom.
- Nárast spokojnosti občanov SR.

Hodnotiace aktivity, mimoriadne a plánované audity

- Audity poskytovania zdravotnej starostlivosti
- Audity úhrad zdravotnej starostlivosti
- Audity riadenia zdravotnej starostlivosti
- Analýza náhodne zvolených úmrtí a zhoršení zdravotného stavu
- Rozhovory s poskytovateľmi
- Rozhovory s pacientmi

- Dotazníkové prieskumy
- Duskúmanie podnetov

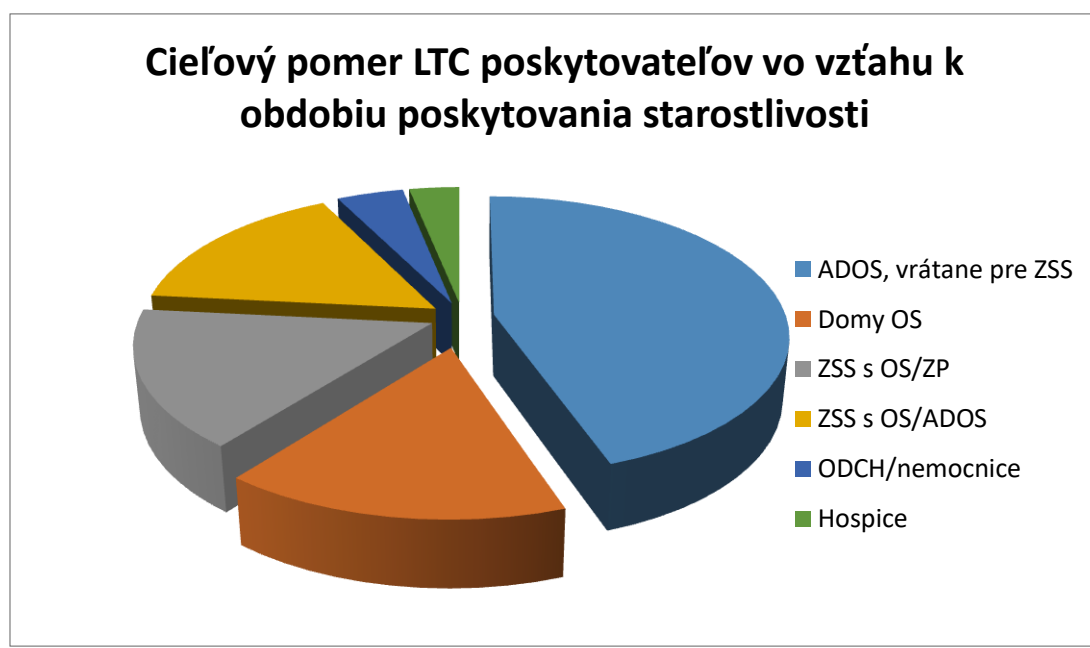
4.1.2.2 Návrh cieľovej štruktúry LTC poskytovateľov vo vzťahu k obdobiu poskytovania starostlivosti

Pomer poskytovateľov LTC vo vzťahu k dĺžke a kapacite poskytovanej starostlivosti by mal v priebehu 2 rokov reformy dosiahnuť

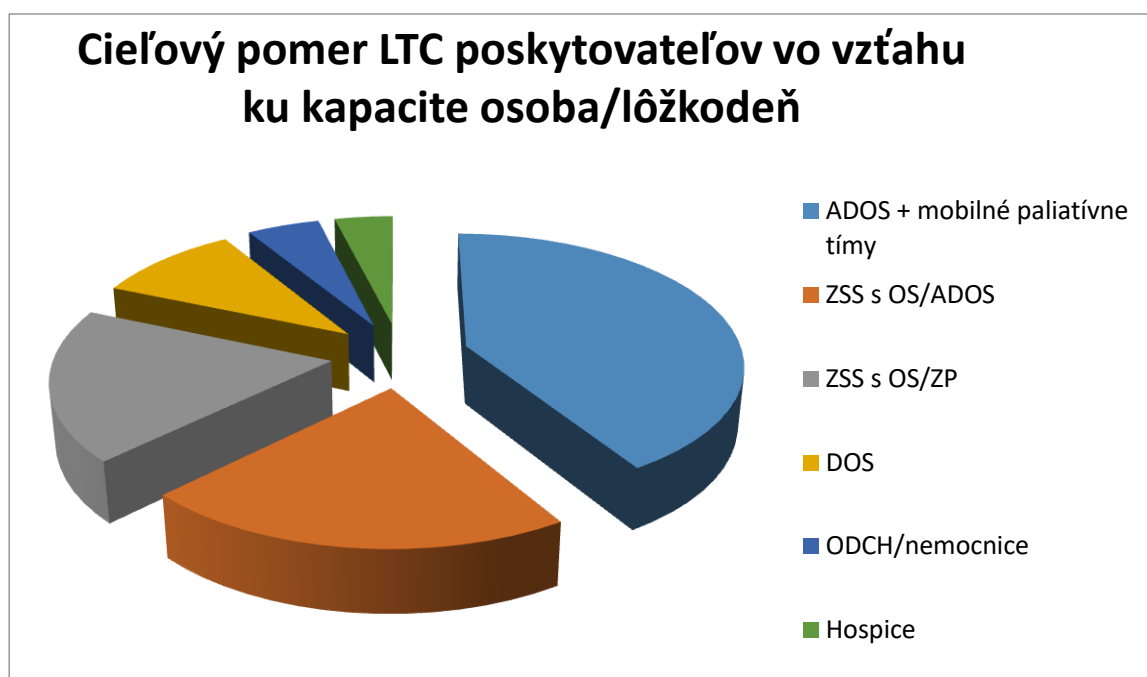
- 42 %, najvyššiu úroveň zastúpenia v prípade ADOS + mobilné paliatívne tímy (najlacnejšia a najhumánnejšia forma starostlivosti) pri súčasnej podpore prostredia/rodiny pre pripravenosť zázemia
- 15 % domy ošetrovateľskej starostlivosti (cca 50 poskytovateľov s celkovou kapacitou 2400 lôžok v roku 2021, priemerná dĺžka pobytu 6 mesiacov)
- 15 % zariadenia sociálnych služieb s „vlastnou“ ošetrovateľskou starostlivosťou podľa štandardov na základe ošetrovateľského paušálu (cca 100 poskytovateľov s celkovou kapacitou 10 000 lôžok v roku 2021, priemerná dĺžka pobytu 2,4 roka)
- 15 % zariadenia sociálnych služieb so zabezpečením starostlivosti cestou ADOS (cca 100 poskytovateľov s celkovou kapacitou 10 000 lôžok v roku 2021, priemerná dĺžka starostlivosti 2,4 roka)
- ODCH v nemocnici (najkratší čas ošetrovania za účelom diagnostiky, nastavenia liečby, stabilizácie, ev. rehabilitácie + posúdenie potreby následnej starostlivosti) + zriadiť pri ODCH jednotku intenzívnej geriatrickej starostlivosti pre akútnu fázu

Pozn. Grafy sú odhadované, vyžaduje posúdenie štatistikom, ide o poukázanie na princíp „kľúčovosti“ starostlivosti mimo nemocníc

Graf č. 5 Cieľový pomer LTC poskytovateľov vo vzťahu k obdobiu poskytovania starostlivosti



Graf č. 6 Cieľový pomer LTC poskytovateľov vo vzťahu ku kapacite osoba/lôžko deň



- **Oddelenia/liečebne pre dlhodobo chorých**, zaviesť, vyžadovať a štátom auditovať minimálne štandardy pre **elimináciu sociálnej eutanázie** (denný program, aktivizácia, sociálny pracovník ako súčasť tímu apod.) + vyžadovať a **štátom auditovať štandardy** pre komplexný manažment zdravia s dôrazom na komplexný a preventívny prístup a **výsledky** kvality
- **Domy ošetrovateľskej starostlivosti** zaviesť, vyžadovať a štátom auditovať štandardy pre **elimináciu sociálnej eutanázie** (denný program, aktivizácia, sociálny pracovník ako súčasť tímu apod.) + vyžadovať a **štátom auditovať štandardy** pre komplexný manažment zdravia s dôrazom na komplexný a preventívny prístup a **výsledky** kvality
- **Hospice** zaviesť, vyžadovať a štátom auditovať štandardy pre **elimináciu sociálnej eutanázie** (denný program, aktivizácia, sociálny pracovník ako súčasť tímu apod.) + vyžadovať a **štátom auditovať štandardy** pre komplexný manažment zdravia s dôrazom na výsledky akcentujúce zmierňovanie utrpenia a spokojnosť blízkych
- **Zariadenia sociálnych služieb** vyžadovať a štátom auditovať štandardy pre komplexný manažment zdravia s dôrazom na komplexný a preventívny prístup a **výsledky** kvality
- **ADOS** vyžadovať a štátom auditovať štandardy pre komplexný manažment zdravia s dôrazom na komplexný a preventívny prístup a **výsledky** kvality
+ **rozšíriť aktívne služby ADOS pre kompenzovaných seniorov** s dôrazom na prevenciu destabilizácie

4.1.2.3 Definovanie a zavedenie včasného operatívneho manažmentu následnej starostlivosti o bezvládných po prepustení nemocnice, už v nemocnici bez rizika výpadkov adekvátnej starostlivosti ako legislatívnej podmienky

Legislatívne zakotvená zodpovednosť za včasné zabezpečenie následnej/dlhodobej starostlivosti a tiež spracovanie národnej efektívnej digitalizácie pre digitalizované posúdenie indikácie vhodnej služby a vyhľadávanie voľnej kapacity (pozri 3.2.2 *Manažment včasného zabezpečenia následnej a dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti - návrh a kreovanie štandardu*)

4.1.2.4 Zabezpečenie manažmentu starostlivosti o zdravie prijímateľov sociálnych služieb vo všetkých zariadeniach sociálnych služieb

Počet zariadení s ošetrovateľskou starostlivosťou poskytovanej podľa štandardov by mal rásť pri lepších ekonomických východiskách.

Od roku 2018 máme v systéme desiatky poskytovateľov sociálnych služieb, v ktorých sa zároveň poskytuje ošetrovateľská starostlivosť podľa § 10a Zákona [576/2004 Z. z.](#) o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Priemerný paušál je veľmi praktický, odbreňuje od preplácania veľmi obmedzeného počtu ošetrovateľských výkonov u jednotlivých pacientov. Na mieste je ďalšia efektívizácia administrácie súvisiacej s úhradami. Horúcou témou je výška paušálu. Paušálna platba je úhradou za ošetrovateľskú starostlivosť podľa štandardného postupu MZ SR, ktorý napríklad vyžaduje tiež sériu preventívnych výkonov ošetrovateľskej starostlivosti. Od roku 2018 je jeho výška 3,30 € za deň a na pacienta, v roku 2022 došlo k jeho navýšeniu na pevnú cenu 6,60 €. Ide o priemernú platbu u každého klienta daného zariadenia bez ohľadu na mieru ošetrovateľskej záťaže. Pokračujúci nárast paušálu je nevyhnutný z dôvodu pokrytia súvisiacich personálnych, no zároveň materiálno – technických a prevádzkových požiadaviek, prístrojového vybavenia, a zabezpečenia lekárskej starostlivosti. **Počet týchto poskytovateľov by mal naďalej stúpať vzhľadom na ich kľúčový význam v systéme - pripravenosť poskytnúť starostlivosť osobám s vyššími nárokmi na ošetrovateľskú starostlivosť.**

Zabezpečenie manažmentu starostlivosti o zdravie prijímateľov sociálnych služieb vo všetkých zariadeniach sociálnych služieb by sa malo stať štandardom. Táto služba by mala byť financovaná štátom.

Koncept zabezpečenia manažmentu starostlivosti o zdravie v súčinnosti poskytovateľa s externými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti - partnermi pre manažment zdravia sa nevzťahuje na zariadenia, v ktorých sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť podľa § 10a Zákona [576/2004 Z. z.](#)

Princípom je, že každý poskytovateľ by mal vytvárať podmienky na zabezpečenie práva prijímateľa na primeranú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom činností manažmentu starostlivosti o zdravie prijímateľov v nepretržitom režime podľa potrieb prijímateľov a táto nová služba by mala byť osobitne, paušálne financovaná.

Cieľom činností zabezpečenia manažmentu starostlivosti o zdravie o prijímateľov v zariadení je predísť zhoršeniu zdravotného stavu z dôvodu neskorého poskytnutia primeranej

zdravotnej starostlivosti, no tiež znížiť fyzické alebo psychické utrpenie v súvislosti s krehkosťou, deficitom sebestačnosti či prítomným ochorením.

Poskytovateľ musí mať určenú osobu zodpovednú za manažment starostlivosti o zdravie prijímateľov, pričom zodpovedná osoba môže byť určená najviac pre jedného poskytovateľa sociálnych služieb, a s poskytovateľom musí byť v pracovnoprávnom vzťahu. Predpokladmi pre výkon tejto funkcie by malo byť vysokoškolské vzdelanie a prax v odbore ošetrovateľstvo, no vzhľadom na všeobecný nedostatok sestier, akceptovať by bolo možné aj praktické skúsenosti s organizovaním či poskytovaním starostlivosti o zdravie osôb s deficitom sebestačnosti. Poskytovateľ by mal povinnosť zabezpečiť zastupovanie zodpovednej osoby v prípade jej neprítomnosti v zariadení tak, aby kontinuita činností zabezpečenia starostlivosti o zdravie prijímateľov nebola prerušená.

Manažment starostlivosti o zdravie prijímateľov sa teda bude realizovať prostredníctvom zodpovednej osoby, no tiež na základe pracovnoprávneho vzťahu s osobami spĺňajúcimi kvalifikačné predpoklady potrebnými na vykonávanie pracovných činností v oblasti zdravotnej starostlivosti v súlade s platnými predpismi v zodpovedajúcich pracovných pozíciách a popisoch pracovných činností, ďalej zmluvného vzťahu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v príslušnom zariadení, konkrétne s ošetrovateľským lekárom o poskytovaní lekárskej starostlivosti, s agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, či s mobilným paliatívnym tímom o poskytovaní paliatívnej starostlivosti. Poskytovanie tejto zdravotnej starostlivosti týmito a ďalšími poskytovateľmi by malo byť hradené zo zdravotného poistenia, čo predpokladá potrebu zvýšenia zdrojov. Potrebné sú tiež zmeny v koncepcii úhrad, napríklad v prípade agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti s ohľadom na rozšírenie súčasných indikácií aj o pacientov v riziku a tiež zavedenie výkonov preventívnej ošetrovateľskej starostlivosti v súlade s platným ošetrovateľským štandardom.

Zabezpečenie manažmentu starostlivosti o zdravie o prijímateľov zahŕňa tieto činnosti :

- **včasná, komplexná koordinácia starostlivosti o zdravie,**
- **včasné zabezpečenie lekárskej starostlivosti** v spolupráci so zmluvným ošetrovateľským lekárom
- **zariadenia alebo ošetrovateľským lekárom prijímateľa a plnenie aktuálnej ordinácie lekára,** predovšetkým
- **pravidelné a mimoriadne lekárske vizity v zariadení** (v závislosti od zdravotného stavu prijímateľa)
- **telefonické konzultácie**
- **predpis liekov, zdravotníckych pomôcok a potrieb a určenie diéty/nutričnej výživy podľa indikácie,**
- **podávanie informácií o zdravotnom stave rodinným príslušníkom,**
- **lekárske vyšetrenie vrátane vyšetrenia a kontrolného vyšetrenia u špecialistu** (v závislosti od
- **zdravotného stavu prijímateľa),**
- **včasné zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti v spolupráci s Agentúrou domácej**
- **ošetrovateľskej starostlivosti,**
- **včasné zabezpečenie ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti,**
- **paliatívna starostlivosť v spolupráci s mobilným hospicom** (mobilným paliatívnym tímom),
- **včasné zabezpečenie zdravotnej starostlivosti s ďalšími poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa**
- **zdravotného stavu a potrieb prijímateľa,**
- **udržanie a rozvoj kvality a etiky starostlivosti o zdravie prijímateľov,**
- **plánované a riadené zabezpečenie liekov a zdravotníckych pomôcok v súlade s potrebami**
- **prijímateľov,**

- bezpečné dávkovanie a podávanie liekov v súlade s aktuálnou ordináciou lekára,
- poskytnutie predlekárskej pomoci v akútnych, život ohrozujúcich stavoch, vrátane školení a prípravy zamestnancov pre situácie potreby poskytnutia prvej pomoci,
- vedenie dokumentácie k zabezpečeniu starostlivosti o zdravie,
- zabezpečenie primeranej hydratácie, výživy a hygienickej starostlivosti na základe odporúčaní ošetrojúcej sestry a/alebo ošetrojúceho lekára,
- plánovaná a riadená podpora sebestačnosti a mobility,
- predchádzanie komplikácií z imobility v rozsahu odbornej spôsobilosti na základe odporúčaní ošetrojúcej sestry a ošetrojúceho lekára,
- ošetrovanie rán a predchádzanie vzniku dekubitov v rozsahu odbornej spôsobilosti na základe odporúčaní ošetrojúcej sestry a/alebo ošetrojúceho lekára,
- plánovaná a riadená prevencia pádov,
- prevencia šírenia nákaz medzi personálom a prijímateľmi,
- očkovanie proti sezónnej chrípke, pneumónii, a ďalšie očkovanie na základe odporúčaní a ordinácie lekára,
- meranie vitálnych funkcií (dýchanie, pulz, tlak krvi, telesná teplota) a bezodkladná konzultácia,
- odchýlok s ošetrojúcim lekárom/poskytovateľom zdravotnej starostlivosti,
- sledovanie zmien v zdravotnom v stave, vrátane nových príznakov (kašeľ, zvýšená telesná teplota,
- poruchy vyprázdňovanie moču a stolice, zmeny vo vedomí, orientácii, správaní, bolesti, zmeny na koži a slizniciach, novovzniknuté známky úrazu, apod.) a bezodkladná konzultácia odchýlok vo vitálnych funkciách, stave vedomia a orientácii s ošetrojúcim lekárom/poskytovateľom zdravotnej starostlivosti,
- zabezpečenie dezinfekčného plánu v rámci hygienicko-epidemiologického režimu.

Súčasťou dokumentácie k zabezpečeniu zdravotnej starostlivosti by mala byť aktuálna ordinácia a odporúčania lekára, no tiež kópie prepúšťacích správ, lekárskeho nálezov, výsledkov vyšetrení, ďalšie informácie týkajúce zmeny zdravotného stavu a poskytovania zdravotnej starostlivosti, záznamy personálu zariadenia, zabezpečujúceho zdravotnú starostlivosť o zmene zdravotného stavu, konzultácii zdravotného stavu s lekárom, sestrou či iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a o poskytnutí zdravotnej starostlivosti lekárom, sestrou či iným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti.

4.1.2.5 Digitalizácia

Profesionálna starostlivosť musí byť profesionálne dokumentovaná, na druhej strane, ak sa chceme v starostlivosti orientovať na človeka, nemôžeme personál doslova zahltiť administratívou. Modernou cestou k efektívnosti je komplexná digitalizácia monitorovania stavu klienta a činností súvisiacich s poskytovaním zdravotnej a sociálnej starostlivosti pri použití tabletov s prepojením na používaný software, zabezpečenie efektívnej organizácie procesov, činností, dokumentácie a komunikácie v rámci tímu a tiež medzi klientmi, ošetrojúcim personálom a medzi klientmi a ich rodinnými príslušníkmi pri súčasnom využití možností v rámci inovácií v IT sektore. Zamestnanec na zmene by mal disponovať tabletom, na ktorom zaznamenané všetky realizované výkony. Tieto sa budú automaticky preklápať do používania systému a vytvoriť dokumentáciu klienta. Tablety pre zamestnancov budú zároveň tvoriť základ pre telemedicínu a prípadné tele-vizity a tablety pre klientov zabezpečia podporu socializácie klientov, predovšetkým tých, ktorí sú v izolácii.

Záver

Choroba z dôvodu bezvládnosti a bezvládnosť ako následok choroby sú najhoršie z ľudských trápení.

Poskytnúť bezpečnú náruč umierajúcemu, ktorý v posledných chvíľach túži ostať v dôverne známom prostredí. Výrazne zmierniť dýchavicu i bolesť. Úspešne zvládnuť zápal pľúc či obehové zlyhanie. Predísť smrteľnej infekcii. Zahojiť ranu. Postaviť na nohy po týždňoch na lôžku. Opätovať spokojný úsmev predtým uplakanej starency. Roky bojujeme za tieto radostné a dojímavé okamihy ako sestry i ako manažérky. Nemáme to vôbec ľahké. Na ceste za zdravím našich klientov nás brzdia mnoho prekážok, a často zostávame bezmocní, no veríme, že zázrak uzdravenia sa u nás čoskoro môže diať úplne bežne.

Prívetivé sociálne zázemie, bezpečná a primeraná starostlivosť o zdravie by mali byť štandardom, nie utópiou.

Vo vyspelom zahraničí sa už roky úspešne rozvíja koncept dlhodobej starostlivosti, ktorý zdravotný a sociálny aspekt integruje a spája, pretože v centre záujmu politik stojí človek a jeho potreby. Bola vôľa, našli sa cesty. Pri posteliach a vozíčkoch bezvládných sa stretávajú silní tímoví hráči – zdravotníci a sociálni profesionáli a ku kvalitnej starostlivosti pozývajú aj ďalších odborníkov.

V každej vyspelej krajine fungujú tisíceky zariadení s integrovanou starostlivosťou, no na Slovensku to bol vzácny fenomén. Nie, nežijú tu iní ľudia, s potrebami inými ako inde, no nebolo zodpovednej sily, ktorá by zohľadnila vážnu skutočnosť, že starostlivosť o zdravie nemôže skončiť pobytom v nemocnici.

Po rokoch neúnavnej snahy mnohých zanietených odborníkov, ktorých návrhy strategických riešení nenachádzali podporu, sa situácia dramaticky mení, teda pri najmenšom ohromne silnie kontext argumentov, paradoxne vďaka skúsenosťou s pandémiou COVID 19.

Pandémia COVID 19 bola nemilosrdnou skúškou pripravenosti zariadení sociálnych služieb pre oblasť ochrany zdravia svojich klientov. Mohli sme byť oveľa lepšie pripravení na útok najväčšieho zabijaka v novodobých dejinách. Krehkí obyvatelia zariadení sa stali jeho ľahkým terčom. V zariadeniach sociálnych služieb ochoreli tisíceky osôb. Desiatky tisíc mladých a zdravých trpeli a plakali s nimi. Boli to ich bezmocní opatrovatelia, zúfalé rodiny, deti, ktorí im často nedokázali pomôcť včas a zďaleka nie na takej odbornej úrovni, ako by si priali. Zariadeniami otriasala ohromná personálna kríza, no tam, kde navyše chýbala ošetrovateľská starostlivosť, funkčný manažment zdravia a telemedicína už „pred Covidom“, hasla nádej vysporiadať sa so zákerným vírusom bez hromadných úmrtí. Strach zo zlyhania nabral reálne kontúry. Trpká skúsenosť stoviek zariadení sa stala presvedčivým argumentom, že bez ošetrovateľskej starostlivosti a dobre organizovaného manažmentu zdravia klientov v zariadeniach sociálnych služieb sa už viac nezaobídeme. Taká bola a stále je naša diagnóza. Pre jej úspešnú liečbu, bude potrebná séria nevyhnutných zmien, nástrojov a inovácií, ktoré sa navzájom dopĺňajú a podporujú.

V gescii MZ SR pri spolupráci sa začínajú tvoriť úplne nové interdisciplinárne štandardy pre dlhodobú starostlivosť, ktoré sa stanú jedným z nástrojov predchádzania situácií, v ktorých sa bezvládný a chorý človek ocitá v ohrození bez adekvátnej služby, starostlivosti. Rodí sa veľká reforma dlhodobej starostlivosti. **Cieľom tejto reformy je dosiahnuť pripravenosť osôb a inštitúcií poskytovať starostlivosť na primeranej úrovni so súčasným dosiahnutím spokojnosti poskytovateľov, inštitúcií, organizácií a ich zamestnancov na základe neustále zlepšovaných legislatívnych a ekonomických východísk.**

Autormi predložený komplex návrhov má veľký potenciál priniesť ohromný rozvoj kvality dlhodobej starostlivosti. Posledné roky nasvedčujú tomu, že postoj štátu sa definitívne zmenil, no bez zanietených odborníkov z praxe, ktorí pomôžu zložitú problematiku obsiahnuť do komplexnej,

funkčnej a udržateľnej podoby sa nezaobídeme. Potrebná je tiež vysoká miera angažovanosti samotných poskytovateľov, ktorých pripravenosť je kľúčová a ktorí nesú veľké bremeno zodpovednosti za ľudský život a zdravie za zložitých okolností už roky, no teraz v ešte väčšom ohrození, v súvislosti s hrozbou ďalšej vlny pandémie. Svoju nadľudskú úlohu môžu zvládnuť, ak budú dobre pripravení. Reforma dlhodobej starostlivosti je nádejou, že profesionáli v slovenských zariadeniach sociálnych služieb už v skorej budúcnosti môžu dosiahnuť hlboké ľudské uspokojenie z toho, že sú tvorivou súčasťou ochrany zdravia svojich zverencov.

Zoznam bibliografických odkazov

BAŤA, T. 2017. *Úvahy a projevy*. Praha: DOBROVSKÝ, s.r.o., 2017. 319 s. ISBN 978-80-7390-019-9.

ELIAŠOVÁ, A. – CUPEROVÁ, J. (Eds.) (2016). *Východiská v ošetrovatel'stve 2.*, A-print s.r.o., Prešov, 2016, pp.142-3. ISBN 978-80-89721-11-5

ELIAŠOVÁ, A. – MAGUROVÁ, D. (Eds.) (2016). *Východiská v ošetrovatel'stve 1.*, A-print s.r.o., Prešov, 2016, pp. 99-100. ISBN 978-80-89721-09-2

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov– metodika rizika*. Vnútný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovatel'ské centrum, s.r.o., Ošetrovatel'ské centrum a ZSS Slnečným dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z., 2014. *Sestry v ZSS – nástroj kvality v starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých. Kvalita a spoločenská zodpovednosť*. Žilina: MASM, s.r.o., Ročník XXII, číslo 1/2014, 24 – 28. ISSN 1335 - 9231.

FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2015. *Možnosti efektívneho manažérstva rizika zhoršenia zdravotného stavu v kontexte komplexnej starostlivosti o seniorov v pobytových zariadeniach. Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia*. Bratislava: SKSaPA, číslo 6/2015, 32-33. ISSN 1339-5920.

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život*. Zdravotnícke noviny. Bratislava: MAFRA Slovakia, a.s., Ročník XXII, číslo 27/2017, 7. ISSN 1335-4477.

FABIANOVÁ, Z., 2019. *Koncept stratégie kvalitnej starostlivosti v LTC zariadeniach na Slovensku s celonárodným dopadom (návrh)*. Humenné: ZSS Slnečný dom, n.o., 2019. 66 s.

FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2017. *Manažment a dokumentovanie ošetrovatel'skej starostlivosti – interný predpis*. Vnútný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovatel'ské centrum, s.r.o., Ošetrovatel'ské centrum a ZSS Slnečným dom, n.o., Humenné. 2017.

HELD, V. 2015. *Etika péče. Osobní, politická a globální*. Praha: Filosofia, 2015. 314 s. ISBN 978-80-7007-447-3.

HOLMEROVÁ, I. a kol. 2014. *Dlouhodobápéče geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2014. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. 2005. *Medzinárodní akreditační standardy pro dlouhodobou péči*. Praha: GradaPublishing, a.s.. 247 s. ISBN 80-247-1001-3.

KABELKA, L. 2017. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta a.s., 2017. 317 s. ISBN 978-80-204-4225-3.

KALVACH, Z. a kol. 2008. Geriatrické syndrómy a geriatrický pacient. Praha: GradaPublishing.a.s, 2008. 194s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KAŠUBOVÁ, K. – VEREŠOVÁ, K. (2014). Najlepšie organizácie dokázali svoju výnimočnosť. In. *Kvalita & spoločenská zodpovednosť*, Česko Slovenský odborný časopis, Bratislava. Vol. XXII, No. 3, 2014, pp. 30 – 32, ISSN 1335-9231

KUCKIR, M. – VAŇKOVÁ, H.- HOLMEROVÁ, I. a kol. 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2016. 96 s. ISBN 978-80-271-0054-5.

KUKUČKOVÁ, L. - MAHELOVÁ, L. - DOSTÁLOVÁ, K. - MORICOVÁ, Š. (2012). Dekubity – etiológia a liečba [online]. [cited 29.05.2017]. Assess on: <http://www.vpl.sk/files/file/XXXIII%20prezentacie%20pdf/dekubity/kukuckova%20dekubity%20VT%202012.pdf>

MAGUROVÁ, D. (2016). *Vybrané kapitoly paliatívnej a hospicovej starostlivosti*, Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, Prešov, 2015, ISBN 978-80-555-1317-1

PLEVOVÁ, I. a kol. 2012. *Managment v ošetrovatelství*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2012. 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0.

SEDLÁK, M. 2009. *Manažment*. Bratislava: IURA EDITION, spol.sr.o., 2009. 434 s. ISBN 978-80-8078-283-2.

ŠUPŠÁKOVÁ, P. 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2017. 288 s. ISBN 978-80-271-0062-0.

SCHULER, M. - OSTER, P. 2010. *Geriatrie od A do Z pro sestry*. Praha: GradaPublishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

PAULOVÁ, I. 2013. *Komplexné manažérstvo kvality*. Bratislava: IuraEdition, spol. s r.o., 2013. 160 s. ISBN 978-80-8078-574-1.

REMIŠOVÁ, A. 2015. *Súčasný trendy podnikateľskej etiky. Od teórie k praxi*. Bratislava: WoltersKluwer, s.r.o., 2015. 260 s. ISBN 978-80-8168-213-1.

Národná cena Slovenskej republiky za kvalitu 2014, Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky [online], <http://www.unms.sk>.

Národná cena Slovenskej republiky za kvalitu 2015, Prvá informácia a prihláška do súťaže, Úrad pre normalizáciu, metrológiu a skúšobníctvo Slovenskej republiky, [online] <http://www.unms.sk>.

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.

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.

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2009. *WHO Guidelines on Hand Hygiene in HealthCare: FirstGlobalPatientSafetyChallengeCleanCareisSaferCare*. Geneva: WHO, 2009. 262 s. ISBN 978- 92- 4- 159790- 6.

Prílohy

Príloha č. 1 Harmonogram zapojenia pracovísk pre retrospektívne meranie NQRM a následné meranie NQRM

Harmonogram zapojenia pracovísk pre retrospektívne meranie NQRM a následné meranie NQRM																					
Pracovisko	Kraj	8.18	9.18	10.18	11.18	12.18	1.19	2.19	3.19	4.19	5.19	6.19	7.19	8.19	9.19	10.-11.19	12.19	1.-2.20	3.-5.20	6.-9.20	
1	KSK	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM											
2	ŽSK	prolongácia začatia merania					prolongácia začatia merania									NQRM	NQRM		NQRM	uzavreté odd.	NQRM
3	ŽSK															NQRM	NQRM		NQRM		NQRM
4	NSK			retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM						
5	PSK			retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM						
6	BBSK	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM						
7	TrenSK	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM										
8	Trn SK										NQRM	NQRM	NQRM	NQRM							
9	BA	retrospektívne	retrospektívne	retrospektívne	NQRM	NQRM	NQRM														
10	PSK	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM						
11	PSK	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM	NQRM						

Príloha č. 2

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 8

Tabuľkové zobrazenie zberu dát

2019-máj									5.19
P.č.	Inicialy pacienta	Rok narodenia	Počet bodov	Najvyššie riziko destabilizácie (NRD)	Veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD)	Počet hospitalizačných dní (septati per nemocničné zariadenie)	"Lazar up" syndróm (LS)	Fatálna destabilizácia (FD)	Poznámka
1	W.B.-Norton	7.4.1948	24					X	kardiolne zlyhanie/bronchopneum.
2	J.M.-Bartel	27.7.1935	15		X		X		pokles zápal.paramet
3	L.S.-Norton	9.7.1944	28						
4	M.D.-Norton	9.6.1951	19						
5	F.M.-Norton	5.12.1936	24						
6	A.H.-Norton	10.9.1925	10	X			X		zlepšenie výsledkov
7	M.K.-Norton	16.5.1936	12	X				X	bronchopneumónia/onkolog.ochor.
8	H.B.-Norton	13.4.1922	12	X				X	bronchopneumónia/onkolog.ochor.
9	A.R.-Norton	22.1.1943	25						
10	F.S.-Norton	4.1.1930	26						
11	A.H.-Norton	14.7.1933	24						
12	A.H.-Norton	1.2.1937	22						
13	T.K.-Norton	14.4.1926	17		X			X	bronchopneumónia/kardiol.zlyh.
14	V.P.-Norton	28.4.1946	26						
15	M.D.-Norton	13.1.1930	17		X		X		nárast sebestačnosti
16	L.J.-Norton	9.8.1928	20						
17	M.H.-Bartel	1.9.1929	50		X		X		zvýšil sa príjem potravy
18	M.M.-Norton	27.10.1939	12	X			X		zlepšenie výsledkov
19	M.H.-Norton	7.9.1935	22						
20	K.M.-Norton	28.3.1931	16		X		X		nárast sebestačnosti
21	V.B.-Norton	20.4.1947	17		X				
22	S.L.-Norton	28.7.1937	20						
23	J.V.-Norton	6.6.1924	17		X		X		zlepšenie psychic.stavu
24	O.S.-Norton	24.4.1930	16		X		X		zlepšenie výsled.urea,kreat.
25	J.P.-Norton	25.4.1936	18		X				
26	J.P.-Norton	3.3.1935	24						
27	S.K.-Norton	3.10.1933	25						
28	K.Z.-Norton	13.1.1937	22						
29	A.G.-Norton	7.7.1937	20						
30	M.M.-Bartel	17.8.1934	10	X			X		úprava zápalových parametrov
31	R.S.-Norton	9.11.1931	15		X				
32	B.K.-Norton	4.8.1930	10	X			X		zlepšenie psychic.stavu
33	M.M.-Norton	26.8.1928	11	X			X		nárast záujmu o okolie
34	B.F.-Norton	20.12.1937	9	X				X	kardiolne zlyhanie/malíg.arytmia
35	J.P.-Norton	29.12.1941	15		X		X		nárast sebestačnosti
36	A.N.-Norton	27.1.1927	20						
37	M.C.-Norton	5.7.1935	22						
38	M.F.-Norton	19.5.1935	16		X		X		zlepšenie psychic.stavu
39	J.B.-Norton	10.9.1941	17		X		X		stabiliz. vitál.funkcií
40	J.B.-Norton	21.2.1938	18		X		X		zastavenie chudnutia
41	J.O.-Norton	9.7.1941	16		X		X		zlepšenie výsled.urea,kreat.
42	S.S.-Norton	26.12.1937	22					X	bronchopneumónia/onkol.ochor.
43	M.S.-Norton	3.3.1935	23						
44	J.T.-Norton	8.5.1931	18	X			X		nárast sebestačnosti
45	A.K.-Norton	18.12.1947	21						
46	A.M.-Norton	17.5.1937	20						
47	M.A.-Norton	4.4	22						
48	A.B.-Norton	9.5.1938	16		X		X		stabilizácia hmotnosti
49	A.T.-Norton	26.11	15		X		X		zlepšenie psychic.stavu
50	M.A.-Norton	4.4	21						
51	S.P.-Norton	29.12.1927	20						
52	E.H.-Norton	6.9.1938	20						
53	J.H.-Norton	19.3.1933	19						
54	A.H.-Norton	4.3.1937	17		X		X		nárast sebestačnosti
55	E.M.-Norton	21.10.1929	16		X			X	bronchopneumónia
56	L.P.-Norton	2.8.1936	14		X		X		nárast sebestačnosti
57	A.T.-Norton	26.11.1926	15		X		X		nárast sebestačnosti
58	F.B.-Norton	6.9.1938	14		X		X		zlepšenie príjmu potravy
59									
60									
Celkový počet klientov:						58			
Počet podľa kritérií:				9	22	0	23	7	
% z celkového počtu:				16%	38%	-	40%	12%	

2019 - jún								6.19
Iniciály pacienta	Rok narodenia	Počet bodov	Najvyššie riziko destabilizácie (NRD)	Veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD)	Počet hospitalizačných dní (neplatí pre nemocničné zariadenia)	"Lazarus" syndróm (LS)	Fatálna destabilizácia (FD)	Poznámka
J.L.-Norton	3.6.1936	19						
K.V.-Norton	5.5.1950	24						
M.J.-Norton	3.4.1933	16		X		X		dosaturovanie minerálov/kálie
L.K.-Norton	7.12.1932	14		X		X		zlepšenie výsledkov
M.N.-Norton	2.2.1931	15		X		X		nárast sebestačnosti
M.P.-Norton	29.4.1936	25						
V.R.-Norton	28.9.1932	23						
R.B.-Norton	28.4.1945	17		X		X		nárast sebestačnosti
J.P.-Norton	12.8.1929	13	X			X		úprava zápal.p parametrov
J.M.-Norton	16.11.1939	23					X	kardiálne zlyhanie/malíg. arytmia
J.P.-Norton	3.3.1935	19						
H.S.-Norton	17.3.1942	29						
L.D.-Norton	28.9.1939	16	X			X		zlepšenie výsl.urea,kreatinín
S.B.-Norton	11.9.1929	18		X		X		zlepšenie výsl.urea,kreatinín
E.H.-Norton	23.12.1933	23						
T.S.-Norton	6.7.1936	19						
J.C.-Norton	18.9.1936	13	X			X		zlepšenie príjmu potravy
J.C.-Norton	16.5.1931	24						
A.J.-Norton	29.11.1937	23						
M.S.-Norton	20.12.1945	26						
M.P.-Norton	17.1.1932	20						
J.K.-Norton	26.5.1943	21						
J.G.-Norton	3.4.1952	24						
M.S.-Norton	8.9.1942	20						
S.H.-Norton	17.12.1932	15		X		X		zvýšil sa príjem potravy
I.P.-Norton	4.3.1929	14		X		X		úprava zápal.p parametrov
P.H.-Norton	20.10.1935	11	X				X	kardiálne zlyhanie/bronchopneum.
M.A.-Norton	4.4.1953	24						
A.P.-Norton	15.1.1943	21						
I.H.-Norton	24.10.1934	14		X		X		zastavenie zhoršovania výsledkov
E.J.-Norton	17.7.1943	20						
K.O.-Norton	23.10.1932	12	X			X		dosaturovanie minerálov-nátrie
J.G.-Norton	22.5.1940	13		X		X		úprava zápalových parametrov
E.I.-Norton	23.10.1943	16		X		X		dosaturovanie minerálov-kálie
M.M.-Norton	17.8.1938	22						
P.P.-Norton	3.3.1936	20						
M.W.-Norton	20.5.1938	17		X		X		úprava zápalových parametrov
J.B.-Norton	25.11.1943	27						
J.H.-Norton	8.8.1937	24						
A.V.-Norton	3.8.1943	24						
E.P.-Norton	19.4.1922	16		X		X		zlepšenie výsledkov-urea,kreat.
K.H.-Norton	7.2.1930	22						
A.R.-Norton	11.11.1936	21						
A.H.-Norton	1.12.1937	22						
M.P.-Norton	19.5.1942	14		X		X		zlepšil sa príjem potravy
J.B.-Norton	20.1.1933	23						
N.S.-Norton	25.9	23						
M.K.-Norton	27.7.1938	19						
L.L.-Norton	6.3	13	X			X		zlepšenie výsledkov urea,kreat.
A.K.-Norton	3.5	15		X		X		zlepšenie zápalových paramet.
A.J.-Norton	5.1.1936	22						
V.P.-Norton	28.4.1946	23						
O.H.-Norton	1.7.1941	21						
O.G.-Norton	12.5.1931	17		X		X		zlepšenie psychic.stavu
Celkový počet klientov:			54					
Počet podľa kritérií:			6	15	0	20	2	
% z celkového počtu:			11%	28%	-	37%	4%	

[illegible]

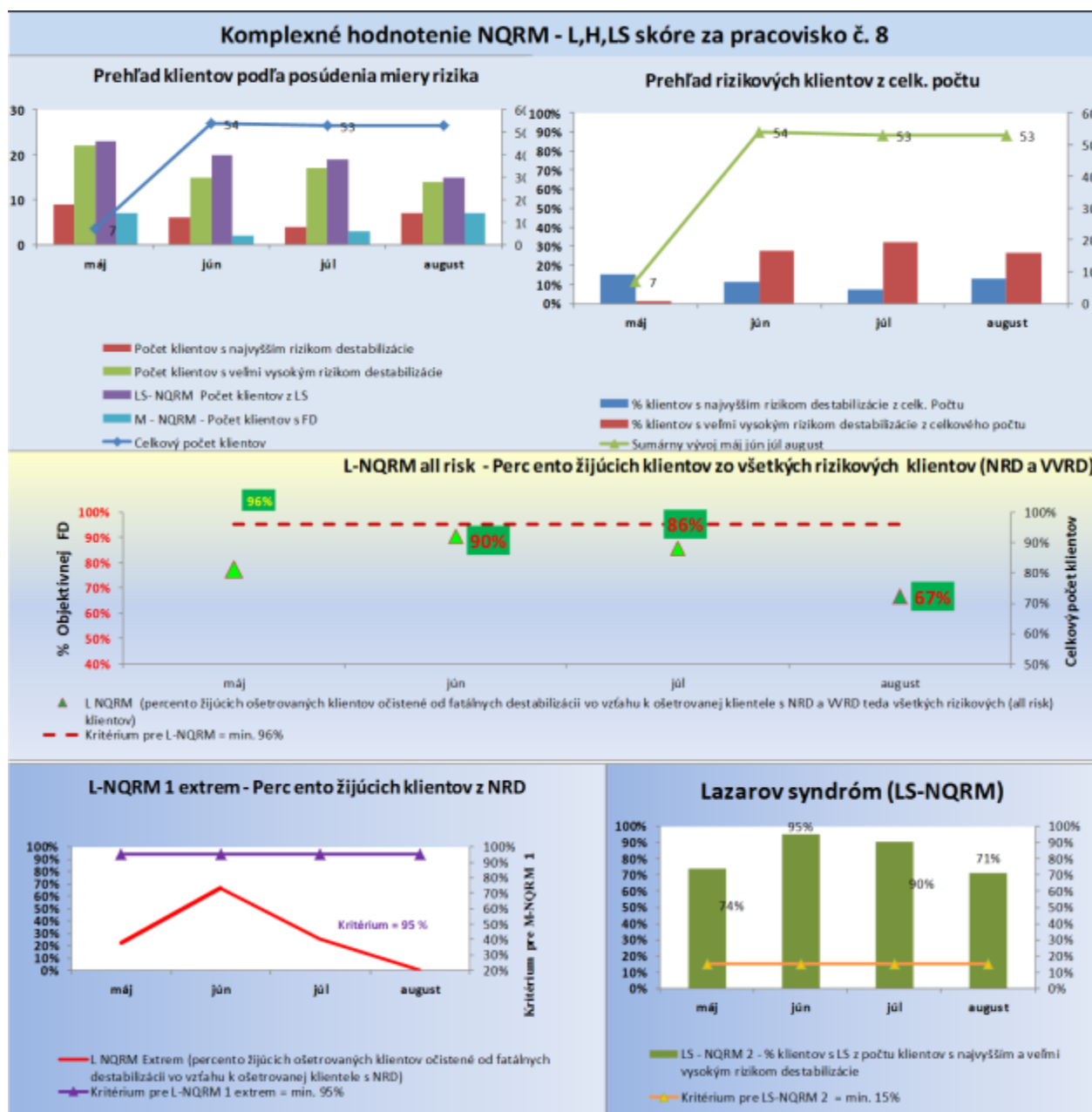
Príloha č. 3

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 8 - Sumárny vývoj Tabuľkové zobrazenie

Komplexné hodnotenie NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 8					
Sumárny vývoj	máj	jún	júl	august	Priemer
Celkový počet klientov	7	54	53	53	42
Počet klientov s najvyšším rizikom destabilizácie	9	6	4	7	7
% klientov s najvyšším rizikom destabilizácie z celk. Počtu	16%	11%	8%	13%	11,8%
Počet klientov s veľmi vysokým rizikom destabilizácie	22	15	17	14	17
% klientov s veľmi vysokým rizikom destabilizácie z celkového počtu	1%	28%	32%	26%	21,8%
M - NQRM - Počet klientov s FD	7	2	3	7	4,75
M - NQRM 3 - % klientov s FD z celkového počtu klientov	100%	4%	6%	13%	30,6%
Objektívna Fatálna destabilizácia / M - NQRM 2 - % klientov s FD z počtu klientov s najvyšším a veľmi vysokým rizikom destabilizácie	23%	10%	14%	33%	19,9%
L NQRM (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD a VVRD teda všetkých rizikových (all risk) klientov)	77%	90%	86%	67%	80,1%
Kritérium pre L-NQRM = min. 96%	96%	96%	96%	96%	96%
M - NQRM 1 - % klientov s FD z počtu klientov s najvyšším rizikom destabilizácie	78%	33%	75%	100%	71,5%
L NQRM Extrem (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD)	22%	67%	25%	0%	28,5%
Kritérium pre L-NQRM 1 extrem = min. 95%	95%	95%	95%	95%	95%
H - NQRM - Celkový počet dní hospitalizácie	0	0	0	0	0
Celkový počet pobytových dní všetkých klientov (All)	217	1620	1643	1643	1280,75
H - NQRM All - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all) klientov	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
H - NQRM 1 All risk - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all risk) klientov (s najvyšším a veľmi vysokým rizikom rizikom destabilizácie)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
H - NQRM Extrem - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov (s najvyšším rizikom destabilizácie)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
U NQRM 1 (% dní bez hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov NRD a VVRD)	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%
LS- NQRM Počet klientov z LS	23	20	19	15	19,25
LS - NQRM 1- % klientov s LS z počtu klientov s najvyšším rizikom destabilizácie	256%	333%	475%	214%	319,5%
LS - NQRM 2 - % klientov s LS z počtu klientov s najvyšším a veľmi vysokým rizikom destabilizácie	74%	95%	90%	71%	82,8%
Kritérium pre LS-NQRM 2 = min. 15%	15%	15%	15%	15%	15%

Príloha č. 4

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS za pracovisko č. 8 - Grafická vizualizácia



Príloha č. 5

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 9 - Tabuľkové zobrazenie zberu dát za mesiac november a december 2018

2018 - November								
P.č.	Inikály pacienta	Rok narodenia	Počet bodov	Najvyššie riziko destabilizácie (NRD)	Veľmi vysoké riziko de stabilizácie (VVRD)	Počet hospitalizačných dní (neplán pre nemocničné zariaden.)	"Lazar up" syndróm (LS)	Fatálna destabilizácia (FD)
1	A.K.		10+13+12=35	x				
2	M.K.		10+12+3=25	x				
3	M.H.		10+15+3=28	x				
4	L.N.		40+21+13=74				x	
5	M.K.		10+14+27=51	x				
6	E.Z.		65+25+28=118				x	
7	J.S.		15+15+8=38	x				
8	M.S.		0+11+0=0	x				
9	A.V.		20+17+10=47		x		x	
10	M.M.		11+11+0=22	x				
11	T.H.		100+27+20=147				x	
12	I.S.		15+15+18=48		x			
13	Š.D.		15+15+12=42		x		x	
14	V.D.		15+15+16=46		x		x	
15	A.P.		85+25+12=122					
16	A.B.		85+27+28=140					
17	J.F.		85+25+12=122					
18	V.B.		85+27+30=142					
19	S.M.		90+25+23=138					
20	J.H.		25+13+17=55				x	
21	V.C.		100+25+18=143					
22	V.K.		30+13+9=42	x				
23	A.P.		5+12+7=24	x			x	
24	M.T.		9+5+0=14	x				
25	M.T.		0+10+9=19	x		21	x	
26	Z.S.		10+14+10=34		x			
27	M.M.		30+20+28=78					
28	E.H.		65+22+30=117					
29	E.A.		30+17+26=53					
30	M.D.		15+19+19=53					
31	N.N.		80+24+22=126				x	
32	A.T.		100+27+27=154					
33	M.B.		100+27+24=151				x	
34	M.P.		20+17+22=59		x	4		x
35	M.P.		0+8+0=8	x				x
36	O.J.		15+13+0=28	x				
37	Celkový počet klie ntov:					36		
	Počet podľa kritérií:			13	6	25	11	2
	% z celkového počtu:			36%	17%	-	31%	6%

2018 - December								
Inicály pacienta	Rok narodenia		Počet bodov	Najvyššie riziko destabilizácie (NRD)	Veľmi vysoké riziko destabilizácie (VVRD)	Počet hospitalizačných dní (neplatí pre nemocničné zariadenia)	"Lazar up" syndróm (LS)	Fatálna destabilizácia (FD)
A.K.			35	x				
M.K.			25	x				
M.H.			28	x				
L.N.			74				x	
M.K.			51	x				
E.Z.			118				x	
J.S.			38	x				
M.S.			11	x				
A.V.			47		x		x	
M.M.			22	x				
T.H.			147				x	
I.S.			48		x			
Š.D.			42		x		x	
V.D.			46		x			
A.P.			122					
A.B.			140					
J.F.			122					
V.B.			142					
S.M.			138					
J.H.			55					
V.C.			143					
V.K.			42	x				
A.P.			24	x				
M.T.			14	x				
M.T.			19	x			x	
Z.S.			34		x			
M.M.			78					
E.H.			117					
E.A.			53					
M.D.			53					
N.N.			126					
A.T.			154					
M.B.			151					
O.J.			28	x				x
Celkový počet klientov:				34				
Počet podľa kritérií:				12	5	0	6	1
% z celkového počtu:				35%	15%	-	18%	3%

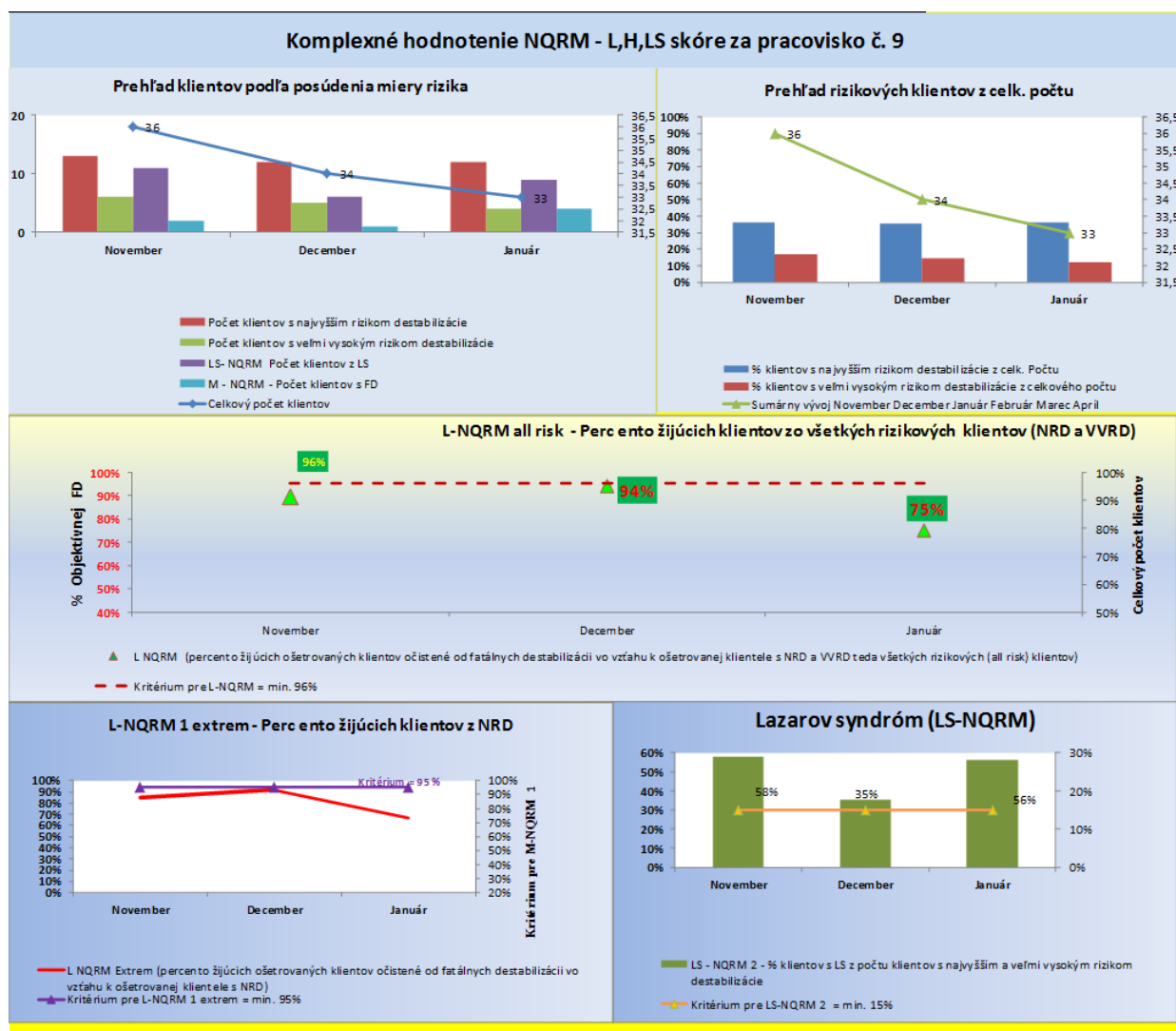
Príloha č. 6

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 9 - Sumárny vývoj Tabuľkové zobrazenie

Komplexné hodnotenie NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 9				
Sumárny vývoj	November	December	Január	Priemer
Celkový počet klientov	36	34	33	34
Počet klientov s <u>najvyšším rizikom</u> destabilizácie	13	12	12	12
% klientov s <u>najvyšším rizikom</u> destabilizácie z celk. Počtu	36%	35%	36%	35,9%
Počet klientov s <u>veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie	6	5	4	5
% klientov s <u>veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie z celkového počtu	17%	15%	12%	14,5%
M - NQRM - Počet klientov s FD	2	1	4	2
M - NQRM 3 - % klientov s FD z celkového počtu klientov	6%	3%	12%	6,9%
Objektívna Fatálna destabilizácia / M - NQRM 2 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším a veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie	11%	6%	25%	13,8%
L NQRM (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD a VVRD teda všetkých rizikových (all risk) klientov)	89%	94%	75%	86,2%
Kritérium pre L-NQRM = min. 96%	96%	96%	96%	96%
M - NQRM 1 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	15%	8%	33%	19,0%
L NQRM Extrem (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD)	85%	92%	67%	81,0%
Kritérium pre L-NQRM 1 extrem = min. 95%	95%	95%	95%	95%
H - NQRM - Celkový počet dní hospitalizácie	25	0	29	18
Celkový počet pobytových dní všetkých klientov (All)	1080	1054	1023	1052
H - NQRM All - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all) klientov	2,2%	0,0%	2,8%	1,7%
H - NQRM 1 All risk - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all risk) klientov (s <u>najvyšším a veľmi vysokým rizikom</u> rizikom destabilizácie)	4,2%	0,0%	5,8%	3,4%
H - NQRM Extrem - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov (s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie)	6,2%	0,0%	7,8%	4,7%
U NQRM 1(% dní bez hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov NRD a VVRD)	95,8%	100,0%	94,2%	96,6%
LS- NQRM Počet klientov z LS	11	6	9	9
LS - NQRM 1- % klientov s LS z počtu klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	85%	50%	75%	69,9%
LS - NQRM 2 - % klientov s LS z počtu klientov s <u>najvyšším a veľmi vysokým rizikom</u> destabilizácie	58%	35%	56%	49,8%
Kritérium pre LS-NQRM 2 = min. 15%	15%	15%	15%	15%

Príloha č. 7

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS za pracovisko č. 9 - Grafická vizualizácia



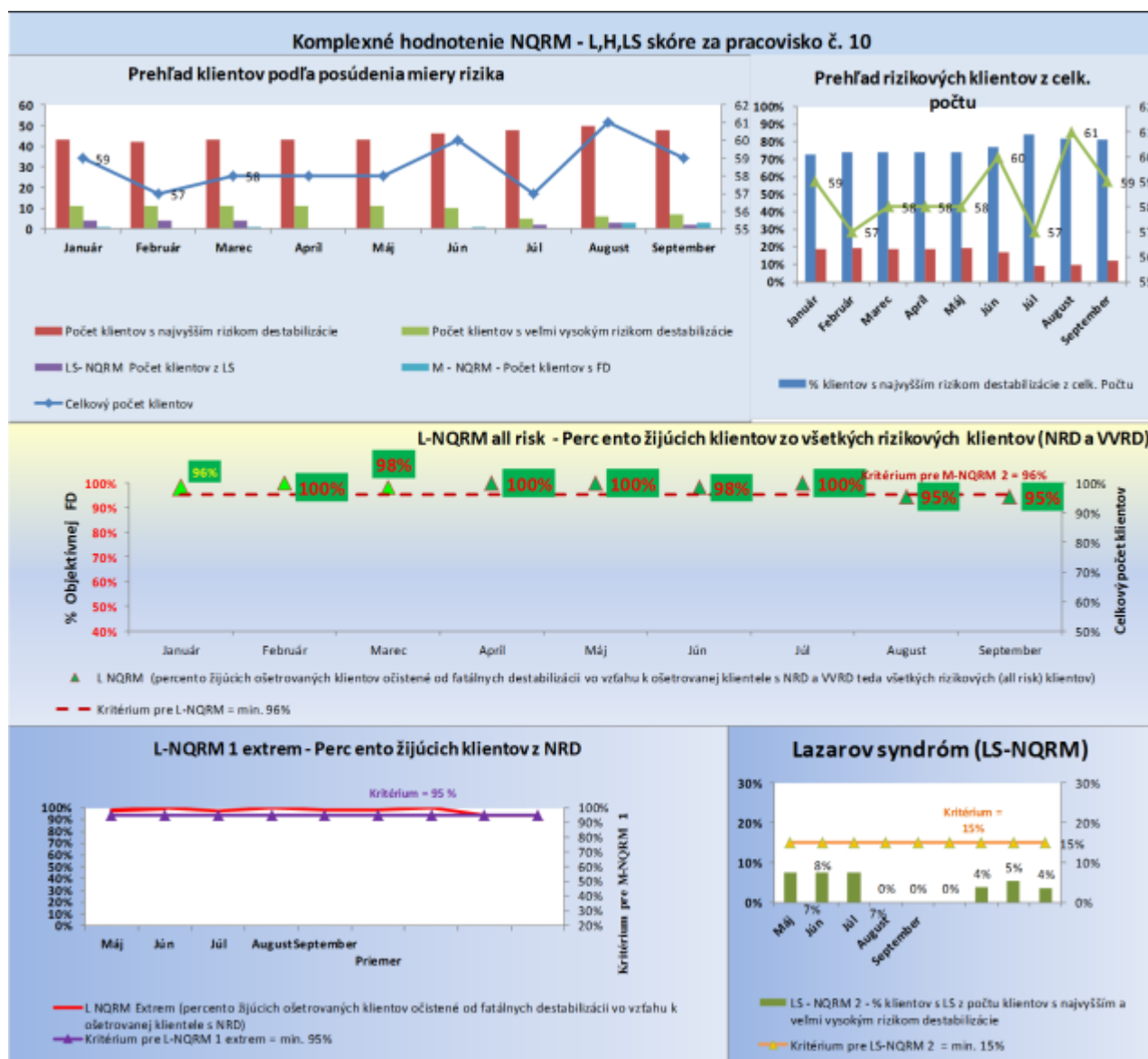
Príloha č. 8

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 10 - Sumárny vývoj Tabuľkové zobrazenie

Sumárny vývoj z prehľadu klientov na základe posúdenia miery rizika Komplexné hodnotenie NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 10										
Sumárny vývoj	Január	Február	Marec	Apríl	Máj	Jún	Júl	August	September	Priemer
Celkový počet klientov	59	57	58	58	58	60	57	61	59	59
Počet klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	43	42	43	43	43	46	48	50	48	45
% klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie z celk. počtu	73%	74%	74%	74%	74%	77%	84%	82%	81%	77%
Počet klientov s <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie	11	11	11	11	11	10	5	6	7	9
% klientov s <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie z celkového počtu	19%	19%	19%	19%	19%	17%	9%	10%	12%	16%
M - NQRM - Počet klientov s FD	1	0	1	0	0	1	0	3	3	1
M - NQRM 3 - % klientov s FD z celkového počtu klientov	2%	0%	2%	0%	0%	2%	0%	5%	5%	2%
Objektívna Fatálna destabilizácia / M - NQRM 2 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším</u> a <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie	2%	0%	2%	0%	0%	2%	0%	5%	5%	2%
L NQRM (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD a VVRD teda všetkých rizikových (all risk) klientov)	98%	100%	98%	100%	100%	98%	100%	95%	95%	98%
Kritérium pre L-NQRM = min. 96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%
M - NQRM 1 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	2%	0%	2%	0%	2%	2%	0%	6%	6%	2,4%
L NQRM Extrem (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD)	98%	100%	98%	100%	98%	98%	100%	94%	94%	97,6%
Kritérium pre L-NQRM 1 extrem = min. 95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
H - NQRM - Celkový počet dní hospitalizácie	2	1	18	0	0	20	7	29	13	10
Celkový počet pobytových dní všetkých klientov (All)	1829	1596	1798	1740	1798	1800	1767	1891	1770	1777
H - NQRM All - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all) klientov	0,1%	0,1%	1,1%	0,0%	0,0%	1,1%	0,4%	1,5%	0,7%	0,6%
H - NQRM 1 All risk - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all risk) klientov (s <u>najvyšším</u> a <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie)	0,1%	0,1%	1,2%	0,0%	0,0%	1,2%	0,4%	1,7%	0,8%	0,6%
H - NQRM Extrem - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov (s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie)	0,2%	0,1%	1,5%	0,0%	0,0%	1,4%	0,5%	1,9%	0,9%	0,7%
U NQRM 1 (% dní bez hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov NRD a VVRD)	99,9%	99,9%	98,8%	100,0%	100,0%	98,8%	99,6%	98,3%	99,2%	99,4%
LS - NQRM Počet klientov z LS	4	4	4	0	0	0	2	3	2	2
LS - NQRM 1 - % klientov s LS z počtu klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	9%	10%	9%	0%	0%	0%	4%	6%	4%	4,7%
LS - NQRM 2 - % klientov s LS z počtu klientov s <u>najvyšším</u> a <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie	7%	8%	7%	0%	0%	0%	4%	5%	4%	3,9%
Kritérium pre LS-NQRM 2 = min. 15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%

Príloha č. 9

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS za pracovisko č. 10 - Grafická vizualizácia



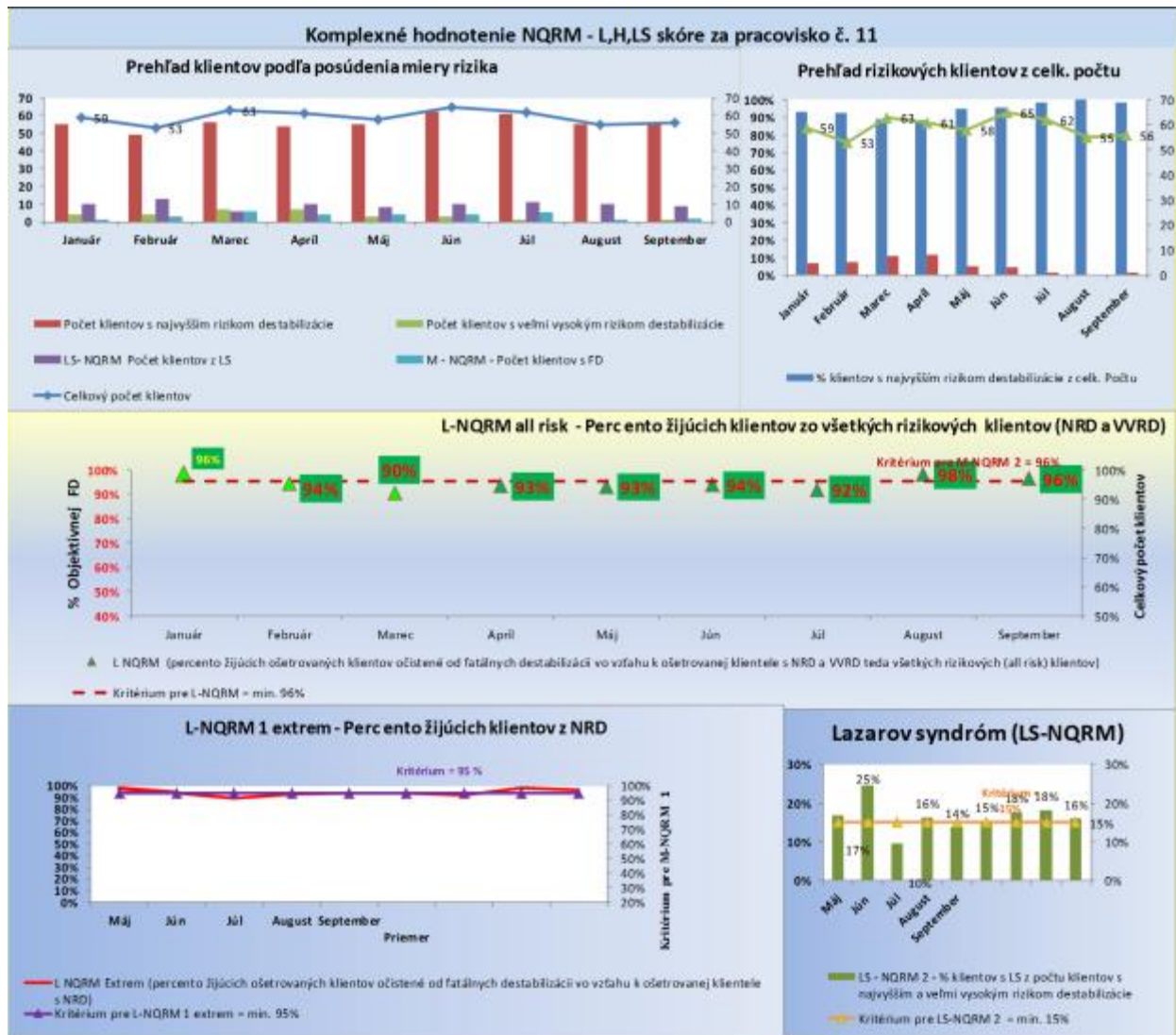
Príloha č. 10

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 11 - Sumárny vývoj Tabuľkové zobrazenie

Sumárny vývoj z prehľadu klientov na základe posúdenia miery rizika Komplexné hodnotenie NQRM - L,H,LS skóre za pracovisko č. 11										
Sumárny vývoj	Január	Február	Marec	April	Máj	Jún	Júl	August	September	Priemer
Celkový počet klientov	59	53	63	61	58	65	62	55	56	59
Počet klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	55	49	56	54	55	62	61	55	55	56
% klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie z celk. počtu	93%	92%	89%	89%	95%	95%	98%	100%	98%	94%
Počet klientov s <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie	4	4	7	7	3	3	1	0	1	3
% klientov s <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie z celkového počtu	7%	8%	11%	11%	5%	5%	2%	0%	2%	6%
M - NQRM - Počet klientov s FD	1	3	6	4	4	4	5	1	2	3
M - NQRM 3 - % klientov s FD z celkového počtu klientov	2%	6%	10%	7%	7%	6%	8%	2%	4%	6%
Objektívna fatálna destabilizácia / M - NQRM 2 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším</u> a <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie	2%	6%	10%	7%	7%	6%	8%	2%	4%	6%
L NQRM (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD a VVRD teda všetkých rizikových (all risk) klientov)	98%	94%	90%	93%	93%	94%	92%	98%	96%	94%
Kritérium pre L-NQRM = min. 96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%	96%
M - NQRM 1 - % klientov s FD z počtu klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	2%	6%	11%	7%	6%	6%	8%	2%	4%	5,8%
L NQRM Extrem (percento žijúcich ošetrovaných klientov očistené od fatálnych destabilizácií vo vzťahu k ošetrovanej klientele s NRD)	98%	94%	89%	93%	94%	94%	92%	98%	96%	94,2%
Kritérium pre L-NQRM 1 extrem = min. 95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
H - NQRM - Celkový počet dní hospitalizácie	14	6	28	12	22	48	5	21	28	20
Celkový počet pobytových dní všetkých klientov (All)	1829	1484	1953	1830	1798	1950	1922	1705	1680	1795
H - NQRM All - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all) klientov	0,8%	0,4%	1,4%	0,7%	1,2%	2,5%	0,3%	1,2%	1,7%	1,1%
H - NQRM 1 All risk - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní všetkých (all risk) klientov (s <u>najvyšším</u> a <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie)	0,8%	0,4%	1,4%	0,7%	1,2%	2,5%	0,3%	1,2%	1,7%	1,1%
H - NQRM Extrem - Percento dní hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov (s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie)	0,8%	0,4%	1,6%	0,7%	1,3%	2,6%	0,3%	1,2%	1,7%	1,2%
U NQRM 1 (% dní bez hospitalizácie z celkového počtu pobytových dní klientov NRD a VVRD)	99,2%	99,6%	98,6%	99,3%	98,8%	97,5%	99,7%	98,8%	98,3%	98,9%
LS - NQRM Počet klientov z LS	10	13	6	10	8	10	11	10	9	10
LS - NQRM 1 - % klientov z LS z počtu klientov s <u>najvyšším</u> rizikom destabilizácie	18%	27%	11%	19%	15%	16%	18%	18%	16%	17,5%
LS - NQRM 2 - % klientov z LS z počtu klientov s <u>najvyšším</u> a <u>veľmi vysokým</u> rizikom destabilizácie	17%	25%	10%	16%	14%	15%	18%	18%	16%	16,5%
Kritérium pre LS-NQRM 2 = min. 15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	15%

Príloha č. 11

Príklad komplexného hodnotenia NQRM - L,H,LS za pracovisko č. 11 - Grafická vizualizácia



Príloha č. 12

Príklad retrospektívneho merania bez komplexného hodnotenia NQRM

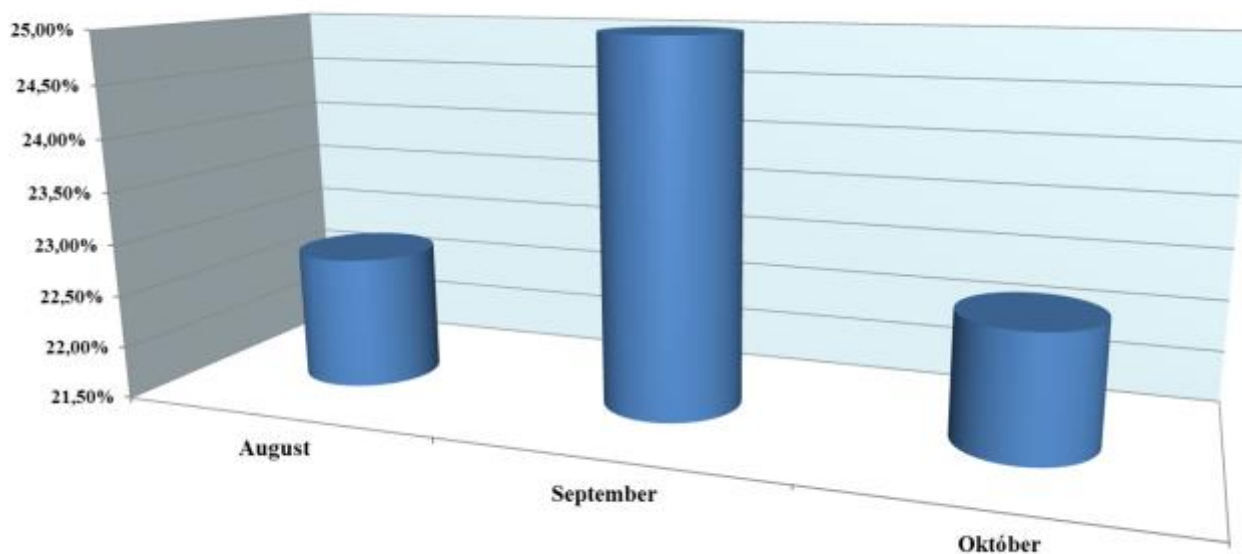
Príklad retrospektívneho merania 1.8.2018 - 31.10.2018 bez komplexného hodnotenia NQRM

Zariadenie/nemocnica/pracovisko č. 5

August	Počet pacientov: 101 Počet hospitalizačných dní: 1618	September	Počet pacientov: 88 Počet hospitalizačných dní: 1512	Október	Počet pacientov: 97 Počet hospitalizačných dní: 1739
Fatálna destabilizácia (FD)	Poznámka	Fatálna destabilizácia (FD)	Poznámka	Fatálna destabilizácia (FD)	Poznámka
x	Muži - TŠ TU mozgu, 1953	x	Muži - Vnitromozgové krvácanie- 1931	x	Muži - Zástava srdca - 1948
x	TŠ TU pľúc, 1963	x	Zástava srdca, 1930	x	Zlyhanie srdca, 1924
x	TŠ TU pľúc, 1941	x	TŠ TU nazofaryngu, 1981	x	Metabolický rozvrat, 1934
x	TŠ TU pľúc, 1950	x	Zlyhanie srdca, 1935	x	Zlyhanie srdca, 1967
x	TŠ TU pľúc, 1944	x	Zlyhanie srdca, 1932	x	Zástava srdca, 1958
x	Zástava srdca, 1955	x	Bronchopneumónia, 1939	x	Bronchopneumónia, 1927
x	TŠ TU pľúc, 1945	x	TŠ TU konečníka, 1933	x	Hepatálne a renálne zlyhanie, 1952
x	Zlyhanie srdca, 1928	x	TŠ TU hypofaryngu, 1959	x	TŠ TU pažeráka, 1958
x	Zlyhanie srdca, 1931	x	Ženy - ileus- 1954	x	TŠ TU pažeráka, 1946
x	TŠ TU žalúdka, 1955	x	TŠ TU vaječníka, 1947	x	Zlyhanie srdca, 1954
x	Metabolický rozvrat, 1961	x	Subdurálne krvácanie, 1932	x	TŠ TU pažeráka, 1959
x	Zlyhanie srdca, 1932	x	Hemateméza, 1935	x	TŠ TU kostí, moč. mech., 1962
x	Krvácanie do mozgu, 1930	x	Sepsa, 1929	x	Ženy - Zlyhanie pečene - 1935
x	Ženy - TŠ TU maternice, 1967	x	TŠ TU pošvy, 1964	x	Mozgové krvácanie, 1928
x	Zlyhanie srdca, 1926	x	Metabolický rozvrat, 1931	x	TŠ TU mammae, 1949
x	Infarkt mozgu, 1940	x	Krvácanie do mozgu, 1937	x	Zástava srdca, 1934
x	Bronchopneumónia, 1940	x	Mozgový infarkt, 1934	x	TŠ TU mammae, 1934
x	Dehydratácia, 1932	x	Metabolický rozvrat, 1937	x	TŠ TU uterinae, 1939
x	Mozgový infarkt, 1932	x	Zlyhanie pečene, 1947	x	TŠ TU pancreasu, 1941
x	Zlyhanie srdca, 1935	x	Zástava srdca, 1938	x	Nepriechod. Dvanásť, 1938
x	Zlyhanie srdca, 1941	x	Zlyhanie srdca, 1942	x	Infarkt mozgu, 1956
x	Kardiopulmonálne zlyhanie, 1934	x	Kardiopulmonálne zlyhanie, 1926	x	Zlyhanie srdca, 1927
x	TŠ TU obličky, 1933				
Spolu:	23	Spolu:	22	Spolu:	22

TŠ – terminálne štádium

Fatálna destabilizácia z celkového počtu pacientov na pracovisku č. 5



Príloha č. 13

20190213 100096 SN16 death of a person using the service with additional questions v7 (Formulár pre úmrtie osoby využívajúcej službu s ďalšími otázkami)



Statutory notification

Regulations 16 and 20, Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009

Death of a person using the service

Notifications must be submitted 'without delay'

Please read our **guidance for providers about statutory notifications** and our **guidance for providers on meeting the regulations** for detailed advice on how and when to make statutory notifications:

- Guidance for providers about statutory notifications - www.cqc.org.uk/content/guidance-providers
- Guidance for providers on meeting the regulations - www.cqc.org.uk/regulationsguidance

Please quote your reference number (top right) when contacting CQC about this notification, for example when giving us additional information after you have submitted it.

You must provide information in the mandatory sections (marked*). Please also provide all other requested information, and **enter dates** in the format dd/mm/yyyy.

Please do not include the name of any person in the form, other than the name of the person completing and submitting the form. Information on how CQC processes and protects personal information, and on the rights of data subjects, are published on our website at <http://www.cqc.org.uk/about-us/our-policies/privacy-statement>

Return the completed form to: HSCA_notifications@cqc.org.uk

Statutory notification about the death of a person who used the service
Care Quality Commission (Registration) Regulations 2009 Regulations 16 and 20

1. The provider and location*

Provider name			
CQC provider number:			
Location			
CQC location number			
Address			
Postcode			
Regulated activity(ies)			
This form filled in by:		Date submitted	
Job title			
Person to contact for more information (where different):			
Job title			
Telephone number:			
Email address:			

2. The person who died*

Unique identifier:	Date began to use service:	Their age range:	Please choose age range from: <1; 1-4; 5-11; 12-15; 16-17; 18-24; 25-34; 35-44; 45-54; 55-64; 65-74; 75-84; 85+

3. The circumstances of the death

Cause of death shown in death certificate (if known):	Date of death:	Time of death:

Where did the death occur?					
The location at (1) above	☐	Person's own home	☐	Hospital	☐
Hospice	☐	Ambulance	☐	Other	☐

Was the person receiving end of life / palliative care?	Yes	☐	No	☐	N/k	☐
---	-----	--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

Did the death take place during / within 30 days of surgery?	Yes	☐	No	☐	N/k	☐
If yes:						
What was the surgical procedure:						
Where was the surgery carried out?						

Did the death take place during / within 30 days of the use of restraint?	Yes	☐	No	☐	N/k	☐
If yes:						
Did the restraint occur at the location at (1) above?	Yes	☐	No	☐	N/k	☐
When did the last restraint occur (dd/mm/yyyy)?					Or N/k	☐

Was the death the expected outcome of an illness or medical condition?	Yes	☐	No	☐	N/k	☐
If yes:						
Was the person receiving appropriate care and treatment?	Yes	☐	No	☐	N/k	☐
If No: Please provide more details in part 7						
Date last seen by a doctor (dd/mm/yyyy)?					Or N/k	☐

Is the death subject to a formal investigation?	Yes	☐	No	☐	N/k	☐
For example by the police, a coroner, the Health and Safety Executive, or a local authority environmental health department,						

Are you notifying a death that occurred within 12 months of a termination of pregnancy (regulation 20)?	Yes	☐	No	☐
If yes, please go straight to Part 7				

If the death was expected and the person was receiving appropriate care and treatment, please go straight to Part 7

If the death was unexpected, please fill in Parts 4, 5, 6 and 7 as needed.

4. Details of the last individual involved in providing care to the deceased

Unique identifier/code for the person:				
Job title:				
Was the person employed by the provider shown in part 1 above	Yes	☐	No	☐
If No: Name of employer				

5. Medicines

Are there any concerns relating to the use of medicines?		Yes	☐	No	☐
If yes:					
Do the concerns relate to a drug error?		Yes	☐	No	☐
If Yes: Type of drug error:					
Drug overdose	☐	Drug underdose	☐	Drug not available	☐
Missed dose	☐	Wrong drug given	☐	Other (specify below)	☐

6. Medical devices

Are there any concerns relating to the use of medical devices?	Yes	☐	No	☐
If Yes: please provide more details in part 7				

7. Circumstances of the death and any other relevant information not already described above *

Please provide complete details of the death and ensure you consider and include:

- Have you submitted a serious incident, police or abuse notification about this person in the last three months? If YES please provide details.
- If the provider/staff were not present at the time of death when did the provider/staff last see the service user and in what circumstances?
- Are you aware of any preventative action that could have been taken by any party?

Continue on additional numbered sheets if necessary. Box will expand if used on a computer.

8. Duty of Candour

If this is a notifiable safety incident under the 'Duty of Candour' (Regulation 20 of the Regulated Activities Regulations 2014), have you notified the 'relevant person' about this incident?	Yes	☐	No	☐
If No: Please say what your plans are for doing so.				

9. Additional information about the person

Funding (this item for non-NHS services only)

Self funded	☐	CCG (whole or part)	☐	Local authority (whole or part)	☐
Name of CCG or LA					

Gender

Male	☐	Female	☐
Not specified	☐		

Ethnicity

White			
British	☐	Irish	☐
Other	☐		
Mixed			
White / Black Caribbean	☐	White / Black African	☐
White / Asian	☐	Other mixed background	☐
Asian			
Indian	☐	Pakistani	☐
Bangladeshi	☐	Other Asian background	☐
Black or Black British			
Caribbean	☐	African	☐
Other	☐		
Chinese			☐
Other			
Other	☐	Unknown	☐

Disability

Physical	☐	Learning	☐
Sensory	☐		

Mental Health

Please tick/check here if the person has a diagnosed mental illness	☐
---	--------------------------

Religion/Belief

Baha'i	☐	Buddhist	☐
Christian	☐	Hindu	☐
Jain	☐	Jewish	☐
Muslim	☐	None	☐
Pagan	☐	Sikh	☐
Zoroastrian	☐	Unknown	☐
Other			

Sexual identity

Heterosexual / Straight	☐	Gay or Lesbian	☐
Bisexual	☐	Other	☐
Unknown	☐		

Please email your completed form to: HSCA_notifications@cqc.org.uk

For CQC use only, please leave blank

--