

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

Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu

Číslo ŠP	Dátum prvého predloženia na Komisiu MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministerkou zdravotníctva SR
0004	15. február 2018	Schválené	1. január 2019

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív

Mgr. Jaroslava Straka; Mgr. Denisa Šarköziiová; Mgr. Marianna Kličová; PhDr. Zuzana Fabianová, MBA

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR, hlavní odborníci MZ SR; členovia príslušných výborov Slovenskej lekárskej spoločnosti; interdisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike

Odborní koordinátori: MUDr. Peter Bartoň; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA; prof. PhDr. Monika Jankechová, PhD., MHA; MUDr. Štefan Laššán, PhD.; PhDr. Helena Gondárová – Vyhničková, dipl. s.;

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Štefan Laššán, PhD.; MUDr. Kvetoslava Bernátová, MPH; PharmDr. Miriam Vulevová, MBA; MUDr. Peter Bartoň; PharmDr. Zuzana Baťová, PhD.; MUDr. Beata Havelková, MPH; MUDr. Miroslav Halecký; MUDr. Martin Vochyan; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubisko, PhD., mim. prof.; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; prof. MUDr. Pavol Žúbor, PhD., DrSc.; MUDr. Róbert Hill, PhD.; MUDr. Andrej Zlatoš; PhDr. Mária Lévyová; prof. MUDr. Mária Šustrová, CSc.; MUDr. Jana Kelemenová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; Mgr. Renáta Popundová; Mgr. Katarína Mažárová; MUDr. Jozef Kalužay, PhD; doc. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MPH, mim. prof.

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Mgr. Zuzana Kuráňová; Ing. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; JUDr. Marcela Virágová, MBA; Ing. Marek Matto; prof. PaedDr., PhDr. Pavol Tománek, PhD.; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD.; Mgr. Sabína Brédová; Ing. Mgr. Liliana Hruzíková; Ing. Bc. Zuzana Marton; Ing. Zuzana Poláková; Mgr. Tomáš Horváth; Ing. Martin Malina, PhDr. Dominik Procházka; Ing. Andrej Bóka, Mgr. Miroslav Hečko

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: “Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe” (kód NFP312040J193)

Kľúčové slová

Imobilita, imobilizačný syndróm, disabilita, identifikácia rizika imobilizačného syndrómu, riziko dekubitov, preventívne opatrenia, manažment rizika imobilizačného syndrómu.

Zoznam skratiek a vymedzenie základných pojmov

ADL	aktivity denného života
ADOS	agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
DC	dýchacie cesty
G	glykémia
GIT	gastrointestinálny trakt
IS	imobilizačný syndróm
KOS	komplexná ošetrovateľská starostlivosť
MKCH 10	Medzinárodná klasifikácia chorôb
MMS	Mini mental state examination / skriningový test pre hodnotenie kognitívnych funkcií
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NQRM	Nursing Quality Risk Management / Ošetrovateľské riadenie rizík v kontexte manažérstva kvality
O ₂	saturácia kyslíka v krvi
P	pulz
TK	tlak krvi

Kompetencie

Štandardný ošetrovateľský postup je určený sestram poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť (ďalej len „sestrám“).

Za dodržiavanie požiadaviek štandardného postupu zodpovedá **odborný zástupca (garant) pre ošetrovateľskú starostlivosť**.

Sestra koordinuje ošetrovateľskú starostlivosť poskytovanú metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu poskytujúceho starostlivosť pacientovi a rodine pacienta. Ošetrovateľské výkony, ktoré sestra realizuje pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, sú realizované v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR. Pre zabezpečenie komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta môže sestra delegovať činnosti aj na praktické sestry a sanitárov v rozsahu ich odbornej spôsobilosti.

Úvod

Imobilizačný syndróm je charakterizovaný ako celková odozva organizmu na kľudový režim. Jedinec je v súvislosti s imobilitou ohrozený poškodením jednej alebo niekoľkých orgánových sústav (Vytečková, 2011).

Podľa Kalvacha (2008) **imobilizačný syndróm je klasický geriatrický syndróm**, ktorý je odrazom závažnej akútnej dekompenzácie zdravotného stavu a terminálnej fázy geriatrickej krehkosti.

Imobilizačný syndróm je stav, pri ktorom je pacient vystavený **riziku poškodenia jednotlivých telesných systémov alebo ich zmenenej funkcie** následkom nevyhnutnej alebo ordinovanej, liečbou vynútenej, kostrovosvalovej inaktivity (Lepiešová, 2016). Najvýraznejšie zmeny počas dlhodobej imobility sa prejavujú na kostrovom a svalovom systéme (Kozierová, 1995). Podľa Vytečkovej (2011) prvé následky imobility sa môžu začať objavovať už po niekoľkých hodinách upútania na lôžko a k patologickým zmenám dochádza už v priebehu 7 dní.

Význam potreby základnej ošetrovateľskej starostlivosti narastá v situácii, keď je ochorenie spojené s obmedzením pohybu pacienta (Kapounová, 2007).

Predkladaný štandard bol tvorený na základe fúzie odborných, publikovaných informácií v problematike rešpektovaných, uznávaných autorít a praktických skúseností s problematikou rozvíjaných v kontexte manažérstva kvality na vybraných pracoviskách v SR (Dom ošetrovateľskej starostlivosti, ZSS Slnečný dom v Humennom). **Všetky definované prístupy sú koncipované tak, že predstavujú zároveň požiadavku, ktorej plnenie je indikátorom štandardu v praxi. V textoch sú tieto prístupy, ktoré sú zároveň indikátorom, označené ◊.**

Súbor definovaných prístupov k efektívnemu **manažmentu rizika IS** je určený **predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) i akútnej ošetrovateľskej starostlivosti o dlhodobo chorých seniorov**, no môže byť rámcovým podkladom, či východiskom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

Jadrom štandardu sú kapitoly „Diagnostika“, „Plánovanie a realizácia“ a „Zabezpečenie a organizácia starostlivosti“. Z hľadiska hodnotenia efektívnej starostlivosti a udržateľného, pokračujúceho rozvoja kvality má kľúčové postavenie kapitola **„Odporúčania“**, ktorá rekapituluje ďalšie možnosti zvyšovania kvality starostlivosti v oblasti efektívneho manažmentu rizika IS v ošetrovateľskej praxi.

Na tento štandard úzko nadväzujú osobitne vypracované štandardy k problematike **imobility** a rizika **vzniku a rozvoja dekubitov**.

Hodnotenie sily dôkazov a odporúčaní

Neaplikované.¹

Prevenčia

Preventívny prístup vo vzťahu k riziku rozvoja imobilizačného syndrómu je ústrednou témou tohto štandardu. Z uvedených dôvodov sa ošetrovateľskými intervenciami zameranými na prevenciu vzniku a pokračujúceho rozvoja imobilizačného syndrómu zaoberáme v časti „Plánovanie a realizácia“.

Epidemiológia

Tatranská (2014) uvádza, že problémy s mobilitou u seniorov sú časté v komunite doma žijúcich starších osôb, avšak prevalencia bola zaznamenaná v sociálnych zariadeniach pre seniorov. Problémy s mobilitou stúpajú s vekom, závislosť sa zvyšuje z 5 % u osôb vo veku 65 - 74 rokov a na 30 % u osôb nad 85 rokov, pričom sú častejšie u žien ako u mužov. **Flebotrombóza** sa najčastejšie objavuje na **3. deň imobilizácie**, pričom v nepohyblivých končatinách (zlomeniny, parézy) sa vyskytuje v 60 % prípadov, avšak u geriatrických pacientov bez akejkoľvek prevencie v prípade pripútanosti na

lôžko, je rozvinutá až na 80 % (Kalvach, 2004). Vzťah medzi mobilitou, inkontinenciou moču a včasnou mortalitou sa opakovane preukázal. Kým u imobilných starých ľudí umiestnených v ústavnej starostlivosti sa vyskytuje **inkontinencia v 83%**, mobilní dosahujú len 11 % prípadov inkontinencie (Hegyi, 2010). Svalová sila u imobilného pacienta v priebehu 4-6 týždňov klesá až o 40 % (Kalvach, 2008). Straty kalcia počas 1. týždňa presahujú 10 g a cca v 12 týždni imobility stúpa riziko urolitiázy (Kalvach, 2004).

V zdravotníckych zariadeniach sa pripúšťa **výskyt dekubitov** v 4 až 7 % (Kapounová, 2007).

Patofyziológia

Celkový rozsah imobilizačného syndrómu závisí jednak od spektra pôsobiacich faktorov a od dĺžky samotnej expozície. Dôsledky syndrómu možno pozorovať na všetkých telesných systémoch, psychike človeka a v neposlednom rade zasahujú zásadným spôsobom do sociálnej oblasti života. Na úrovni **pohybového aparátu** dochádza k úbytku svalovej hmoty, vplyvom nečinnosti sa znižuje svalová sila, inaktivita ovplyvňuje aj pohyblivosť kĺbov, vzniká ankylóza kĺbov, ktoré sa postupne deformujú. Úbytok svalovej hmoty a škála endokrinných a metabolických zmien prináša osteoporózu. **Zmeny v kardiovaskulárnom systéme** sa vyznačuje zníženou výkonnosťou srdca, zhoršením prekrvenia organizmu a zvyšuje sa riziko tromboembolických príhod. U imobilizovaného pacienta sa mení funkčný stav **respiračného systému**, ktorý sa vyznačuje zhoršenou ventiláciou pľúc, sťaženou expanziou pľúc, plytkým dýchaním, zadržiavaním sekrétov v pľúcach s následným znížením ciliárneho aparátu s narušeným samočistiacim bronchiálnym mechanizmom. Funkcia **gastrointestinálneho systému** je charakteristická zníženou peristaltikou celého systému s následným vznikom zápchy. Imobilita výrazne ovplyvňuje aj oblasť **urogenitálneho traktu**. Determinuje a znižuje drenáž obličkovej panvičky, vyprázdňovanie močového mechúra, často dochádza k retencii a následkom oslabenia svalového sfinktera aj k inkontinencii. Málo podnetné či stimulačné prostredie prináša so sebou celý rad zmien nielen na **nervovom systéme**, ale i mnoho psychických prejavov. Nastáva zmyslová deprivácia, poruchy otoakustiky, nastáva posun v spektre emocionálnej lability. Najobávanejšou a najviac rezonujúcou témou sa stáva otázka **kožných komplikácií** a poruchy kožnej integrity v dôsledku nedostatočného prekrvenia, ktorá vedie ku vzniku dekubitov. Všetky zmeny zdravotného stavu vedú k sociálnej kolízii a prípadne až sociálnej smrti (Poledníková, 2004).

Klasifikácia

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,**
- **dýchací systém,**
- **gastrointestinálny systém,**
- **pohybový systém,**
- **psychika,**
- **koža** (Kapounová, 2007).

Okrem uvedeného, Vytečková (2011) tiež uvádza v rámci IS poruchy **močového systému**.

Posudzovanie

IS sa manifestuje rôznymi poruchami jednej alebo niekoľkých orgánových sústav. Prejavy môžu prebiehať skryto (napríklad kardiovaskulárny systém, poruchy psychiky) a môže dôjsť k **prolongácii riešenia alebo zanedbania týchto prejavov**, ktoré bývajú odhalené neskoro a pre pacienta

znamenajú významné riziko. Viditeľné prejavy IS ako zapareniny alebo dekubit sú evidentné, v skutočnosti však tkanivá v hĺbke bývajú poškodené mnohonásobne viac (Vytejková, 2011).

IS zahŕňa nasledujúce zmeny, vymedzujúce pestrú paletu príznakov. Dochádza k ortostatickej hypotenzii, ktorú možno pozorovať ako ranné závraty, palpitácie pri vstávaní, determinujúci výskyt pádov a prejavov instability, hypokinetickej cirkulácie, s následným vznikom flebotrombózy a vysokým rizikom pľúcnej embólie, na čo nás upozornia najmä kašeľ, pleurálne bolesti, hemoptýza, či šokový stav, v neposlednom rade monitorujeme narastajúcu dušnosť s dobrou toleranciou horizontálnej polohy, bez úľavy po posadení, tachykardiu a hypotenziu (Kalvach, 2004).

Prestavba cirkulácie je limitovaná zníženým výkonom srdca, hypovolémiou, znižuje sa objem plazmy a množstvo plazmatických bielkovín (Poledníková, 2006). Hypoventilácia, atelektáza a stagnácia hlienu v pľúcach determinuje výskyt pľúcnej pneumónie, v rámci ktorej sa okrem klasických pľúcnych prejavov objavuje apatia, či zmätenosť. Vznik svalovej atrofie a jej funkčné dôsledky sú určené úrovňou svalovej sily a postihuje prevažne svaly dolných končatín. Inaktivita kostného systému sa prejavuje vyplavovaním kalcia z kostí a vznikom osteoporózy, nepoužívané kĺby sa stávajú tuhými, bolestivými a sú deformované. Zníženie kĺbovo - pohybovej schopnosti a stereotypné pozície kĺbov vyúsťujú do skracovania mäkkých tkanív a v oblasti flektovaných kĺbov ku flekčným kontraktúram. Úbytok svalovej hmoty, svalová slabosť, zníženie pohybovej výkonnosti prináša poruchu svalovej koordinácie chôdze s vysokým rizikom pádov. Medzi ďalšie závažné príznaky patrí dehydratácia, vygradovaná kvantitatívna, či kvalitatívna poruchou vedomia, malnutricia, vzniknutá v dôsledku nielen funkčných vplyvov (nechutenstvo, porucha prehltnutia), ale aj technických príčin (napr. nezáujem personálu). Imobilita spomaľuje črevnú pasáž, čo prináša zápchu. Tvorba tuhých skybál so striedavými obtekajúcimi hnačkami môže vyprovokovať povolenie sfinkterov a inkontinenciu stolice (Kalvach, 2004).

S pripútaním na lôžko sa zhoršuje vyprázdňovanie močového mechúra, tvoria sa močové kamene, dochádza k infekcii, urosepse, k stavu retencie a inkontinencie moču. V dôsledku absencie fyzickej a psychickej stimulácie, málo podnetného prostredia pri strate kontaktu s okolitým prostredím sa narúša citová labilita, často sa objavuje úzkosť, nepokoj, depresia, nespavosť, dezorientovanosť, často i stavy neprimeraného správania v zmysle agresivity. Nedostatočné prekrvenie predilekčných miest na koži vedie k ischémií a vzniku kožných defektov rôzneho stupňa a závažnosti – dekubitov (Poledníková, 2006).

◊ Vo fáze identifikovania rizika vzniku a rozvoja IS je sestra vnímavá na symptómy; pri identifikácii rizika je logické vychádzať z príčin vzniku imobility podľa Vytejkovej (2011): dlhodobá chronická bolesť; paréza, plégia; porucha kostí, svalov, šliach, kĺbov; neurologické poruchy; kvantitatívne poruchy vedomia (bezvedomie); depresia; zlý zdravotný stav, zranenie; vek a stav pacienta (starí chorí s chronickými chorobami).

◊ Prvé posúdenie - **identifikáciu pacienta s rizikom IS** sestra realizuje pred prijatím a v priebehu prijatia do KOS, (viď. Tab. č. 3).

◊ Z dôvodu dôslednej prípravy pracoviska na zabezpečenie kontinuity starostlivosti o pacienta sestra pátra po informáciách o stave mobility, prípadne predbežných odporúčaniach o pokračujúcom programe starostlivosti v súvislosti s imobilitou už pred prepustením z validného informačného zdroja predchádzajúcej starostlivosti.

Zaradenie pacienta do indikačného rámca tohto štandardu určuje kontrolný list Posúdenie prítomnosti vzniku a rozvoja imobilizačného syndrómu (pozri časť 20 Špeciálny doplnok štandardu).

◊ Sestra realizuje **komplexné posúdenie** výskytu deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík u pacienta vo vzťahu k IS, a v rozsahu svojich kompetencií, posudzuje ďalšie **príčinné súvislosti, problémy, riziká**, predovšetkým na základe:

- aktuálnej zdravotnej dokumentácie, vrátane laboratórnych nálezov,

- rozhovoru s pacientom,
- konzultovaním s podpornými osobami, ktoré boli bezprostredne zainteresované do starostlivosti, a ktoré vedia poskytnúť dôležité informácie o zdravotnom stave pacienta, pozorovania pacienta,
- fyzikálneho vyšetrenia pacienta,
- použitia posudzovacích a hodnotiacich nástrojov zdravotného stavu a potrieb pacienta predovšetkým nástrojov stavu mobility, kondície (MMS) a sebestačnosti (ADL) [Level I, A].

◊ Sestra **posudzuje kontinuálne a priebežne** prítomnosť výskytu konkrétnych deficitov a súvisiacich ošetrovateľských problémov/diagnóz a rizík vo vzťahu k IS ako súčasť ošetrovateľského procesu, vrátane jeho primeranej dokumentácie podľa zvyklostí pracoviska. Príklady deficitov:

- pokles svalovej sily, telesnej vytrvalosti, hmoty (zmenšený obvod svalu),
- stuhnutosť, bolesť, zmenšený rozsah pohybov, zafixovanie polohy, kontraktúry najmä na DK,
- zlá koordinácia pohybov HK a DK, porucha rovnováhy, stoja, chôdze,
- zníženie diastolického TK,
- zvýšenie frekvencie srdca po minimálnej námahe, bolesti na hrudníku,
- nitkovitý pulz, arytmia, ortostatická hypotenzia až kolapsy – pri zmene polohy,
- edémy v križovej oblasti, dolných končatinách, nohách (alebo inde v závislosti od polohy pacienta / gravitácie),
- studené ruky a nohy, tromboflebitída, flebotrombóza, tromboembólia,
- obmedzenie pohybov hrudníka, sťažené dýchanie, plytké dýchanie, dušnosť, pretrvávajúce dušnosti,
- hromadenie sekrétov v pľúcach, znížená výmena dýchacích plynov, zvýšená viskozita sekrétov, narušený očisťovací a kašľový mechanizmus,
- hypostatická pneumónia (zoslabené dýchacie šelesty, vlhké fenomény, piskoty, vrzgoty, bolesť pri dýchaní, vlhký produktívny kašeľ s hustým zelenožltým hlienom),
- akútna zmyslová deprivácia,
- celkové zníženie motorickej aktivity,
- ospalosť, nepokoj, dráždivosť, prejavy nereálneho vnímania, pocity straty vlastného tela, sociálne, emocionálne a intelektové zmeny,
- prejavy úzkosti, zmätenosti, depresie, pocity osobnej bezcennosti, beznádeje, prázdnoty, apatie, prejavy zmien v sebauvedomovaní,
- prejavy zníženej schopnosti koncentrácie, rozhodovania, adaptácie, riešenia problémov, negativizmus, regresia, rezignácia, agresivita, narušené vnímanie času, priestoru,
- poruchy spánku,
- znížená motilita GIT, kontrakcia sfinkterov, slabosť svalov, brucha a panvového dna, nechutenstvo, malnutícia. úbytok hmotnosti, hypoproteinémia,
- strata pocitu smädu, dehydratácia,
- oddiaľovanie vyprázdnenia, potlačanie nutkania (nevhodná poloha/prostredie) pre defekáciu, psychické zábrany, strata súkromia, stolica suchá, tvrdá, ťažko vylúčiteľná, distendované tvrdé brucho, nevoľnosť, bolesť brucha, hlavy, tlak na konečník, nepokoj, závraty, výskyt fekálnych škvŕn na bielizni (paradoxná hnačka),
- retencia moču, inkontinencia moču (retencia s pretekaním),
- zvýšené riziko infekcie močových ciest pri dlhodobom zavedení močového katétra.

◊ Sestra realizuje komplexné posúdenia a plánovanie realizácie väčšiny intervencií na jeho redukcii počas prvých 24 hodín od prijatia pacienta. Tento proces **finalizuje najneskôr do 48 hodín od prijatia**.

Diagnostika

Súvisiace sesterské diagnózy podľa prílohy Vyhlášky č. 306/2005 Z. z. Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz:

A 100 – 109 Adaptácia

A 110 – 119 Aktivita

A 110 Intolerancia aktivity

A 111 Riziko intolerancie aktivity

A 112 Nedostatok náhradných aktivít

A 113 Imobilita

A 114 Riziko vzniku imobility

A 115 Obmedzená pohyblivosť

A 116 Riziko úrazu, poranenia

A 117 Vyčerpanosť, únava

I 110 – 119 Izolácia sociálna

I 110 Sociálna izolácia

I 111 Riziko sociálnej izolácie

K 100 – 109 Komunikácia

P 100 – 119 Psychické stavy a procesy

P 100 Narušená pamäť

P 101 Zmena poznávacích funkcií

P 102 Zmenený myšlienkový proces

P 103 Zmenený psychický stav

P 104 Riziko zmeny psychického stavu

P 107 Zmena správania

P 109 Smútok

P 111 Strach

P 112 Úzkosť

S 100 – 119 Sebaopatera

S 100 Nedostatočná sebaopatera v osobnej hygiene

S 101 Deficit sebaopater v osobnej hygiene

S 102 Riziko deficitu sebaopater v osobnej hygiene

S 103 Nedostatočná sebaopatera v prijímaní potravy

S 104 Deficit sebaopater v prijímaní potravy

S 105 Riziko deficitu sebaopater v prijímaní potravy

S 106 Nedostatočná sebaopatera vo vyprázdňovaní

S 107 Deficit sebaopater vo vyprázdňovaní

S 108 Riziko deficitu sebaopater vo vyprázdňovaní

S 109 Nedostatočná sebaopatera v úprave zovňajšku

S 110 Deficit sebaopater v úprave zovňajšku

S 111 Riziko deficitu sebaopater v úprave zovňajšku

S 112 Nedostatočná sebaopatera v úprave okolia

S 113 Deficit sebaopater v úprave okolia

S 114 Riziko deficitu sebaopater v úprave okolia

S 115 Deficit sebaopater v aktivitách denného života

S 150 – 159 Spolupráca

S 150 Nedostatočná spolupráca jednotlivca

S 152 Neschopnosť spolupráce

T 100 – 109 Telesné tekutiny

T 100 Znížený objem telesných tekutín

T 101 Riziko deficitu objemu telesných tekutín

V 100 – 119 Vyprázdňovanie

V 100 Zápcha

V 101 Riziko vzniku zápchy

V 102 Hnačka

V 103 Inkontinencia stolice

V 107 Inkontinencia moču

V 108 Pomočovanie

V 120 – 139 Výživa

V 122 Zmenená výživa – menší príjem ako telesná potreba

V 123 Riziko menšieho príjmu potravy ako telesná potreba

V 124 Odmietanie potravy

V 125 Riziko odmietania potravy

V 128 Nechutenstvo

V 129 Riziko nechutenstva

Plánovanie a realizácia

Významnú úlohu v prevencii vzniku IS zohráva **komplexná** ošetrovateľská starostlivosť, preto je nevyhnutnosťou, aby bola realizovaná efektívne s dôrazom na prevenciu.

◇ Sestra pri plánovaní opatrení vždy citlivo zohľadní celkový stav pacienta, v zabezpečovaní KOS uplatňuje etické princípy beneficencie a nonmaleficiencie.

◇ Sestra **plánuje ošetrovateľské intervencie a aktivizačné techniky** na základe predchádzajúceho posúdenia, pri zohľadnení rizika a individuálnych potrieb pacienta.

◇ Plánovanie a realizáciu intervencií sestra primerane **dokumentuje** (v súlade s aktuálne platnou legislatívou).

◇ Sestra plánované ošetrovateľské intervencie **priebežne prehodnocuje** a realizáciu zabezpečuje cielenou komunikáciou prostredníctvom delegovania ďalším členom ošetrovateľského (zdravotno – sociálneho) tímu.

Kontinuálne sledovanie klinického stavu (monitoring vitálnych funkcií)

◇ Sestra v spolupráci s lekárom **určí**

a) **potrebu zavedenia kontinuálneho sledovania klinického stavu,**

b) **interval a konkrétne potreby** kontinuálneho monitorovania (viď Tab. č. 1).

Tab. č. 1: Formulár „Kontinuálne sledovanie klinického stavu“

Formulár „Kontinuálne sledovanie klinického stavu pacienta“												
		ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU										
		Kontinuálne sledovanie klinického stavu (monitoring vitálnych funkcií)										
Meno a priezvisko pacienta: Dôvod zavedenia kontinuálneho sledovania:												
Dátum		Je potrebné merať (vymenovať položky podľa rozhodnutia sestry/lekára)			Ordinácia lekára: meno, dátum, čas			Podpis sestry				
Dátum	Frekvencia merania	Čas	Príjem a výdaj tekutín	Stolica	Vedomie	Orientácia	TK / Torr	P / min.	Dych / min. Saturácia O ₂	TT / °C	G (p-p) / mmol/l	Poznámka / Podpis sestry príp. ordinácia lekára

◇ Meranie FF sestra môže delegovať na praktickú sestru. V prípade **patologických odchýlok** v nameraných hodnotách (položkách) bezodkladne informuje a ďalšiu starostlivosť konzultuje s lekárom, resp. postupuje na základe jeho ordinácie.

◇ Sestra **plánuje vhodné intervencie, pri zohľadnení dopátraných príčinných súvislostí**; je analytická, vnímavá, aktívne pracuje aj s výsledkami vyšetrení, hľadá súvislosti, odhaľuje riziká a v neposlednom rade intervencie prehodnocuje a aktualizuje vo vzťahu k ich efektu.

◇ Pri plánovaní intervencií sestra zohľadňuje **ciele pre pacienta s rizikom rozvoja IS**, pre jeho rodinu, príbuzných, alebo komunitu podľa priorít pacienta, ciele orientuje na pomoc pacientovi v súčinnosti s jeho rodinou, komunitou:

- premeniť potenciál pacienta do čo najlepších **výsledkov starostlivosti**,
- **predísť komplikáciám pred ich rozvinutím**, minimalizovať riziko rozvoja imobilizačného syndrómu,
- **prítomné deficity redukovať** na minimum a vylúčiť ich opätovný výskyt.

◇ Sestra aktívne **predchádza prolongovanému a neefektívnemu manažmentu** individuálnej starostlivosti.

Liečba komplikácií je omnoho náročnejšia pre pacienta i personál (Vytejková, 2011; IV/A).

◇ V prípade prítomného **rizika dekubitov** (ich vzniku alebo rozvoja) a v prítomnosti **imobility** sestra dodržiava intervencie pre efektívne predchádzanie dekubitov a ošetrovanie pacientov s imobilitou definované v predmetných ošetrovateľských štandardoch.

◇ Na základe analýzy aktuálneho stavu a potrieb pacienta vo vzťahu k riziku vzniku a rozvoja IS sestra plánuje a realizuje **všeobecné intervencie** v rozsahu svojich kompetencií, metódou ošetrovateľského procesu, vrátane ich primeranej dokumentácie a pri multidisciplinárnej spolupráci:

- využíva **postel', matrac** a **doplnky** na **podporu dýchania** pacienta,
- využíva pomôcky doplnujúce postel' k zabezpečeniu **aktivity a pohodlia** pacienta,
- včas identifikuje **potreby** pacienta, podporuje jeho spokojnosť,
- monitoruje primeraný **hygienický komfort** na lôžku (čistota, eliminácia vlhkosti, výmena bielizne),
monitoruje a v súčinnosti koordinuje **aktivitu** pacientov,
- spolupracuje, **edukuje** a do starostlivosti bezpečne **zapája blízke osoby** pacienta,
- zabezpečuje, monitoruje a v súčinnosti koordinuje **včasné vstávanie** z postele, **sebaopateru** a primeranú **rehabilitáciu**,
- zabezpečuje, monitoruje a v súčinnosti koordinuje realizáciu **bandáže DK, dychové cvičenia** a postupnú **vertikalizáciu**,
- využíva **Fowlerovu polohu**,
- zabezpečuje, monitoruje a v súčinnosti koordinuje **primeraný príjem tekutín pacienta (II, A)**.

◊ Sestra kontinuálne **identifikuje individuálne ťažkosti**, resp. posudzuje ich riziko a v rámci multidisciplinárneho tímu realizuje/zabezpečuje akčné prístupy v súlade s Tab. č. 2.

Tab. č. 2a – 2b – 2c – 2d – 2e : Prístupy sestry v kontexte prevencie rozvoja imobilizačného syndrómu

Prístupy sestry v prevencii rozvoja imobilizačného syndrómu	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU	
Ťažkosti / riziko a súvisiace faktory	Intervencie (denne)
Kardiovaskulárny systém	
Ortostatická hypotenzia Faktory: pri vstávaní lôžka závrat, „hmla“ pred očami, tachykardia, potenie sa, hypotenzia	postupná vertikalizácia, dostatok času pri zmene polohy
Žilová trombóza Pľúcna embólia Faktory: pobyt na lôžku dlhšie ako 8-10 dní, nedostatok aktívneho/pasívneho pohybu	- simulácia jazdy na bicykli, aktívne a pasívne, cvičenia, prepínanie, povoľovanie chodidiel - aktívna rehabilitácia, chôdza - elastická bandáž, mierna elevácia dolných končatín - antikoagulačná liečba (na základe ordinácie lekára) - primeraná hydratácia
Dýchacie ústrojenstvo	
Hypostatická pneumónia Pľúcna atelektáza Faktory: ľah na chrbte, povrchné, plytké dýchanie, hromadenie viskózneho hlienu v DC, znížená schopnosť vykašľávať hlien	- dychové cvičenia - polohovanie v polosedě - poklepová masáž hrudníka - masáž chrbta (mentol, oleje, krémy) - posturálna drenáž - tréning odkasliavania - zvlhčovanie vzduchu - podávanie mukolytík (na základe ordinácie lekára) - primeraná hydratácia

Prístupy sestry v prevencii rozvoja imobilizačného syndrómu	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU	
Ťažkosti / riziko a súvisiace faktory	Intervencie (denne)
GIT	
Nechutenstvo Faktory: odmietanie jedla, znížený príjem potravy, úbytok hmotnosti, hypoproteinémia	- individuálny nutričný plán - vhodné doplnky stravy, sipping
Nedostatočné vyprázdnenie hrubého čreva Zápcha Faktory: nepravidelná stolica, stolica suchá, tvrdá, ťažko vylúčiteľná stolica, distendované tvrdé brucho, nevoľnosť, bolesť brucha, bolesť hlavy, tlak na konečník, nepokoj, závraty, výskyt fekálnych škvŕn na bielizni (paradoxná hnačka)	- primeraná hydratácia - strava bohatá na vlákninu (zelenina, ovocie) - nácvik defekačného reflexu masáž podbruška - dychové cvičenia - vyprázdňovanie v sede (klozet) - zabezpečenie intimity pri vyprázdňovaní - v prípade potreby laxanciá podľa ordinácie lekára - klyzma
Inkontinencia stolice	hygienická starostlivosť o kožu a perineum - prevencia vzniku dekubitov - zabezpečenie inkontinenčných pomôcok
Obezita Faktory: nárast hmotnosti	úprava príjmu / zloženia stravy
Strata pocitu smädu, dehydratácia	- aktívne ponúkanie tekutín - sledovanie celodenného príjmu (výdaja) tekutín - aktívne núkanie misy / doprovod na WC / klozet

Prístupy sestry v prevencii rozvoja imobilizačného syndrómu	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU	
Ťažkosti / riziko a súvisiace faktory	Intervencie (denne)
Pohybový systém	
Poškodenie svalov – atrofia a kontraktúry Skrátenie šliach a fascií svalov Znížená pohyblivosť kĺbov	• pravidelné polohovanie pacienta • pasívna rehabilitácia • aktívna rehabilitácia spojená s kondičným cvičením • cvičenie pod dohľadom fyzioterapeuta • doplnková aktivizácia pacienta • podpora sebestačnosti, pohybu pacienta • používanie pomôcok na polohovanie • vysádzanie do kresla
Kosti	
Imobilizačná osteoporóza Osteomalácia	• dostatočný príjem vápnika a vitamínu D vo výžive • použitie doplnkov vo výžive (podľa ordinácie lekára) • primeraný pohyb a záťaž • pobyt na slnku (vychádzky)
Psychika	
Zhoršenie nálady, smútok , depresia Zmätenosť, strata orientácie Poruchy spánku Prejavy nepriateľstva, agresivity	• edukácia, primeraná informovanosť • aktivizácia počas dňa, návštevy • komunikácia o pocitoch, prianiach, otázkach, validácia pacienta • činnosti pre zlepšenie pohody

Prístupy sestry v prevencii rozvoja imobilizačného syndrómu	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU	
Ťažkosti / riziko a súvisiace faktory	Intervencie (denne)
Kožná integrita	
Otlaky, zapareniny, podráždenie kože Dekubity rôzneho stupňa	- pravidelná frekvencia polohovania (2 hodiny počas dňa, 3-4 hodiny v noci) - používanie preventívnych pomôcok a polohovateľných postelí - kontrola/masáž predilekčných miest vzniku imobilizačného syndrómu dodržiavanie hygieny, zabránenie vlhkosti, používanie ochranných kozmetických prostriedkov - pestrá výživa, primeraná hydratácia - d ďalšie intervencie v súlade so štandardom k prevencii dekubitov
Močový systém	
Zápal močových ciest Vznik močových kameňov	dostatočný (primeraný) príjem tekutín (vody) - vyprázdňovanie močového mechúra v sede (klozet) prevencia stázy moču (polohovanie, mobilizácia, vertikalizácia) - pravidelné ponúkanie/zabezpečenie vyprázdňovania močového mechúra zabezpečenie intimity pri vyprázdňovaní
Močová inkontinencia	hygienická starostlivosť o kožu a perineum - tréning močového mechúra, Kegelove cvičenia - špecializované pomôcky pre inkontinentných

Tabuľka č. 2e

Prístupy sestry v prevencii rozvoja imobilizačného syndrómu	
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU	
Ťažkosti / riziko a súvisiace faktory	Intervencie (denne)
Močový systém	
Močová retencia	- pravidelné ponúkanie/zabezpečenie vyprázdňovania močového mechúra - zabezpečenie intimity pri vyprázdňovaní - v spolupráci s ošetrujúcim lekárom zabezpečiť katetrizáciu močového mechúra (jednorázová katetrizácia alebo permanentný močový katéter)

Prognóza a vyhodnotenie

Úspešnosť manažmentu rizika/hrozby vzniku a rozvoja IS je vhodné hodnotiť individuálnym posúdením plnenia cieľov (pozri tiež Ciele v časti Plánovanie a realizácia). Pracovníkovi odporúčame zároveň hodnotiť celkovú úspešnosť prístupov meraním efektu prístupov u všetkých pacientov pri použití vybraných ukazovateľov pre meranie a hodnotenie **výsledkov manažmentu ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta s imobilitou**, definovaných v príslušnom štandarde. Ako **priklady kritérií** v spomínanom štandarde sú uvedené **nárast mobility, nárast sebestačnosti, zlepšenie psychického/mentálneho stavu, znižujúci sa trend pádov, klesajúci výskyt dekubitov, rastúci/stabilný pozitívny trend spokojnosti orientovaných pacientov/ich blízkych** apod. Tieto kritériá vo vzťahu k hodnoteniu úspešnosti v prevencii IS možno rozšíriť o **d ďalšie indikátory kvality** ako trend dekubitov, počet pľúcnych embólií, počet prípadov obštipácie, počet prípadov pneumónií a pod. Uvedené indikátory nemajú vymedzenú súvislosť výhradne vo vzťahu k IS, ich meranie, analýza príčinných súvislostí, ako aj následná tvorivá zmena prístupov môže významne ovplyvniť generalizované výstupy starostlivosti pracoviska.

Pacient ohrozený IS je zároveň ohrozený pokračujúcou destabilizáciou a smrťou. V praxi niektorých pracovísk dlhodobej starostlivosti sa pristupuje k posudzovaniu miery rizika fatálnej destabilizácie vo vzťahu ku skóre pacienta na základe hodnotení rizika vzniku dekubitov (Nortonovej škála), posúdenia úrovne sebestačnosti (ADL) a hodnotenia úrovne kognitívnych funkcií (MMSE). Najvyššie skóre znamená najvyššie riziko pokračujúcej destabilizácie (smrti) pacienta. **V starostlivosti o bezvládných pacientov je nevyhnutné plánovať a realizovať sériu preventívnych opatrení v kontexte totálneho manažérstva kvality, v súlade s ktorým majú byť výsledky starostlivosti kontinuálne merané a hodnotené.** NQRM skóre (výsledné skóre výsledkov sesterského riadenia rizík v kontexte manažérstva kvality) poukazuje na úspešnosť tímu pracoviska, kvalitnou ošetrovateľskou starostlivosťou úspešne riadiť riziko destabilizácie pacienta. NQRM predikuje kvalitu riadenia rizík sestrami, a je jeden z kľúčových indikátorov výkonnosti procesov komplexnej zdravotnej a sociálnej starostlivosti a teda odbornej dimenzie kvality starostlivosti poskytovateľa ošetrovateľskej starostlivosti (Fabianová, 2017; **IV/B**).

Požadovaným výsledkom ošetrovania pacienta metódou ošetrovateľského procesu s kladením dôrazu na sekundárnu a terciárnu prevenciu má priniesť maximálne možné saturovanie jeho bio – psycho – sociálnych potrieb so zohľadnením získania čo najväčšej samostatnosti, zvládania denných aktivít a zachovania čo najvyššej kvality života pacienta. Súčasťou zvládnutia ošetrovateľskej starostlivosti je dostatočne edukovaný pacient, prípadne ošetrujúce osoby, ak je pacient mimo ústavnej starostlivosti. Základný princípom je analyzovanie príčinných súvislostí a následné plánovanie a zodpovedná realizácia opatrení s cieľom minimalizovať psychický, či fyzický dyskomfort pacienta, prítomné poruchy správania a riziká s tým spojené. Prognózu vývoja stavu pacienta pozitívne ovplyvňuje skúmanie a prehodnocovanie prístupov s cieľom dosiahnuť individuálne definované výsledky starostlivosti (**I, A**).

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

◇ Poskytovateľ zabezpečuje **denný program pohybovej a mentálnej aktivizácie imobilných pacientov**. Hlavným cieľom činností je aktivizovať/stimulovať osobnosť, udržať, stabilizovať jej mentálne, fyzické, senzorické, spirituálne spôsobilosti.

◇ Poskytovateľ zabezpečuje pri zohľadnení zdravotného stavu pacienta, možností a schopností **individuálnu, alebo skupinovú aktivizáciu a rehabilitáciu**.

◇ Poskytovateľ pre validné **posúdenie rizika vzniku a rozvoja IS** efektívne používa posudzovacie škály.

◇ Poskytovateľ má definovaný a **v praxi implementovaný** (totálny alebo parciálny) prístup na efektívny manažment rizika vzniku a rozvoja IS.

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **posúdenia potreby a zabezpečenia kompenzačnej pomôcky pacientovi, ako aj efektívny spôsob včasnej edukácie pacienta a jeho blízkych o vhodných kompenzačných pomôckach.**

◇ Poskytovateľ imobilným pacientom s deficitom sebaopatery zabezpečuje a pomáha pri realizácii primeranej **hygienickej starostlivosti** v súlade s poznatkami moderného ošetrovateľstva:

- ranná, obedňajšia a večerná toaleta,
- hygiena dutiny ústnej/starostlivosť o protézu,
- celkový kúpeľ/sprcha minimálne raz za 7 dní,
- umývanie vlasov minimálne raz a týždeň,
- preventívne opatrenia vzniku dekubitov a zaparenín,
- hygiena bezprostredne po znečistení (stolicou),
- strihanie nechťov na rukách a nohách podľa potreby,
- holenie, strihanie podľa potreby.

◇ Pacienti sú primerane **hydratovaní**.

◇ Pacientom sa pri **podávaní stravy pomáha** a strava je im podávaná **bezpečným spôsobom**.

◇ **Pacientov, ktorí nedokážu samostatne zmeniť polohu na posteli je počas podávania a po podaní stravy/tekutín uložiť do bezpečnej, zvýšenej polohy.**

◇ Poskytovateľ používa efektívny spôsob **na podporu vyprázdnňovania**, resp. prevenciu zápchy pacientov.

◇ Poskytovateľ používa ohľaduplný spôsob zabezpečenia pomoci imobilným pacientom, ktorí sa vyprázdnňujú do **podložnej misy alebo na klozetovom kresle**. Pri takomto druhu vyprázdnňovania poskytovateľ zabezpečí:

- **bezodkladné poskytnutie** podložnej misy/kresla v prípade, že sa ho pacient dožaduje,
- **prístupnosť signalizácie**, prípadne monitoring počas vysadenia na klozetovom kresle,
- **bezpečnosť**, vylúčenie rizika pádu pacienta,
- dostupnosť **hygienických potrieb** a súvisiacej pomoci,
- **súkromie** (právo na intimitu),
- opatrenia na **prevenciu šírenia zápachu**,
- **ohľaduplnosť voči ostatným** pacientom,
- eliminovanie **prolongácie ponechania pacienta** v kresle/s podložnou misou po vyprázdnení.

◇ Imobilní pacienti **nie sú umiestnení na izbe s nepokojným, mobilným pacientom** (riziko ublíženia).

◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k priebežnej kontrole a **udržiavaniu bezpečnosti prostredia z hľadiska rizika pádu**:

- bezpečný režim umývania podláh,
- primerané osvetlenie,
- včasné reagovanie na dožadovanie sa pomoci zo strany imobilného pacienta,
- kolektívny dozor, kolektívna zodpovednosť za aktívny prístup v prípade identifikácie rizika (napríklad bosý pacient, porucha signalizácie apod.).

◇ Poskytovateľ zdravotnej alebo sociálnej starostlivosti (ďalej len „poskytovateľ“) má vytvorený a v praxi implementovaný prístup na **vylúčenie rizika pádu**. Cieľom prístupu je **predchádzať pádom a znižovať riziko poranenia** pacientov v súvislosti s pádmi.

◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k **bezpečnému transportu pacienta na vozíku**.

◇ Poskytovateľ používa **efektívny postup prípravy na potrebu bezpečnej evakuácie imobilných pacientov** (na určené evakuačné zberné miesto), vrátane jeho praktického nácviku zamestnancami minimálne jedenkrát ročne.

◇ Všetci zamestnanci sú školení a vedení k **efektívnej a bezpečnej manipulácii s pacientom a správnom používaní prístrojov** (napríklad elektrický zdvihák, polohovacie kreslo, sprchovacie kreslo apod.)

◇ Pracovisko je primerane **vybavené funkčnými pomôckami** uľahčujúcimi pohyb, manipuláciu, polohovanie imobilných pacientov.

◇ Pacienti s **najtťažším stupňom imobility, ktorí nedokážu zmeniť polohu**, vzhľadom na **riziko udusenía zvratkami alebo zaborením tváre do vankúša** sú vždy ukladaní do bezpečnej polohy na boku so zabezpečením proti posunu, do polohy na bruchu alebo zvýšenej polohy. Rovná poloha na chrbte je kontraindikovaná. Zvláštnu pozornosť si vyžadujú pacienti po vysokej amputácii dolných končatín.

◇ Pacienti majú zabezpečený **primeraný manažment bolesti** s cieľom eliminovať utrpenie.

◇ Manažment pacientov s imobilitou sa zabezpečuje multidisciplinárne.

◇ Ošetrovanie pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu v kontexte dlhodobej starostlivosti je indikáciou pre ošetrovanie v

- dome ošetrovateľskej starostlivosti,
- zariadení sociálnych služieb s celodenným zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti,
- hospici,
- ADOS/mobilnom paliatívnom tíme/mobilnom hospici za predpokladu pripravenosti rodiny/komunity v potrebnom rozsahu.

Ďalšie odporúčania

◇ Sestry realizujúce príjem pacienta do KOS, posudzujú prítomnosť rizika vzniku a rozvoja IS u pacienta v kontexte **celkového zhodnotenia rizík/destabilizácie** pacienta (napríklad riziko embólie, pneumónie). **Stupeň imobility, riziko IS, riziko vzniku preležanín, riziko sociálnej izolácie, osobitne riziko pádu, úrazu a embólie** je vhodné zaradiť do dokumentácie ako súčasť vstupného posúdenia typických potenciálnych rizík dlhodobej starostlivosti s individuálnym prístupom ku každému pacientovi, v rámci štandardizovaného formulára pracoviska.

◇ Sestry a ostatný personál používajú záznamy, určené na dokumenovanie polohovania, pohybových aktivít počas dňa, hydratáciu, vylučovanie, nutriciu pacienta. V súvislosti s vedením formulára sestra vykonáva pravidelnú supervíziu a následne rozhoduje o ďalších opatreniach. Vzor vedeného formulára s uvedenými čiastkovými atribútmi je tvorený v súlade s procesmi pracoviska.

◇ Poskytovateľ používa efektívnu stratégiu proti vzniku a rozvoju dekubitov (podrobnejšie odporúčania sú definované v rámci určeného štandardu).

Hromadné plánovanie / jednotná schéma efektívneho polohovania podľa stupňa rizika kategórie v rovnakých hodinách.

Pacienti sú polohovaní v jednotných časoch skupinovo, v závislosti od kategórie rizika, pod ktorú spadajú.

Delegovanie činností ďalšiemu ošetrovateľskému personálu

- Na pracovisku sa vykonáva individuálne plánovanie prevencie dekubitov.
- Zavedené individuálne plány/formuláre slúžia pre záznamy súvisiace s plánovaním a realizáciou opatrení na prevenciu dekubitov.
- Po fáze individuálneho plánovania opatrení, za ktorú zodpovedá sestra, je možné viaceré činnosti delegovať.

- Zodpovednosť vo vzťahu k pracovným pozíciám odporúčame vyznačiť priamo vo vzore formulára individuálneho plánu prevencie dekubitov, resp. vytvoriť osobitný formulár, ktorý obsahuje **delegované činnosti** napr. na praktické sestry, sanitárov apod. v rozsahu ich kompetencií, predovšetkým:
 - denná kontrola predilekčných miest,
 - aplikácia ochranných prípravkov na predilekčné miesta,
 - meranie fyziologických funkcií.

Umiestnenie polohovacieho plánu nad lôžko pacienta

- je komunikačným nástrojom pre podporu odovzdávania informácií v rámci ošetrojúceho tímu,
- túto informáciu je možno doplniť ďalšími upozorneniami pre ošetrojúci personál i pre blízkych.

Zriadenie pozície/funkcie sestry poverenej prevenciou a liečbou dekubitov

Úlohou sestry **poverenej prevenciou a liečbou dekubitov** je predovšetkým:

- kontrolovať dodržiavanie platných štandardov a interných postupov vo vzťahu k problematike dekubitov,
- merať a vyhodnocovať efekt preventívnych opatrení atď.

Špeciálny doplnok štandardu

Imobilizačný syndróm je charakterizovaný ako celková odozva organizmu na kľudový režim – imobilitu ležiaceho človeka, ako stav pri ktorom je jedinec ohrozený poškodením jednej alebo viacerých orgánových sústav.

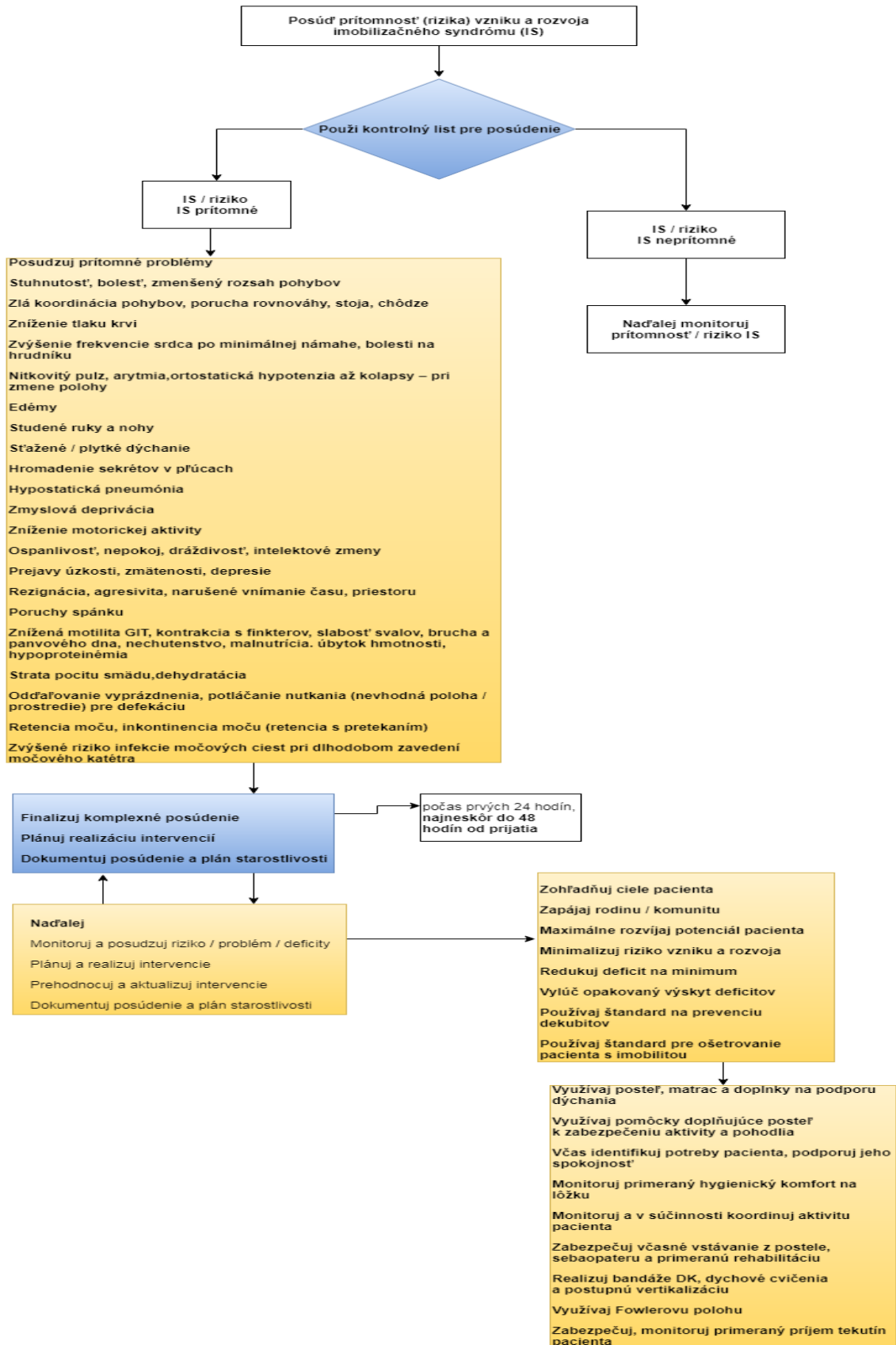
Tab. č. 3: Kontrolný list Posúdenie prítomnosti rizika vzniku a rozvoja imobilizačného syndrómu (I, B)

Vzor Kontrolného listu pacienta					
 ŠTANDARDNÝ DIAGNOSTICKÝ A TERAPEUTICKÝ POSTUP OŠETROVANIE PACIENTA OHROZENÉHO ROZVOJOM IMOBILIZAČNÉHO SYSTÉMU					
KONTROLNÝ LIST					
POSÚDENIE PRÍTOMNOSTI RIZIKA VZNIKU A ROZVOJA IMOBILIZAČNÉHO SYNDRÓMU					
Pracovisko :					
Meno a priezvisko pacienta :					
Dátum prijatia :					
	Príčina imobility, špecifikácia (možné označiť viac možností ☒)	Typ mobility ¹ (hodiace sa zaškrtnúť ☒)			
1 .	☐ Dlhodobá chronická bolesť	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
2 .	☐ Paréza, plégia	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
3 .	☐ Porucha kostí, svalov, šliach, kĺbov	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
4 .	☐ Neurologické poruchy	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
5 .	☐ Kvantitatívne poruchy vedomia, bezvedomie	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
6 .	☐ Depresia	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
7 .	☐ Zlý zdravotný stav, zranenie	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
8 .	☐ Vysoký vek a stav pacienta (chronické choroby)	 ☐ Cyril (C)	 ☐ Dana (D)	 ☐ Ema (E)	
Dňa :		Posudzoval (-a) :			
Opatrenia zapracované v :		Schválil (-a) :			
¹ Charakteristika vybraných typov mobility :					
	Cyril (C - z pôvodného typu Carl) - čiastočne imobilný, pohybuje sa pomocou invalidného vozíka, ale je schopný preniesť váhu, urobí aj pár krokov do vozíka, vozíkom sám manipuluje.		Dana (D - z pôvodného typu Doris) - imobilná, nedokáže sa vôbec podopierať, preniesť váhu, je odkázaná na invalidný vozík, vozíkom sama nemanipuluje.		Ema (E) - úplne imobilná, pripútaná na lôžko, úplne závislá na pomoci

Spracované podľa: ARJOHUNTLEIGH GETINGE GROUP (2017) a Vytejkovej (2011).

Pozn. pre manažment a administráciu: Indikácia k zaradeniu do indikačného rámca štandardu Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu na základe posúdenia kontrolným listom je platná dňom posúdenia so zápisom do zdravotnej dokumentácie pacienta. Indikácia je prehodnocovaná podľa potreby priebežne, **najmenej však jedenkrát do mesiaca.**

Algoritmus o pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu



Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

ŠDTP odporúčame revidovať raz ročne z hľadiska posúdenia potreby aktualizácie vo vzťahu k

- aktuálnym publikovaným poznatkom a výsledkom výskumu v dotknutých oblastiach,
- najnovším poznatkom vo vzťahu k problematike v zahraničnej praxi,
- výsledkom indikátorov kvality v rámci dobrej praxe pracovísk v SR,
- posúdenia efektivity,
- zberu podnetov zo strany pracovísk s implementovanými postupmi (v súlade s námetom OPS Akčného plánu pre efektívnu implementáciu zo 07. 12. 2018),
- podnetom zo strany ZP, MZ SR a ďalších zainteresovaných strán.

Literatúra

ARJOHUNTLEIGH GETINGE GROUP. 2017. *Mobility Gallery*. [online]. [cit. 2017.10.10.] Dostupné na internete: < <http://www.arjohuntleigh.com/knowledge/mobility-gallery/> >.

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život*. [online]. [cit. 2017.17.10.] Dostupné na internete: <<http://www.osetrovateľskecentrumhe.sk/images/clanky/napisali/nap10.jpg> >.

FABIANOVÁ, Z. 2014. *Sestry v ZSS – nástroj kvality v starostlivosti o vážne a dlhodobo chorých. In Kvalita a spoločenská zodpovednosť*. ISSN 1335 – 9231, 2014, roč. XXII, č. 1, s. 24 – 28.

FABIANOVÁ, Z. - KLIČOVÁ, M. 2015. Možnosti efektívneho manažérstva rizika zhoršenia zdravotného stavu v kontexte komplexnej starostlivosti o seniorov v pobytových zariadeniach. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia*. ISSN 1339-5920, roč. 2015, roč., č. 6, s. 32-33.

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Sestry v dlhodobej starostlivosti: bojujme predovšetkým o život*. In *Zdravotnícke noviny*. ISSN 1335-4477, 2017, roč. XXII, č. 27, s. 7.

FABIANOVÁ, Z. 2017. *Destabilizácia zdravotného stavu klientov – metodika rizika*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. 2016. *Prijem klienta – interný predpis*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. - KLIČOVÁ, M. 2016. *Hygiena – interný postup*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2016.

FABIANOVÁ, Z. et al. 2017. *Nutricia – interný postup*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - HRISENKOVÁ, G. – KLIČOVÁ, M. 2017. *Dekubity a rany – prevencia a liečba – interný predpis*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - GOMBITOVÁ, V. – HAJDUČKO, J. 2017. *Metodiky sociálnej práce a rehabilitačná starostlivosť – interný predpis*. Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. – KLIČOVÁ, M. et al. 2017. *Kontinuálne sledovanie klinického stavu (monitoring vitálnych funkcií)*. Formulár. In Vnútorň dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slnečný dom, n.o., Humenné. 2017.

FABIANOVÁ, Z. - MOCHNÁČOVÁ, A. - KLIČOVÁ, M. 2017. Elektronický príjem - Vnútný dokument systému manažérstva kvality pracovísk Ošetrovateľské centrum, s.r.o., Ošetrovateľské centrum a ZSS Slniečny dom, n.o., Humenné. 2015.

HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2006. *Geriatra pre praktického lekára*. 2. vyd. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2006. 364 s. ISBN 80-89171-36-2.

HEGYI, L. – KRAJČÍK, Š. 2010. *Geriatra*. 1. vyd. Bratislava: Herba, spol. s.r.o., 2010. 596 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatra a Gerontológia*. Praha: Grada Publishing a. s., 2004. 229 s. ISBN 80-247-0548-6.

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

KAPOUNOVÁ, G. 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 350 s. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOZIEROVÁ, B. a kol. 1995. *Ošetrovatelstvo* 2. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0.

POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. 2006. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.

PROCHÁZKOVÁ, E. 2014. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta, 2014. 133 s. ISBN 978-80-204-3186-8.

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

TATRANSKÁ, T. - KRAJČÍK, Š. 2014. Najčastejšie komplikácie ochorení v geriatrici - 1. časť. In - *Interná medicína*. ISSN 1335-8359, 2014, roč. 14, s. 7 – 8, 297 – 302 s.

VYTEJČKOVÁ, R. a kol. 2011. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné* I. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 232 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z., ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz

VYHLÁŠKA MZ SR 95/2018, 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. 364/2005, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom a rozsah praxe pôrodnej asistencie poskytovanej pôrodnou asistentkou samostatne a v spolupráci s lekárom [online]. 2005. [cit. 2017-08-22]. Dostupné na internete: <<http://www.sksapa.sk/20090314136/Zakony/pravne-predpisy.html>>

Vyhláška MZ SR č. 470/2006, ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou a pôrodnou asistentkou - samostatne, samostatne na ordináciu lekára a v spolupráci s lekárom

Vyhláška č. 28/2017 Z. z. Vyhláška MZ SR, ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 321/2005 Z. z. o rozsahu praxe v niektorých zdravotníckych povolaniach v znení neskorších predpisov [online]. 2017. [cit. 2017-06-21]. Dostupné na internete: <<https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2017/28/20170301>>.

ZÁKON NR SR č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení [online]. 2004. [cit. 01.09.2017]. Dostupné na: <http://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/admin/Vedavyskum/zdravotna_starostlivost.pdf>.

Poznámka:

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

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

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť 1. januára 2019.

Andrea Kalavská, v. r.

ministerka