

METODIKA

ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti národný projekt „Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti“

BRATISLAVA, JANUÁR 2024

MUDr. Andrea Škripeková, PhD

a kolektív

OBSAH

Úvod

1. Aktuálny stav dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a porovnanie s Českou republikou
 - 1.1 Základné pojmy
 - 1.2 Sieť poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti v dlhodobej zdravotnej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby
 - 1.2.1 Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí
 - 1.2.2 Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb
 - 1.2.2.1 Zariadenia sociálnych služieb s integrovanou ošetrovateľskou starostlivosťou
 - 1.2.2.2 Zariadenia sociálnych služieb bez integrovanej ošetrovateľskej starostlivosti
 - 1.2.3 Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti paliatívnym pacientom
2. Ošetrovateľská starostlivosť
 - 2.1 Najčastejšie ošetrovateľské úkony v rámci paliatívnej zdravotnej starostlivosti
 - 2.2 Monitoring ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb
 - 2.3 Ošetrovateľská starostlivosť verzus opatrovateľská starostlivosť
3. Kazuistiky z ošetrovateľstva v paliatívnej zdravotnej starostlivosti
4. Záver

Úvod

Metodika **ošetrovateľskej starostlivosti v rámci dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti je súčasťou** národného projektu: *Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti*, ktorého cieľom je prispieť k riešeniu zanedbávanej dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti poskytovanej najmä formou ambulantnej starostlivosti v rozdielnej kvalite a v rozdielnej dostupnosti v jednotlivých regiónoch Slovenska.

Podstatou národného projektu je zvýšenie a následná udržateľnosť kapacít v dlhodobo personálne poddimenzovanom zdravotníckom systéme a pilotné overenie systémového poskytovania dlhodobej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti kvalifikovaným personálom v zdravotníckych zariadeniach ambulantného typu – v mobilných hospicioch a agentúrach domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Ministerstvo zdravotníctva SR implementovalo národný projekt s názvom: Posilnenie dlhodobej zdravotnej starostlivosti z Operačného programu Ľudské zdroje (REACT), ktorého realizácia prebiehala v období 1/2022-12/2023. Potreba dlhodobej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dlhodobej starostlivosti“) a paliatívnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „paliatívnej starostlivosti“) sa bude zvyšovať, a to aj podľa výsledkov analýz Európskej únie. Predpokladá sa, že počet ľudí, ktorí budú potenciálne potrebovať dlhodobú starostlivosť, sa v EÚ zvýši z 30,8 milióna v roku 2019 a na 38,1 milióna v roku 2050. Už teraz však mnohí ľudia, ktorí potrebujú dlhodobú starostlivosť, nemajú k nej prístup. Obmedzená dostupnosť vysokokvalitných formálnych služieb, vysoké náklady a nerovnaký územný prístup sa prejavujú v neuspokojených potrebách alebo vo veľkej závislosti od neformálnej starostlivosti.¹

¹<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8397&preview=cHJldkVtcGxQb3J0YWwhMjAxMjAyMTVwcmV2aWV3>

1. Aktuálny stav dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike a porovnanie s Českou republikou

1.1 Základné pojmy

Normatívne vymedzenie ošetrovateľskej starostlivosti v dlhodobej a paliatívnej starostlivosti je upravené predovšetkým v zákone o poskytovaní zdravotnej starostlivosti², ako aj v zákone o sociálnych službách.³

Podľa zákona o zdravotnej starostlivosti je ošetrovateľská starostlivosť zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu, metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe.

Ošetrovateľstvo je humanitná a aplikovaná vedná disciplína. Hlavnou úlohou sestry je: asistovať jednotlivcovi, chorému alebo zdravému, pri vykonávaní tých činností, ktoré súvisia so zdravím alebo s jeho navrátením alebo pokojným umieraním, ktoré by vykonával bez pomoci, keby mal potrebné schopnosti, vôľu alebo vedomosti. Sestra tieto činnosti vykonáva formou ošetrovateľského procesu s holistickým prístupom k osobe, rodine a komunite takým spôsobom, aby jedinec čo najskôr dosiahol nezávislosť, resp. zlepšenie svojho stavu.

Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna a cyklická metóda poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti jednotlivcovi, rodine, komunite, všeobecne použiteľná vo všetkých typoch prostredí zdravotnej starostlivosti a otvorená pre neustále prehodnocovanie starostlivosti na základe aktuálneho stavu. Cieľom ošetrovateľského procesu je poskytovanie ošetrovateľských intervencií zameraných na uspokojovanie potrieb jednotlivca, rodiny, komunity, na podporu, obnovenie zdravia a pohody, na dosiahnutie čo najvyššej možnej úrovne kvality života, na zabezpečenie pokojného zomierania a smrti.⁴

² 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

³ Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

⁴ M. Tomagová, I. Boriková: Ošetrovateľský proces pre vzdelávanie a klinickú prax, UK Komenského v Bratislave 2022

Štandardy v ošetrovatel'stve zahŕňajú štandardy výkonu ošetrovatel'skej profesie; ošetrovatel'skej starostlivosti; ošetrovatel'skej dokumentácie; vybavenia pracoviska; personálneho obsadenia; pracovných postupov a štandardy pre vzdelávanie ošetrovatel'ských pracovníkov.

Štandardy popisujú ako má vyzerat' kvalitná ošetrovatel'ská starostlivosť. Dodržiavanie kvality ošetrovatel'skej starostlivosti je kontrolované auditom.

Štandard je vopred dohodnutá profesijná úroveň určitého výkonu, starostlivosti v konkrétnej oblasti (z hľadiska množstva, času, kvality) - nie najnižšia ani najvyššia úroveň.

Štandardy ošetrovatel'ských činností v rámci ošetrovatel'ského procesu sú zamerané na jednotlivé ošetrovatel'ské problémy (ošetrovatel'ské diagnózy) alebo vychádzajú z určitého ochorenia.

Audit slúži na preverenie funkčnosti vnútorných procesov, zhodu dokumentácie, alebo výstupov z procesov s predpísanými normami a kvality ošetrovatel'ských postupov. Výstupom z auditu je správa zachytávajúca nedostatky s termínmi ich odstránenia.

Existujú tri typy hodnotenia ošetrovatel'ského auditu, a to:

1. *retrospektívne hodnotenie* - vzťahuje sa k udalostiam z minulosti; ide o hodnotenie záznamov klientov po prepustení z nemocničného zariadenia alebo po ukončení poskytovania ošetrovatel'skej starostlivosti agentúrou domácej ošetrovatel'skej starostlivosti (ADOS)
2. *paralelné hodnotenie* - je hodnotenie klienta, ktorý hodnotí poskytovanie ošetrovatel'skej starostlivosti počas hospitalizácie, alebo počas poskytovania starostlivosti ADOS-om
3. *peer review* - je odborné posúdenie kvality ošetrovatel'skej starostlivosti alebo praxe vykonávanej inými rovnako kvalifikovanými sestrami. ⁵

Podľa Stanoviska európskeho a hospodárskeho sociálneho výboru (2022) dlhodobá starostlivosť, ktorá je nevyhnutná pre sociálnu ochranu a blahobyť občanov EÚ, zahŕňa súbor

⁵ <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologických-konferencnich-abstrakt/cas-na-audit/>

služieb a asistenciu pre osoby, ktoré sú dlhodobo duševne a/alebo fyzicky zraniteľné a/alebo majú zdravotné postihnutie, sú odkázané na pomoc v každodennom živote a/alebo potrebujú určitú trvalú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorú im poskytujú profesionálni alebo neprofesionálni platení/neplatení poskytovatelia doma, či v zariadeniach ošetrovateľskej a rezidenčnej starostlivosti.⁶

Rozdiel medzi Českou republikou a Slovenskou republikou v zákonnej definícii je hlavne v tom, že česká právna úprava viaže poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti na účel a slovenská právna úprava naväzuje ošetrovateľskú starostlivosť na osobu. Ani jedna právna definícia sa nevyhne aplikačným problémom, ale poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti naviazané na sestru robí aplikačnú prax zložitou práve pri kombinácii nemožnosti úpravy procesu podzákonými normami a úpravou vzdelávania a absolútnemu nedostatku sestier.

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ	
ČR	druh zdravotnej starostlivosti, ktorej účelom je udržiavanie, podpora a obnova zdravia a uspokojovanie biologických, psychologických a sociálnych potrieb zmenených alebo vzniknutých v súvislosti s poruchou zdravotného stavu jednotlivcov alebo skupín alebo v súvislosti s tehotenstvom a pôrodom, ako aj rozvoj, udržiavanie alebo obnova sebestačnosti; zahŕňa starostlivosť o nevyliciteľne chorých, zmierňovanie ich utrpenia a zabezpečenie pokojného umierania a dôstojnej prirodzenej smrti § 5 odsek 2, bod g) zákona č. 372/2011 Sb. ⁷
SR	je zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje sestra s odbornou spôsobilosťou podľa osobitného predpisu ²⁾ metódou ošetrovateľského procesu v rámci ošetrovateľskej praxe. Ošetrovateľská prax je praktické uskutočňovanie činnosti sestry a činnosti pôrodnej asistentky pri a. Poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencii,

⁶ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022IE1513&from=EN>

⁷ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotných službách a podmínkách jejich poskytovaní

	<p>b. Riadení a poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti a ústavnej zdravotnej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu</p> <p>(19) Ošetrovateľský proces je systematická, racionálna a individualizovaná metóda plánovania, poskytovania a dokumentovania ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencie. Jeho cieľom je určovať skutočné alebo predpokladané problémy osoby v súvislosti so starostlivosťou o zdravie, naplánovať uspokojenie zistených potrieb, vykonať, dokumentovať a vyhodnotiť špecifické ošetrovateľské zásahy na ich uspokojenie. Súčasťou ošetrovateľského procesu je určenie sesterskej diagnózy.</p> <p>(§ 2 odsek 13, 14, 19 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabuľka 1. Porovnanie českej a slovenskej legislatívnej definície ošetrovateľstva.

Cieľom Koncepcie ošetrovateľstva je popísať súčasný stav českého ošetrovateľstva a načrtnúť jeho vývoj v nasledujúcich rokoch a prostredníctvom jednotlivých strategických cieľov navrhnuť postupy smerujúce k poskytovaniu efektívnej ošetrovateľskej starostlivosti a posilnenia postavenia sestier v spoločnosti. Koncepcia vychádzala z dokumentu Globálna stratégia pre ľudské zdroje v zdravotníctve do roku 2030, ktorú vydala Svetová zdravotnícka organizácia a ktorá zdôrazňuje spoločné vzdelávanie rôznych profesií a prax založenú na spolupráci ako základnom predpoklade pre riešenie otázok týkajúcich sa pracovníkov v zdravotníctve. Pre tvorbu Koncepcie bol základným východiskom dokument Posilování ošetrovatelství v integrované péči v České republice, vydaný 4. decembra 2019, ktorý slúži ako podklad pre politické rozhodnutia. Jeho prioritou je:

- Stabilizácia ošetrovateľských tímov napriek spektrom lôžkovej a primárnej starostlivosti a zároveň vybudovanie udržateľných ošetrovateľských tímov pre budúcnosť.⁸

Lepšie pochopenie toho, ako integrovať zdravotnícku starostlivosť a sociálne služby vo vzťahu k primárnej starostlivosti.

⁸ https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf

Ošetrovatel'stvo je vnímané ako multidisciplinárny odbor, ktorého predmetom je osoba, rodina a komunita v súvislosti so zdravím a chorobou. Definuje rolu sestry ako poskytovateľa špecifickej služby, pričom sa sústreďuje na naviazanie vzťahu s pacientom, zoznámenie sa s jeho situáciou, stanovuje priority a racionálne určuje ďalší postup starostlivosti. Do odbornej kvalifikácie sestry spadá aj fyzikálne vyšetrenie pacienta, koordinácia starostlivosti, realizovanie liečby a podľa potreby odovzdanie pacienta ďalším členom tímu (ICN 2020).

Princípmi ošetrovatel'stva sú:

1. Starostlivosť založená na humanizme
2. Holistická starostlivosť
3. Preventívny charakter starostlivosti
4. Individualizovaná starostlivosť
5. Tímová práca
6. Ošetrovatel'stvo založené na dôkazoch
7. Aktívna starostlivosť.

Sestra je definovaná ako vykonávateľ a koordinátor špecializovaných ošetrovatel'ských činností. Koncepcia definuje povolania sestier, zdravotníckych záchranárov, ošetrovatel'ov a sanitárov. V strategickej časti reflektuje spomínanú Globálna stratégia pre ľudské zdroje v zdravotníctve do roku 2030, ktorú vydala Svetová zdravotnícka organizácia a ktorá zdôrazňuje spoločné a integrované vzdelávanie založené na spolupráci všetkých členov ošetrovatel'ských tímov.⁹ V druhom strategickom ciele sa Koncepcia zaoberá práve hlavne tímovou prácou a úlohou sestier v ošetrovatel'ských tímoch, kde sa zdôrazňuje:

- Zdieľanie cieľa
- Definovanie rolí a úloh jednotlivých členov tímu
- Vzájomná dôvera medzi členmi tímu
- Efektívna komunikácia v tíme
- Merateľné ukazovatele kvality práce¹⁰

V zákonom rámci českej definície ošetrovatel'skej starostlivosti je aj rozmer ošetrovatel'skej starostlivosti na konci života s dôrazom na zmierňovanie utrpenia. Týka sa ošetrovatel'stva

⁹ https://www.vpl.sk/files/file/who/glob_strat_hrh_workforce2030_SLOV_lipp_w.pdf

¹⁰ https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepcie_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf

v paliatívnej starostlivosti, kde tímová práca lekára a sestry je kľúčom pre multidisciplinárny tím. V náročnom teréne nevyliciteľnej choroby je poskytovanie sofistikovanej starostlivosti sestrou, jej komunikačné zručnosti a schopnosť organizovať tímovú prácu v rozvinutých krajinách vysoko hodnotené. V situácii, kedy pacienta vieme choroby zbaviť, vyliečiť ranu, zahojiť dekubit sa zdá, že práca dáva zmysel a merateľné ukazovatele a indikátory kvality ošetrovateľskej práce vyznievajú logicky. V situácii, kde nie je vyliečenie očakávateľné, je preto dôležité stanoviť štandardy (ako vopred dohodovenej profesionálnej úrovne) a merateľné ukazovatele tak, aby pre sestru a celý ošetrovateľský tím mali jednak evaluačnú hodnotu, ale zahŕňali v sebe aj motiváciu pre náročnú prácu. **Dimenzie kvality ošetrovateľskej starostlivosti v paliatívnej zdravotnej starostlivosti¹¹** sú znázornené na obrázku 1.



Obrázok 1: Multidimenzionálny charakter ošetrovateľstva v paliatívnej starostlivosti

Starostlivosť o dlhodobo chorého alebo paliatívneho pacienta má svoje špecifiká, ktoré s účinnosťou od 1.8.2022 boli zadefinované v zákone č. 576/2004 Z. z. v znení zákona č. 267/2022 Z. z. Rozlišujeme dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť, následnú ošetrovateľskú

¹¹ <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16583>

starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť, v rámci ktorej sa poskytuje ošetrovateľská starostlivosť.

Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť je poskytovaná spravidla po poskytnutí následnej zdravotnej starostlivosti osobe, ktorá je dlhodobo odkázaná na ošetrovateľskú starostlivosť. Do tejto dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti o. i. patria aj osoby, ktorých dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav im znemožňuje sebaobsluhu v aktivitách denného života a vyžaduje si poskytovanie opatrovateľskej starostlivosti, ako napr. u osôb v permanentnom vegetatívnom stave, s chorobou motýľích krídel, ako aj osoby s parenterálnou výživou a podobne.

Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje ako ústavná ošetrovateľská starostlivosť alebo ako domáca ošetrovateľská starostlivosť (§8 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z.z.) alebo ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci (§10a zákona č. 576/2004 Z.z.). Ústavná starostlivosť v rámci dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti sa poskytuje najviac tri mesiace odo dňa prijatia osoby do ústavnej starostlivosti. V prípade, že ide o osobu v permanentnom vegetatívnom stave alebo osobu v terminálnom štádiu, poskytuje sa najviac šesť mesiacov odo dňa prijatia tejto osoby do ústavnej starostlivosti.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť a ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci sa poskytuje po dobu indikácie tejto starostlivosti.¹²

Kapacity dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike sú vymenované v tabuľke 3.

Kapacity dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti		
	Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť	Ošetrovateľská starostlivosť v rámci paliatívnej starostlivosti
Prirodzené prostredie - Doma	ADOS	ADOS a/alebo MOHO
Prirodzené prostredie - ZSS	ADOS alebo Integrovaná ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej starostlivosti	ADOS a/alebo MOHO Integrovaná ošetrovateľská starostlivosť + MOHO
UZS	Dom ošetrovateľskej starostlivosti v rámci nemocničnej starostlivosti na všetkých lôžkach	Hospic

¹² <https://www.najpravo.sk/dovodove-spravy/rok-2022/dovodova-sprava-k-zakonu-c-267-2022-z-z.html>

Tabuľka 3: Prehľad subjektov (poskytovateľov), ktorí poskytujú dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť o paliatívneho pacienta.

Hodnotenie kvality v jednotlivých formách ošetrovateľskej starostlivosti je v príkladoch uvedené v tabuľke 4.

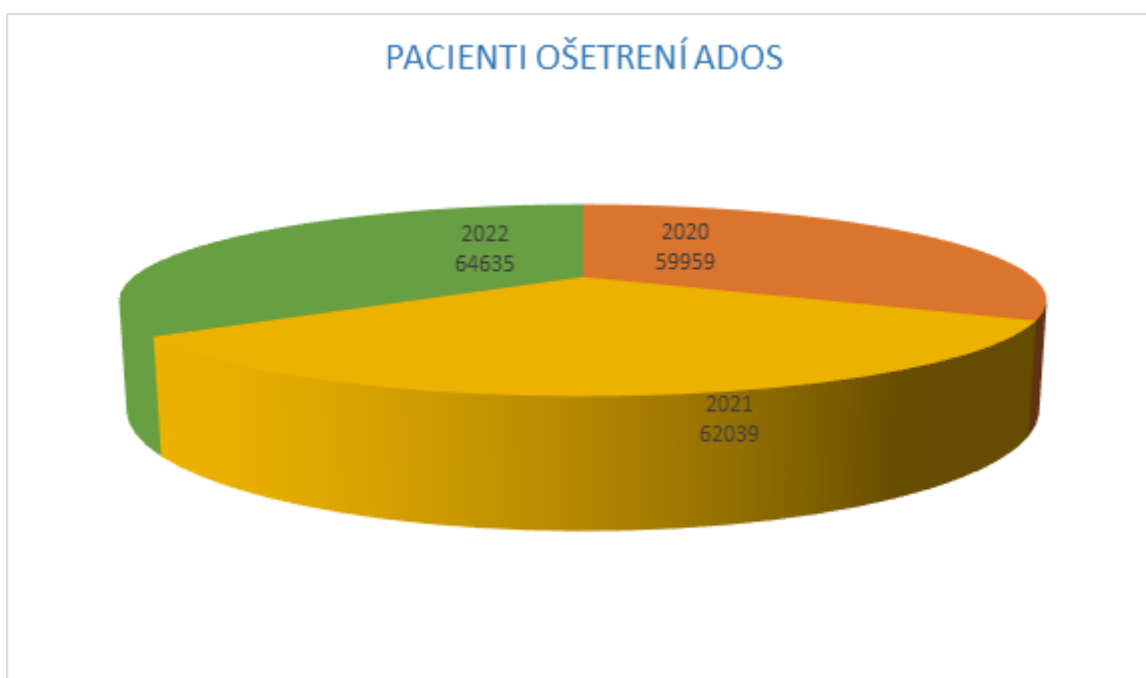
Pacient	Indikátor kvality
<p>Pacient v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti bez rehabilitačného potenciálu.</p> <p>Napríklad kachektický pacient po náhlej cievnej mozgovej príhode v end stage kardiálneho zlyhávania alebo pacient v domácej oxygenoterapii v end stage chronickou bronchopulmonálnou chorobou</p>	<p>Zhojenie prípadného dekubitu, vredu predkolenia nie je možné očakávať – indikátorom kvality môže byť počet návštev sestry</p>
<p>Pacient v následnej starostlivosti s rehabilitačným potenciálom do troch mesiacov po prepustení z akútneho lôžka.</p> <p>Napríklad pacient s dekubitom po prvej náhlej cievnej mozgovej príhode so zachovanou systolickou funkciou srdca v rehabilitačnom programe.</p>	<p>Zhojenie dekubitu treba očakávať – indikátor kvality je zhojenie. Indikátorom kvality nemôže byť počet návštev sestry.</p>
<p>Pacient v paliatívnej starostlivosti</p>	<p>Indikátorom je aj reflexia ošetrovateľskej starostlivosti neformálnym opatrovateľom, multidisciplinárna intervencia, reflexia preferencií a hodnôt pacienta (viac v metodike miesta zomierania)</p>

1.2 Sieť poskytovateľov ošetrovateľskej starostlivosti v dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti v prirodzenom prostredí osoby

1.2.1 Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti agentúrou ošetrovateľskej starostlivosti v domácom prostredí

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) je upravené v zákone 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.

Osoby ošetrené zdravotníckymi pracovníkmi ADOS v Slovenskej republike za roky 2020 – 2022 ¹³



Obrázok 2: Počet pacientov ošetrených ADOS v jednotlivých rokoch.

¹³ <https://www.employment.gov.sk/files/sk/uvodna-stranka/aktivne-starnutie/narodny-program-aktivneho-starnutia/npas-opatrenie-1-ciel-3-4-3-data.pdf>

Náplňou činnosti ADOS je ***komplexná ošetrovateľská starostlivosť v domácom prostredí osobám*** všetkých vekových skupín, u ktorých je indikovaná. ***Domáca ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje osobe, ktorej zdravotný stav nevyžaduje nepretržité poskytovanie zdravotnej starostlivosti¹⁴***. Ide o starostlivosť po skončení ústavnej liečby, o akútne chorých bez potreby hospitalizácie, o chronicky chorých a o pacientov v terminálnych stavoch. ***Domácu ošetrovateľskú starostlivosť poskytuje sestra s príslušnou odbornou spôsobilosťou***. Domáca ošetrovateľská starostlivosť ***je poskytovaná osobám vo všetkých vekových kategóriách v rodinnom prostredí***.

Česká právna úprava má poskytovanie zdravotnej starostlivosti v domácom prostredí ukotvené v § 10 zákona č. 372/2011 Z.z. nasledovne: Zdravotnou starostlivosťou poskytovanou vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta sú:

- a) návštevna služba,
- b) domáca starostlivosť, ktorou je ošetrovateľská starostlivosť, liečebno-rehabilitačná starostlivosť alebo paliatívna starostlivosť.

(2) Vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta možno okrem zdravotnej starostlivosti podľa odseku 1 poskytovať umelú pľúcnu ventiláciu a dialýzu.

(3) V rámci zdravotnej starostlivosti podľa odseku 1 možno vykonávať iba také zdravotné výkony, ktorých poskytnutie nie je podmienené technickým a vecným vybavením potrebným na ich vykonanie v zdravotníckom zariadení.¹⁵

Znovu na rozdiel od českej právnej úpravy je v Slovenskej republike domáca ošetrovateľská starostlivosť viazaná na poskytovanie sestrou s príslušnou spôsobilosťou. Keďže je to zákonná norma, jej prispôsobenie možnostiam systému a potrebám pacientov je ohraničené.

¹⁴ § 8 ods. 7 zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

¹⁵ § 10 zákona 372/2011 Sb. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=372%2F2011>

Domácu ošetrovateľskú starostlivosť navrhuje lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti, s ktorým má osoba uzavretú dohodu o poskytnutí zdravotnej starostlivosti. Návrh na poskytovanie domácej ošetrovateľskej starostlivosti môže odporučiť:

- lekár špecializovanej ambulantnej starostlivosti
- ošetrojúci lekár ústavnej zdravotnej starostlivosti
- ošetrojúca sestra ústavnej zdravotnej starostlivosti.

Odborná spôsobilosť sestry ADOS podľa § 33 zákona č. 578/2004 Z. z je definovaná ako:

- (1) Odborná spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania podľa tohto zákona je odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností, odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností a odborná spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností.
- (2) Odborná spôsobilosť na výkon odborných pracovných činností sa preukazuje dokladom o získaní požadovaného stupňa vzdelania v príslušnom študijnom odbore v príslušnom zdravotníckom povolaní (§ 27).
- (3) Odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností možno získať len v akreditovaných špecializačných študijných programoch. Odbornú spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností možno získať len v akreditovaných certifikačných študijných programoch.
- (4) Účasť na špecializačnom štúdiu a certifikačnej príprave sa považuje za zvyšovanie kvalifikácie.
- (5) Odborná spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností sa preukazuje dokladom o získaní požadovaného stupňa vzdelania v príslušnom študijnom odbore v príslušnom zdravotníckom povolaní (§ 27) a diplomom o špecializácii v príslušnom špecializačnom odbore okrem prípadov ustanovených podľa odseku 8.
- (6) Odborná spôsobilosť na výkon certifikovaných pracovných činností sa preukazuje dokladom o získaní požadovaného stupňa vzdelania v príslušnom študijnom odbore v príslušnom zdravotníckom povolaní (§ 27) a
 - a. certifikátom na výkon certifikovaných pracovných činností (ďalej len „certifikát“) alebo
 - b. diplomom o špecializácii v príslušnom špecializačnom odbore a certifikátom.
- (7) Odborná spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania sa preukazuje aj odbornou zdravotníckou praxou (ďalej len „odborná prax“) v prípadoch ustanovených podľa

odseku 8. Odborná prax je vykonávanie odborných pracovných činností, špecializovaných pracovných činností alebo certifikovaných pracovných činností zdravotníckym pracovníkom.

- (8) Odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania podľa odseku 1 ustanoví nariadenie vlády Slovenskej republiky.
- (9) Odborná spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania sa preukazuje aj dokladom o uznaní dokladov (§ 35 až 37a).
- (10) Doklad podľa odseku 9 sa nevyžaduje na doklad o vzdelaní na výkon odborných pracovných činností podľa odseku 2, ktorého získavanie sa začalo v Československej socialistickej republike, Česko-slovenskej federatívnej republike alebo Českej a Slovenskej Federatívnej Republike pred 1. januárom 1993.

Sestra ADOS poskytuje ošetrovateľskú starostlivosť v prirodzenom prostredí pacienta metódou ošetrovateľského procesu v súčinnosti s ostatnými členmi multidisciplinárneho tímu v rámci následnej zdravotnej starostlivosti (najviac 3 mesiace od prvého dňa poskytnutia), alebo dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti (po dobu indikácie tejto starostlivosti), resp. paliatívnej starostlivosti.

Domáca ošetrovateľská starostlivosť je odborná ošetrovateľská pomoc v domácom prostredí pre zabezpečenie fyzických, psychických, sociálnych, duchovných a paliatívnych potrieb. Realizovaná môže byť prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorých predmetom činnosti je:

- pomáhať jednotlivcovi a jeho rodine uspokojovať bio-psycho-sociálne, spirituálne a paliatívne potreby v súlade s jeho domácim prostredím,
- zabezpečiť komplexnú starostlivosť v koordinácii s ústavnou starostlivosťou a ďalšími zdravotníckymi a sociálnymi zariadeniami prostredníctvom multidisciplinárneho tímu a služieb,
 - udržať a zvyšovať sebestačnosť pacienta v bežných denných činnostiach, (pri tejto kompetencii ADOS dochádza k prekryvaniu sa ošetrovateľstva s opatrovateľstvom definovaným v prílohe č. 4 zákona o sociálnych službách).
 - edukovať a viesť pacienta a jeho rodinu k zodpovednosti za vlastné zdravie, ako aj za zdravie svojich blízkych,

- zabezpečovať dodržiavanie ordinácií lekára a eliminovať negatívne vplyvy ochorenia na celkový zdravotný a duševný stav pacienta a jeho rodiny.

Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti je samostatná funkčná jednotka umožňujúca:

- ošetrovateľský monitoring,
- stanovenie ošetrovateľskej diagnózy na základe potrieb pacienta,
- plánovanie ošetrovateľskej starostlivosti metódou ošetrovateľského procesu,
- realizovanie ošetrovateľských intervencií,
- hodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti,
- posudzovanie, plánovanie a realizácia ošetrovateľských intervencií v rozsahu odbornej spôsobilosti a rozsahu praxe sestry stanoveného v platnom právnom predpise MZ SR.

Ak má ADOS uzatvorenú zmluvu so zdravotnou poisťovňou pacienta, má ADOS zdravotné výkony hrazené aj z verejného zdravotného poistenia. Zdrojom financií sú však aj dary, z platby klientov alebo projekty (napríklad Národný projekt Posilnenie dlhodobej a paliatívnej starostlivosti financovaný zo zdrojov Operačného programu Ľudské zdroje).

Jednotlivé zdravotné poisťovne si definujú vlastné kritériá na uzatváranie zmlúv s ADOS, napr. deklaroványmi kritériami Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a.s. od 1.7. 2023 je:

- **Dostupnosť zdravotnej starostlivosti** najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete poskytovateľov zdravotnej starostlivosti podľa platného nariadenia vlády SR č. 640/2008 Z. z.
- Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore.
- Poskytovanie zdravotnej starostlivosti osobami, ktoré spĺňajú podmienky na výkon zdravotníckeho povolania alebo samostatnej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore v počte najmenej na úrovni predpísaného minimálneho personálneho vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení. Odborný zástupca je v ADOS zamestnaný minimálne na 0,5 úväzku.

- Materiálno-technické vybavenie pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti najmenej na úrovni predpísaného minimálneho materiálno-technického vybavenia zdravotníckeho zariadenia podľa výnosu MZ SR z 10. septembra 2008 č. 09812/2008-OL o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, a len takými zdravotníckymi pomôckami a prístrojmi, ktoré spĺňajú technické požiadavky ustanovené zákonom č. 56/2018 Z. z. o posudzovaní zhody výrobku, sprístupňovaní určeného výrobku na trhu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.
- Indikátory kvality podľa ustanovenia § 7 ods. 4 písm. a), bod 2 a nasl. zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, ich spracovanie a doručenie poisťovni
- Zabezpečenie prevozu biologického materiálu určeného na diagnostiku (pre pracoviská SVLZ).¹⁶

Zdravotné poisťovne majú vypracovanú Metodiku k Hodnotiacim parametrom pre poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

1.2.2 Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb

Pobytová starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS) je jednou z komunitných možností pre pacientov s chronickým alebo nevyliciteľným ochorením, ktoré si vyžaduje dlhodobú zdravotnú starostlivosť a/alebo paliatívnu zdravotnú starostlivosť.

1.2.2.1 ZSS s integrovanou ošetrovateľskou starostlivosťou

Vyhláška MZ SR č. 20/2018 Z. z.¹⁷ stanovuje minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb podľa podielu jej poisťencov na celkovom počte poisťencov podľa príslušného samosprávneho kraja. Ten je od roku 2018 stanovený pre ZSS 10 000 lôžok pre celé Slovensko.

¹⁶ <https://www.vszp.sk/poskytovatelia/zmluvne-vztahy/kriteria-uzatvaranie-zmluv-ados/>

¹⁷ <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2018/20/20180131>

Právne rámce pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS sú ukotvené v § 10a zákona 576/2004 Z.z.

Podľa aktuálnej právnej úpravy, môžu mať ZSS, ktoré poskytujú ošetrovateľskú starostlivosť, uzatvorené zmluvy so zdravotnými poisťovňami, ktoré im následne výkony ošetrovateľskej starostlivosti uhrádzajú z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

Podľa dostupných údajov z mája 2023 má **zmluvu so zdravotnou poisťovňou** (jednu alebo viacerými) uzatvorenú 107 poskytovateľov sociálnych služieb z celkového počtu 524 poskytovateľov. 524 poskytovateľov poskytujú 982 sociálnych služieb v zariadeniach s celkovou kapacitou 24 750 miest. Pre uvedené miesta sa má poskytovať alebo zabezpečovať ošetrovateľská starostlivosť. Ak by 524 poskytovateľov sociálnych služieb malo zdravotnou poisťovňou zazmluvnenú ošetrovateľskú starostlivosť, bolo by pokrytých vyše 6 000 miest. Ošetrovateľská starostlivosť bola v týchto zariadeniach k decembru 2022 poskytovaná vlastnými zamestnancami alebo v kombinácii s agentúrou domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) takmer 22 000 prijímateľom sociálnych služieb.¹⁸

Podľa § 22 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách je ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnych služieb definovaná ako poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v týchto zariadeniach. Podmienky jej poskytovania, rozsah a podmienky úhrady ošetrovateľskej starostlivosti a uzatváranie zmlúv o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti upravuje § 10a zákona č. 576/2004 Z.z. Zariadenie sociálnej pomoci, ktoré má uzatvorenú so zdravotnou poisťovňou, musí mať určenú osobu zodpovednú za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Zodpovedná osoba môže byť určená najviac pre dve zariadenia sociálnej pomoci, ak každé z týchto zariadení sociálnej pomoci má menej ako 10 lôžok určených na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, a musí byť v pracovnoprávnom vzťahu s každým z týchto zariadení sociálnej pomoci. Zodpovedná osoba musí mať vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa v študijnom odbore ošetrovateľstvo, trojročnú odbornú prax a musí spĺňať odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných pracovných činností v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite, pediatrii, psychiatrii, odboroch vnútorného lekárstva, odboroch chirurgie alebo onkológii. Pri počte t.č. 417 nezazmluvnených zariadení by to znamenalo minimálne 205 zodpovedných osôb, a to ešte nie sú zabezpečené ošetrovateľské úkony v zariadeniach.

¹⁸ Konceptia financovania sociálnych služieb 2023



Obrázok 3: Ošetrovateľská starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb

Vyššie uvedené údaje jednoznačne potvrdzujú personálnu poddimenzovanosť v oblasti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb. Je zrejmé, že dochádza k celkovej poklese zdravotných sestier nielen v týchto sociálnych zariadeniach, ale i v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti. Pri terajšom legislatívnom nastavení je situácia dlhodobo neudržateľná a nielenže nedôjde k zvýšeniu počtu lôžok nad 10 000 (z roku 2018), ale nedôjde ani k naplneniu tohto počtu.

Z celkového počtu klientov ZSS podmienených odkázanosťou k 31.12.2020 (45 303), sa sociálne služby v pobytových zariadeniach sociálnych služieb s poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou poskytovali 40 896 prijímateľom, z toho 24 913 bolo trvalo ležiacich (opatrovaných na lôžku). Z celkového počtu klientov ZSS podmienených odkázanosťou bolo až 73%-né zastúpenie osôb v dôchodkovom veku.“¹⁹

Paušálna úhrada ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnej pomoci je ustanovená pevnou cenou v cenovom predpise - Opatrenie č.43 -2023, 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. V období od 1. marca 2024 do 31. marca 2024 je

¹⁹ <https://www.employment.gov.sk/files/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr-sept-2021.pdf>

pevná cena za poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately 33,60 eura na osobu a deň v rozsahu minimálneho počtu lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa príslušného samosprávneho kraja, ktoré majú v tomto období uzatvorenú so zdravotnou poisťovňou zmluvu o poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti.²⁰ Po skončení prechodných ustanovení bude suma pravdepodobne upravená na predošlú sumu, t.j. 6,60 eur na deň.

V Českej republike je zadaný tzv. ošetrovateľský plán dlhodobej starostlivosti, ktorý určuje na základe posúdenia bio-psycho-sociálnych potrieb metódou ošetrovateľského procesu, ktoré vykonáva nelekársky zdravotnícky pracovník (pozri nižšie). Definuje čiastkové zdravotné potreby, nefarmakologické programy a režimy a potrebu ďalších služieb starostlivosti. Za určenie a riadenie je zodpovedná predovšetkým "komunitná sestra" (všeobecná sestra so špeciálnou odbornou spôsobilosťou alebo so špeciálnou odbornou spôsobilosťou v úzko vymedzených činnostiach so zameraním na starostlivosť o geriatrického klienta, komunitnú starostlivosť). V rámci oddelenia stanovuje ošetrovateľský plán samostatný nelekársky zdravotnícky pracovník (všeobecná sestra, ergoterapeut, fyzioterapeut).²¹

Ošetrovateľská starostlivosť je teda poskytovaná v týchto zariadeniach sociálnych služieb :

- **Zariadenie pre seniorov**

a) fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej IV alebo

b) fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

- **Zariadenie opatrovateľskej služby**, v ktorom sa poskytuje sociálna služba na určitý čas plnoletej fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak jej nemožno poskytnúť opatrovateľskú službu.

- **Domov sociálnych služieb** poskytuje sociálnu službu týždennou pobytovou sociálnou službou alebo ambulantnou sociálnou službou fyzickej osobe do dovŕšenia dôchodkového veku, ak je

²⁰ https://www.slov-lex.sk/chronologicky-register-opatreni/prilohy/SK/OP/2023/43/20240101_5d3bf62f-13c2-4160-b535-d948fbe22fce.pdf

²¹ <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7320-dlouhodobá-peče-v-osetřovatelství.pdf>

táto fyzická osoba odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej alebo je to osoba, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca a jej stupeň odkázanosti je najmenej III.

- **Špecializované zariadenie** poskytuje sociálnu službu fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, pervazívna vývinová porucha, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota, AIDS alebo organický psychosyndróm ťažkého stupňa.

Pri deficite súčasnej starostlivosti o osoby staršie ako 65 rokov (ktorých podiel v spoločnosti sa v nasledujúcich 10 rokoch výrazne zvýši) v kontexte odporúčaní EÚ a s prihliadnutím na súčasný stav a úroveň ponuky a dopytu po tomto type starostlivosti, v Českej republike skonštatovali:

- nárast výdavkov na dlhodobú starostlivosť v pomere k HDP v súvislosti s rastom počtu obyvateľov 65+,
- viac ako 60 % ľudí sa obáva dôchodkového veku a staroby, pričom dôvody obáv sú najmä lokálne a regionálna nedostupnosť, nedostatočná štruktúra a nízka kvalita služieb pre starších ľudí,
- len 30 % Čechov hodnotí dostupnosť domovov a služieb pre seniorov ako dobrú,
- v Českej republike je 2,20 % miest v domovoch pre seniorov (v pomere k počtu osôb 65+), tento typ pobytových služieb je pre štát veľmi nákladný (vrátane domovov pre seniorov).zdravotného postihnutia),
- domovy pre seniorov sú často náhradou za zdravotnú starostlivosť a naopak, zdravotnícke lôžka.²²

1.2.2.2 ZSS bez integrovanej ošetrovateľskej starostlivosti

²² https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2018/11/8_Alternativn%C3%AD-zp%C5%BDsoby-a-zm%C4%9Any-ve-financov%C3%AD-osob-z%C3%A1visl%C3%AD-na-pomoci-jin%C3%A9-fyzick%C3%A9-osoby.pdf

Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS bez integrovanej ošetrovateľskej starostlivosti je realizované prostredníctvom ADOSu a je limitované rozsahom zazmluvnených ošetrovateľských výkonov a časovým rozpätím ich poskytovania. **Sestry ADOS** realizujú vopred naplánované ošetrovateľské výkony po dohode s indikujúcim lekárom a ZSS. V prípade akútnej potreby nie sú schopné časovo (napr. mimo bežných pracovných hodín a cez víkendy a sviatky) a ani rozsahom zabezpečiť ošetrovateľskú potrebu klientov. V praxi to znamená, že sestry ADOS nedokážu v plnom rozsahu, t.j. 24/7 zabezpečiť aplikáciu liečiv podľa potreby klientom ZSS. Výsledkom vyššie uvedeného je časté zhoršenie zdravotného stavu klientov v dôsledku nenaplnenia ošetrovateľských potrieb a/alebo využitia urgentných zdravotníckych služieb (pohotovosť, rýchla zdravotná služba a podobne). Nadmerná využitia urgentných zdravotníckych služieb u klientov s potrebou dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS je indikátorom nízkej kvality poskytovaných zdravotných služieb a indikátorom nenaplnenosti potrieb klienta/pacienta (tzv. unmet needs).

1.2.3 Poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti paliatívnym pacientom

V paliatívnej starostlivosti je ošetrovateľská starostlivosť v ambulantnej starostlivosti, to znamená v prirodzenom prostredí osoby poskytovaná takto:

1. Ak je prirodzeným prostredím paliatívneho pacienta s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti domov, tak je ošetrovateľská starostlivosť zabezpečená ADOS a/alebo sestrou mobilného hospicu (MOHO).
2. Ak je prirodzeným prostredím paliatívneho pacienta s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti ZSS, tak môže byť ošetrovateľská starostlivosť zabezpečená
 - a. Integrovanou ošetrovateľskou starostlivosťou v ZSS. Táto je právne ukotvená v §10a zákona č. 576/2004 Z.z. v spolupráci s mobilným hospicom (ak je osoba nesebestačná v aktivitách denného života) alebo v ambulancii paliatívnej medicíny (ak je osoba aspoň čiastočne sebestačná v aktivitách denného života – t.j. dokáže sa sama posadiť na posteli, vstať z invalidného vozíka, prejsť na vyšetrovacie lôžko a podobne).
 - b. ADOSom ak nie je v ZSS integrovaná ošetrovateľská starostlivosť. Pri paliatívnych pacientov musí ísť o spoluprácu s mobilným hospicom alebo s ambulanciou paliatívnej medicíny.

Podľa nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bol s účinnosťou od 31.3.2023 upravený normatív ambulancií paliatívnej medicíny, hospicov a mobilných hospicov.

Normatív ambulancií paliatívnej medicíny je vyjadrený pomerom jedna ambulancia paliatívnej medicíny na 16 lôžok na poskytovanie ústavnej zdravotnej starostlivosti v špecializačnom odbore paliatívnej medicíny na územie kraja. **V aplikačnej praxi táto definícia vytvára nejednoznačnú interpretáciu pri stanovení ambulancií paliatívnej medicíny v kraji, ktorý nemá žiadne paliatívne lôžka (vyvstáva otázka, či takýto kraj musí mať zriadenú ambulanciu paliatívnej medicíny).**

Normatív mobilných hospicov je vyjadrený počtom najmenej jedného mobilného hospicu na jedno paliatívne oddelenie alebo jeden hospic na územie kraja podľa rozdelenia povinných programov a doplnkových programov ustanovených kategorizáciou ústavnej zdravotnej starostlivosti.²³

V mobilných hospicoch t.j. zariadeniach poskytujúcich ambulantnú starostlivosť je poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti definované vo Výnose Ministerstva zdravotníctva SR č. 09812/2008-OL z 10. septembra 2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v VI. Časti mobilný hospic: V bode 3 sa uvádzajú špecializácie, ktorú musí mať sestra, aby mohla pracovať v mobilnom hospici. Uvedené špecializácie sú tieto:

- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v onkológii
- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v komunite
- sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v odboroch vnútorného lekárstva

²³ <https://zakony.judikaty.info/predpis/nariadenie-vlady-640/2008>

- pri hospicioch pre detskú populáciu sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v pediatrii.

Vzhľadom na personálne poddimenzovanie sestier v Slovenskej republike je otázne, či uvedený výnos vyžaduje v rámci personálneho zabezpečenia mobilného hospicu špecializáciu jednej sestry alebo všetkých sestier, ktoré pracujú v mobilnom hospici. Napríklad v kapitole kazuistík z mobilných hospicov je pomerne veľa ošetrovania malígnych rán, inštrumentálnych vývodov vyžadujúcich si zručnosti napríklad sestry aj z chirurgickou alebo intenzivistickou špecializáciou. Máme za to, že uvedené špecializácie pre personálne zabezpečenie mobilného hospicu by malo byť splnené vtedy, ak jedna zo sestier jedného poskytovateľa uvedenú podmienku špecializácie spĺňa. Hodnotenie ošetrovateľskej starostlivosti by malo byť realizované nielen prítomnosťou sestry s požadovanou špecializáciou, ale mali by byť vypracované indikátory kvality ošetrovateľských potrieb v domácej starostlivosti.

Zdravotné poisťovne v zmluvách s MOHO presne definujú zdravotné výkony (napr. Poučenie príbuzných, ošetrovanie katétra, očistná klyzma, aplikácia liečiv, cievkovanie ženy, preväz rany, ošetrovanie dekubitov, výplach oka a pod.), ktoré uhrádzajú mobilným hospicom²⁴. Ich vykazovanie a spracovanie by malo byť pre mobilné hospice jednotné a malo by sa vykazovať tak, aby sa preukazovali indikátory kvality práce v paliatívnej starostlivosti. Indikátory kvality v paliatívnej starostlivosti, ale aj v dlhodobej starostlivosti nemusia byť len výsledkové a výkonové, lebo jednak neodrážajú rozsah a multidimenzionalitu ošetrovateľskej práce a jednak nepôsobia motivačne v prostredí s pokračujúcou personálnou krízou v ošetrovateľstve.

Napriek rastúcim snahám o začlenenie paliatívnej starostlivosti do študijných programov ošetrovateľstva pretrvávajú medzi európskymi krajinami a v rámci nich značné rozdiely, pokiaľ ide o poskytovanie pregraduálneho vzdelávania v oblasti paliatívnej starostlivosti. V 56 % európskych krajín nie je paliatívna starostlivosť povinným predmetom v rámci pregraduálneho vzdelávania sestier (Martins Pereira a kol., 2021). V dôsledku toho sa vo viacerých štúdiách uvádza, že sestry sa necítia byť vybavené vedomosťami, postojmi a zručnosťami potrebnými

²⁴ <https://www.vszp.sk/files/poskytovatelia/zdravotna-starostlivost/revizne-pravidla/reviznepravidla-mobilnyhospic.pdf>

na poskytovanie paliatívnej starostlivosti vhodnej pre prostredie, v ktorom pracujú²⁵. V rámci projektov ERAZMUS podporovaných Európskou úniou bol realizovaný projekt Definovanie spoločných európskych kľúčových kompetencií v paliatívnej starostlivosti a vypracovanie správy schválenej medzinárodnými odborníkmi. Medzi kľúčové kompetencie sú zahrnuté napr.:

- Kompetencie v holistickej povahe paliatívnej starostlivosti (napr. Kvalita života v paliatívnej starostlivosti)
- Kompetencie v organizovaní paliatívnej starostlivosti (napr. Kritické myslenie založené na dôkazoch a rozhodovanie v paliatívnej starostlivosti)
- Kompetencie v oblasti liečby bolesti v paliatívnej starostlivosti (napr. Hodnotenie bolesti v kontexte paliatívnej starostlivosti)
- Duchovné kompetencie v paliatívnej starostlivosti
- Kompetencie v oblasti etických a právnych otázok v paliatívnej starostlivosti
- Kompetencia tímovej práce v paliatívnej starostlivosti.²⁶

Kompetencie sú definované ako ucelený súbor vedomostí, zručností, postojov a hodnôt potrebných pri efektívnom poskytovaní starostlivosti v konkrétnej kontextuálnej situácii a súvisia tak s poskytovaním kvalitnej starostlivosti a následne s pracovnou spokojnosťou. Kompetencie možno rozvíjať a zlepšovať prostredníctvom vzdelávania a systematického profesijného rozvoja prostredníctvom formálneho a neformálneho celoživotného vzdelávania počas celej profesionálnej kariéry. Kompetencie v oblasti špecializovanej paliatívnej starostlivosti pri malígnych aj nemalígnych ochoreniach a rôznych skupinách pacientov, ako sú deti, onkologickí pacienti, chronicky chorí pacienti alebo pacienti so závažným zhoršením zdravotného stavu, multimorbidní pacienti alebo pacienti zneužívajúci omamné látky, sa považovali za čoraz potrebnjšie v budúcnosti.²⁷

V Česku bola v roku 2019 vytvorená²⁸ špecializácia v odbore Domáci péče a hospicová péče s cieľom získania špecializovanej pôsobnosti v odbornosti Sestra pre domácu a hospicovú starostlivosť v rozsahu 520 hodín, z toho polovica je venovaná praxi a ukončená je akreditačnou

²⁵<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/792223/FINALREPORTIO124.4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

²⁶<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/792223/FINALREPORTIO124.4.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

²⁷ <https://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-021-02949-5>

²⁸ <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/Př%C3%ADloha%20č.%2063%20VS%20-%20Domác%C3%AD%20péče%20a%20hospicová%20péče.pdf>

skúškou. Na Slovensku nie je špecializované vzdelávanie v paliatívnej starostlivosti pre zdravotné sestry. Sú kurzy, ktoré sú zamerané na špecifické oblasti, napr. Komunikácia so zomierajúcim, ošetrovanie dekubitov, ESPAS²⁹ a pod.

V Českej republike sú Ošetrovateľské úkony v paliatívnej a dlhodobej starostlivosti kategorizované podľa rozsahu a zložitosti. Ošetrovateľský plán dlhodobej starostlivosti je v Českej republike podľa rozsahu a zložitosti rozdelený na :

(a) základná ošetrovateľská starostlivosť - malý rozsah a nízka intenzita starostlivosti (do troch hodín týždenne, najviac raz denne)

Zahŕňa: napríklad vykonanie ošetrovateľskej anamnézy, vypracovanie a priebežné vyhodnocovanie komplexného plánu ošetrovateľskej starostlivosti, nácvik potrebných postupov, ošetrovateľskú hygienu, očistné a terapeutické klyzmy, monitorovanie diurézy a katetrizáciu ženy, intramuskulárnej a intravenózne injekcie, prevencia dekubitov, ošetrovateľská rehabilitácia, vyšetrenie moču, odber krvi a biologického materiálu.

Školenie personálu: všeobecná sestra bez odborného dohľadu, ktorá poskytuje starostlivosť pacientom, ktorým ich zdravotný stav alebo liečebné a diagnostické postupy umožňujú vykonávať bežné denné činnosti a u ktorých hrozí ohrozenie základných životných funkcií, najmä dýchanie, krvný obeh, vedomie a vylučovanie, je mini

Z ošetrovateľského hľadiska sa starostlivosť zameriava predovšetkým na starostlivosť o kožu, prevenciu vredov z preležanín a polohovanie, starostlivosť o výživu a poradenstvo, starostlivosť o vyprázdňovanie, pitný režim, starostlivosť o ústnu dutinu (najmä v terminálnej fáze) a starostlivosť o dýchacie cesty.

b) komplexná ošetrovateľská starostlivosť - stredný rozsah a intenzita starostlivosti (do 7 hodín týždenne, aspoň raz denne)

Zahŕňa: postupy uvedené v písmene a) plus starostlivosť o pacienta s trvalou kateteriou, starostlivosť o močový katéter a intravenóznou kanylu, pravidelné preväzy a dezinfekciu, starostlivosť o ezotracheálnu, nazotracheálnu a tracheostomickú kanylu, prácu sestry počas domácej peritoneálnej dialýzy, starostlivosť o epidurálny katéter, polohovanie, výmena stomických setov s následnou toaletou, podávanie kyslíka, príprava a podávanie infúzií,

²⁹ <https://www.ivpm.sk/espas/>

ošetrovanie dekubitov do 5 cm², prevážovanie rán do 5 cm², komplexná psychiatrická domáca ošetrovateľská starostlivosť.

c) **špecializovaná ošetrovateľská starostlivosť** - ťažší až závažný rozsah a intenzita starostlivosti (do 14 hodín týždenne, najmenej dvakrát denne).

Zahŕňa: postupy ako v bodoch a) a b), ako aj výživu imobilných osôb, sondou výživu, ošetrovanie dekubitov nad 5 cm², preväzy rán nad 5 cm², opakované odsávanie pacienta, programy liečby bolesti, nepretržité monitorovanie klinického stavu pacienta (meranie tlaku, pulzu, frekvencie dýchania, telesnej teploty, monitorovanie príjmu a výdaja tekutín, stolice a monitorovanie ďalších funkcií podľa ordinácie lekára).^{30 31}


V Slovenskej republike bola zákonne upravená miera potreby ošetrovateľskej starostlivosti v prílohe č. 4 zákona č. 576/2004 Z.z.


2.Ošetrovateľská starostlivosť

2.1 Najčastejšie ošetrovateľské úkony v rámci paliatívnej zdravotnej starostlivosti

³⁰ <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/7320-dlouhodobá-pece-v-osetrotelstvi.pdf>

³¹ <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2003-2007/Paliativni-pece.pdf>

Druh	charakteristika
<p>Rany</p>	<ul style="list-style-type: none"> • primárne hojace sa rany • sekundárne hojace sa rany • chronické rany, VAC systém • malígne rany: svojím vzhľadom pôsobia odpudzujúco, spôsobujú utrpenie pre pacienta <p>vyvolávajú nepríjemné pocity pre blízkych a iných opatrovateľov, zvlášť ak je rana na viditeľnom mieste, na tvári alebo na krku cieľom ošetrovania je len zriedka vyhojenie malígnej rany</p> <ul style="list-style-type: none"> • hlavnou snahou je zaistenie komfortu pre pacienta a eliminácia obťažujúcich symptómov, symptómy určujú terapeutické a ošetrovateľské postupy, ako aj voľbu vhodných preväzových materiálov
<p>Stómie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • základné pravidlá pre ošetrovanie každej stómie: • funkčná, priechodná, bez zápalu, zápachu • nesmie svrbieť, bolieť, páliť, • okolie má mať bežnú farbu kože – bez začervenania, nesmú byť prítomné rany, chrasty, rôzne povlaky alebo mŕtve tkanivo • je nutné byť dôsledný v hygiene, v dohodnutých pravidlách, cvičení, stravovacích návykoch <p>je nevyhnutná pravidelná denná kontrola stavu stómie a okolia každé tri mesiace je potrebná kontrola lekárom špecialistom, v prípade pozorovanej zmeny kontrola čo najskôr</p>
<p>Cievne stupy</p>	<p>sú potrebné u takmer všetkých hospitalizovaných pacientov, či sa jedná o akútnych, alebo chronických.</p> <p>PICC</p>  <p>Tunelizovaný PICC 5F/6F 2-lumen</p>

	 <p>Komplikácie vznikajúce pri cievnych vstupoch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infekcia v okolí miesta vpichu- lokálne • Katérová sepsa • Trombóza • Nepriechodnosť katétra • Povyťahnutá časť katétra • Kolonizácia katétra • Zalomenie katétra • Nemožnosť aspirovať krv • Nemožnosť podania roztoku
<p>Hypodermoklýza</p>	<p>je metódou voľby pri riziku dehydratácie alebo už pri rozvinutej dehydratácii ľahkého a stredne ťažkého stupňa rôznej etiológie (samostatne alebo v kombinácii):</p> <p>1. neschopnosť prirodzeného živenia (p.o. príjmu):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ako následok starobných zmien, - ako následok nezvratných patologických stavov a ochorení v pokročilom stave, - prítomnosť symptómov: výrazná slabosť, dysfágia, nauzea, vracanie, hnačka, febrility, obštrukcia tráviaceho traktu, potenie, straty tekutín, fistulami/drénmi, - odmietanie p.o. príjmu, - umieranie.

Tabuľka 5: Najčastejšie ošetrovateľské výkony u paliatívnych pacientov

sústrediť sa, spať a komunikovať s ostatnými. Zistilo sa, že ľudia, ktorí žijú s chronickou bolesťou, majú štyrikrát vyššiu pravdepodobnosť, že budú trpieť depresiou alebo úzkosťou, ako ľudia, ktorí bolesťou netrpia. Chronická bolesť môže negatívne ovplyvniť aj priebeh ochorenia.³⁵

Poruchy príjmu potravy a podvýživa sa vyskytujú u väčšiny pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. Zvyčajne sú spojené so zhoršenou kvalitou života, funkčnými schopnosťami a imunitou. Podvýživa vedie k zvýšenej chorobnosti, najmä pri rakovine stolice, a tým aj k skoršej úmrtnosti. Samotný fakt nedostatočného príjmu potravy a postupného zhoršovania stavu výživy je pre niektorých pacientov a ich príbuzných zdrojom veľkého psychického utrpenia.³⁶ Zomierajúci pacient, hoci nechce nič jesť, môže mať niekedy veľkú potrebu piť. Tu je dôležité ponúknuť tekutiny spôsobom, ktorý je pacient vo svojom stave schopný prijať - pitie slamkou, striekačkou, po lyžičkách, kvapkách atď. V bezprostrednej blízkosti smrti nie je indikované podávanie infúzií, pretože neuhasia pocit smädu a pri preťažení krvného obehu môžu spôsobiť dýchavičnosť a opuchy. Ak zomierajúci už nie je schopný prehĺtať, zvlhčovanie úst alebo cucanie malých kociek ľadu je účinné na uhasenie smädu. Prístup k nutričnému poradenstvu v ambulantnej starostlivosti pre dlhodobu chorých a paliatívnych pacientov je na území Slovenskej republiky zriedkavosťou. V špecializovaných nemocniciach ako napr. Národný onkologický ústav Bratislava poskytuje pre paliatívnych pacientov nutričné poradenstvo a parenterálnu výživu.³⁷ Osobitnú pozornosť si zaslúži komunikácia s rodinou umierajúceho pacienta, ktorá je konfrontovaná s blížiacou sa smrťou a vlastnou bezmocnosťou a často žiada lekára o podávanie infúzií alebo výživy v štádiu, keď by to už pre pacienta nebolo prospešné.³⁸ Na zaujímavé prepojenie potreby výživy a previazanie na psychický stav pacienta poukazuje Shaw, ktorá poukazuje na skutočnosť, že niektoré rodiny môžu pacientovi radiť, čo by mal jesť, aby lepšie prežil, namiesto toho, aby sa zamerali na jedlo, ktoré pacientovi chutí. Pre rodiny môže jedlo a pitie symbolizovať nádej, silu a prosperitu, preto sa neschopnosť jesť alebo piť môže spájať so zúfalstvom. Iní odborníci vysvetľujú, že pacienti môžu byť neschopní jesť alebo piť v dôsledku vedľajších účinkov liečby alebo samotného ochorenia, čo vedie k skutočnému pocitu viny, pretože majú pocit, že sklamali svoju rodinu. Na druhej strane sa pacient môže vyhýbať jedlu ako prostriedku na opätovné získanie kontroly nad vlastným

³⁵ <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=25057&lang=en>

³⁶ <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/vyziva-v-paliativni-peci-1/>

³⁷ <https://openjournals.ljmu.ac.uk/ihsc/article/view/82>

³⁸ <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/vyziva-v-paliativni-peci-1/>

životom alebo na urýchlenie smrti.¹⁷ Pacienti v pokročilých štádiách nevyliciteľných chorôb majú často ťažkosti s príjmom liekov a tekutín prirodzenou cestou, tzv. per os. Väčšinu dôležitých liekov a tekutín možno u týchto pacientov podávať subkutánne. Subkutánne podávanie je pre pacienta jednoduché, bezpečné a pohodlné. Jedným zo špecifik pri starostlivosti o paliatívneho pacienta je používanie kontinuálnych injekčných dávkovačov. Dôležité je poznať mechaniku a spôsob fungovania jednotlivých dávkovačov. Je dôležité si uvedomiť, že spojovacia hadička má istý objem a pri prvom podávaní resp. pri jej výmene – množstvo liečiva v striekačke.



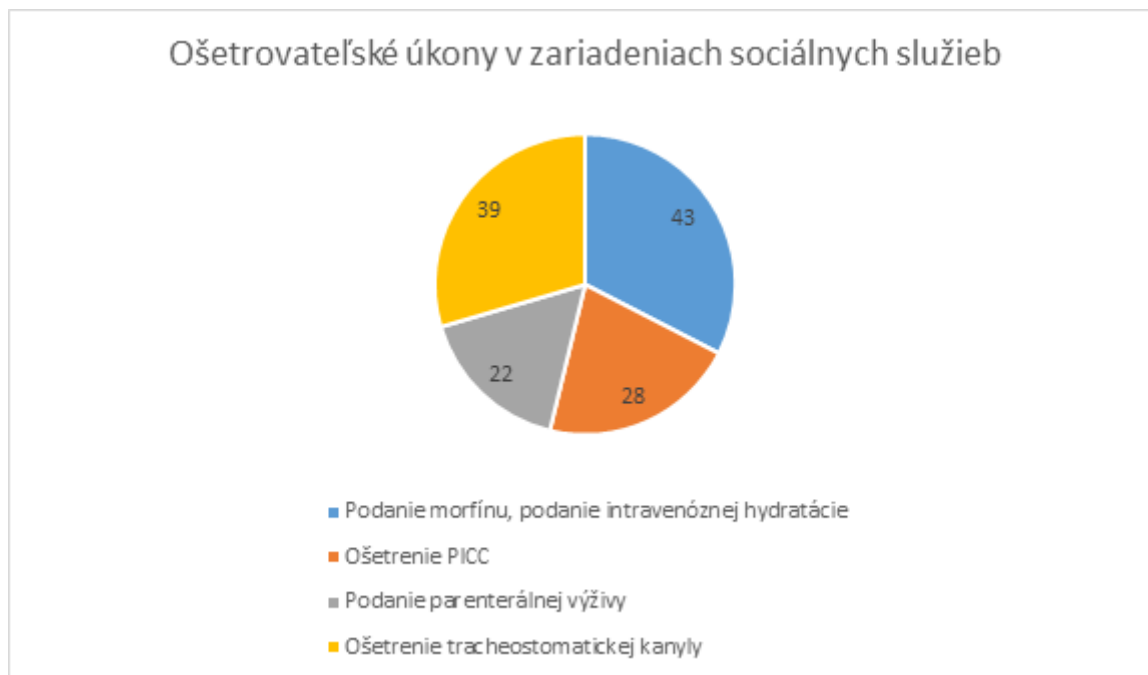
Obrázok 5: kontinuálny dávkovač liekov



Obrázok 5: Subkutánne podávanie liekov kontinuálnym dávkovačom liekov.

2.2 Monitoring ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS

Na základe vykonaného dotazníka, v ktorom bolo oslovených 64 respondentov, t.j. zariadení sociálnych služieb v rámci celého územia Slovenskej republiky, sme okrem iného zisťovali rozsah ošetrovateľských úkonov vykonávaných v ZSS.



Obrázok 6: Ošetrovateľské úkony v zariadeniach sociálnych služieb

Z uvedeného monitoringu vyplýva, že z oslovených 64 ZSS len 38 ZSS má integrovanú ošetrovateľskú starostlivosť, t. j. starostlivosť poskytovanú 24/7. V týchto ZSS majú paliatívni pacienti zabezpečenú nepretržitú ošetrovateľskú starostlivosť, čo je dôležité napr. v prípade podávanie liečby podľa potreby (napr. podávanie injekcií proti bolesti v noci, ošetrovanie permanentného katétra).

2.3 Ošetrovateľská starostlivosť verus opatrovateľská starostlivosť

Opatrovateľská služba je definovaná v §12 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách ako domáca opatrovateľská služba (ďalej len „opatrovateľská služba“). Podľa ustanovenia § 41 tohto zákona opatrovateľská služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá

- a) je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II podľa prílohy č. 3 a
- b) je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách podľa prílohy č. 4.

Opatrovateľskou službou sa poskytujú úkony podľa prílohy č. 4. Rozsah úkonov na základe sociálnej posudkovej činnosti určuje obec v hodinách alebo podľa jednotlivých úkonov podľa prílohy č. 4. Minimálny rozsah úkonov sebaobsluhy nesmie byť nižší, ako je minimálny rozsah zodpovedajúci stupňu odkázanosti fyzickej osoby posúdený podľa prílohy č. 3, ak sa poskytovateľ sociálnej služby s prijímateľom sociálnej služby na návrh prijímateľa sociálnej služby nedohodne inak v zmluve o poskytovaní sociálnej služby.

Otázkou je ako bude poskytovaná ošetrovateľská a opatrovateľská starostlivosť k vzrastajúcemu počtu klientov v zariadeniach sociálnych služieb v nasledujúcich rokoch?

Opatrovateľom podľa § 84 ods. 8 zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách, môže byť:

- a) diplomovaná zdravotná sestra,
- b) všeobecná zdravotná sestra,
- c) zdravotný asistent / praktická sestra,
- d) sanitárka / sanitár
- e) absolventka / absolvent akreditovaného kurzu opatrovania najmenej v rozsahu 220 hodín.

To znamená, že diplomovaná zdravotná sestra alebo všeobecne zdravotná sestra zamestnaná v zariadení sociálnych služieb na pozícii opatrovateľky nemôže podľa vyššie uvedeného zákona prílohy č.4 podávať subkutánne inzulín, heparín a pod., napriek dosiahnutému vzdelaniu.

Mnohé úkony, ktoré môže vykonávať opatrovateľ v domácom prostredí, napríklad podávanie liečiv subkutánne, nemôže opatrovateľ (ani všeobecná, diplomovaná sestra na pozícii opatrovateľa) vykonávať v sociálnom zariadení. Dôvodom je ustanovenie prílohy č. 4 zákona č. 448/2008 Z. z. „Úkony sebaobsluhy, úkony starostlivosti o domácnosť a základné sociálne aktivity“, časť 1 sebaobslužné úkony dodržiavanie liečebného režimu sú definované výlučne pre domáce prostredie:

- nákup liekov, podávanie liekov a aplikácia mastí
- kontrola glykémie glukomerom
- odmeranie krvného tlaku, pulzu a telesnej teploty
- aplikácia liečiva subkutánne napr. Inzulínu
- polohovanie.

Zároveň finančné náklady na opatrovateľskú starostlivosť osoby v domácom prostredí a v zariadení sociálnych služieb je neporovnateľné:

Mesačné náklady v domácom prostredí za pacienta v 5. a 6. stupni odkázanosti	Mesačné náklady v zariadení sociálnych služieb za pacienta v 5. a 6. stupni odkázanosti
<ul style="list-style-type: none"> • opatrovateľský príspevok 569,00 € pri opatrovaní jednej osoby s ŤZP <p>dôchodkové poistenie za opatrovateľa platí štát, ak spĺňa kumulatívne nasledujúce podmienky:</p> <ul style="list-style-type: none"> • má trvalý pobyt na území Slovenskej republiky, • nie je dôchodkovo poistená ako zamestnanec (ani ako dohodár), SZČO alebo fyzická osoba, ktorá sa riadne stará o dieťa do šesť rokov alebo o dieťa s dlhodobou nepriaznivým zdravotným stavom do 18 rokov, • nemá priznaný predčasný starobný dôchodok alebo invalidný dôchodok, • nedovršil dôchodkový vek, • podal si prihlášku na dôchodkové poistenie z dôvodu výkonu osobnej asistencie, ak ste fyzická osoba, ktorá má podľa zmluvy o výkone osobnej asistencie vykonávať osobnú asistenciu fyzickej osobe s ŤZP najmenej 140 hodín mesačne, 	<ul style="list-style-type: none"> • výška finančného príspevku pri poskytovaní pobytovej sociálnej služby v zariadení sociálnych služieb <p>v 5. stupni 630 eur a v 6. stupni 770 eur ³⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> • príspevok klienta od 650-1200 eur mesačne (niektoré zariadenie bez zahrnutia nákladov na stravu) <ul style="list-style-type: none"> • príspevok z VUC

³⁹ <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/poskytovanie-financnych-prispevkov/>

<p>pričom osoba s ŤZP, ktorej sa poskytuje osobná asistenciu nemá nárok na peňažný príspevok za osobnú asistenciu.</p> <p>nárok na kompenzačné pomôcky jednorazovo</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Tabuľka 6. Mesačné náklady na osobu s odkázanosťou v aktivitách denného života.

Indikačné kritériá na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately sú upravené vo vyhláške Ministerstva zdravotníctva SR č. 92/2018 Z.z., ktorou sa okrem iného ustanovuje aj vzor návrhu zodpovednej osoby na indikáciu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately.

Indikačnými kritériami na poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, vrátane ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej zdravotnej starostlivosti alebo dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti osobe umiestnenej v zariadení sociálnych služieb a v zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately (ďalej len „indikačné kritériá“) sú:

- a)** diagnóza ochorenia stanovená lekárom (ďalej len „lekárska diagnóza“),
- b)** diagnóza stanovená zodpovednou osobou zariadenia sociálnych služieb a zariadenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa zoznamu sesterských diagnóz,
- c)** prítomnosť rizika destabilizácie na základe hodnotiacich škál,
- d)** prítomnosť rizika destabilizácie osoby pri nezabezpečení ošetrovateľskej starostlivosti osobe v súvislosti s prítomným ochorením.⁴⁰

3. Kazuistiky z ošetrovateľstva v paliatívnej zdravotnej starostlivosti

Nižšie uvádzame časť zozbieraných kazuistík so zameraním na liečbu a ošetrovateľskú starostlivosť zamestnancami mobilných hospicov zapojených v národnom projekte.

3.1 EXULCEROVANÝ TUMOR PRSNÍKA

⁴⁰ <https://www.epi.sk/zz/2018-92#p1>

Osobná anamnéza: 79 ročná pacientka s karcinómom prsníka IV št. (masívna exulcerácia infiltrácia hrudnej steny, MTS pulmo, skelet) dg. 2012 liečená iniciálne chirurgicky, hormonálnou liečbou, dlhoročnou chemoterapiou pri progresii. Pri poslednej hospitalizácii na onkologickej klinike OUSA od 9 do 11/5/2023 vzhľadom na progresiu ochorenia a celkový stav sa ukončila aktívna onkologická liečba a sa pacientka odovzdala do symptomatickej paliatívnej starostlivosti cestu mobilného hospicu Simeon.

Prvá návšteva vykonaná lekárom a zdravotnou sestrou 12/5/2023 s diagnostickým záverom:

- C50 Ca mammae IV št. (masívna exulcerovaná infiltrácia hrudnej steny, MTS pulmo, skelet) – preterminálny stav (pacientka samostatná v domácnosti)
- Astenia, tumorálne krvácanie, tumorálna infekcia, dysfonia, dušnosť – akceptovateľná symptomatická kontrola
- PICC od 10/5/2023 mierne zakrvácaný

Ošetrovanie tumorálnej rany:

- Octenilin + Entizol 250mg 2 tbl drvené + Gelitaspon (0-2) + Bismuthový prášok + Bactigras (1 15x20cm) + Durafiber (1-2 10x10cm) + Aquacel foam (2 20x20cm) + vatové kompresy + podložka pod chorých (1/2) + kompresívne jemné krytie (Vysvetlená infaustná prognóza v krátkom čase. Riziko neriešiteľných komplikácií, najmä masívneho tumorálneho krvácania.)

Priebeh: U pacientky pre masívnu sekréciu iniciálne boli nutné preväzy každý deň, neskôr pri zníženej sekrécii každý druhý deň. Dňa 30/6 masívna hemorragia v nočných hodinách. Syn volá RZP. Na chir. odd. ošetrovaná tlakovým obvazom a prepustená. Stav výkonnostne zhoršený, už nesamostatná, postupne ležiaca. Rana intermitentne viac alebo menej krváca, ošetrovanie každé 2-3 dni podľa pretečenia s neustálym rizikom vykrvácania. Pacientka postupne slabne a od 23/8 len ležiaca, zavedený PMK, s postupne sa rozvíjajúcim terminálnym nepokojom, bolesťami, nevoľnosťou, pridaná subkutánna intermitentná medikácia. Pacientka 2/9/2023 v domácom prostredí zomrela.

Súhrn:

Dĺžka celkovej starostlivosti od 12/5 do 2/9/2023 bola 114 dní

Vykonaných 17 návštev lekára so sestrou + 41 návštev sestrou. Celkovo bolo vykonaných 58 rozsiahlych prevázov.

Väčšina materiálu bola predpísaná chirurgom.

Mobilný hospic z vlastných zdrojov dodal Gelitaspon, rodina vaty a elastický obvaz.

Obrazová príloha 4 fotky:



Obrázok 7,8,9,10: exulcerovaný karcinóm prsníka.

3.2 EXULCEROVANÝ KARCINÓM VULVY

Pani Z.K. 56 ročná, na podnet NOU si mobilný hospic Slniečnica v Bratislave prevzal pacientku 23.9.2021 - dekurz:

Návšteva klientky v domácnosti. V správe je uvedená neaktuálna adresa, hoci klientka tvrdí, že všade udáva súčasnú, takže sme sa previezli... Žije v jednej izbe spolu s mačkou. Má stomiu – stará sa zatiaľ sama, PMK – funkčný – preplach, obrovská malígna rana v perineu, hlboká, mokvajúca, nijak zatiaľ neošetrená v rozsahu 5x6 cm 2x. Klientka sa sprchuje sama, ale je určitý odér v izbe. Sťažuje sa na bolesti a nespavosť. Aplikujem Fentanyl 50 ug, oštiepenie rany v perineu – oplach Microdacyne, prekryté sterilným Aquacel, dáva si nohavičkové plienky na fixáciu a na sekret... Zapareniny v okolí po celom obvode rany, aj v príľahlých kožných riasach, najmä na ľavej zadnej strane veľkého pysku, kde ne je rušená celistvosť vo veľkosti 3x2 cm, oštiepený Sudokrémom. Pri preväze bolesť, pálenie mierne, potom veľká úľava, usmieva sa, je rada.

Oštiepili sme ju v jej nájomnom bývaní do 11.10.2021, kedy bola znovu hospitalizovaná. Po ukončení hospitalizácie sa nemohla vrátiť pre enormný zápach z rany a ekonomickú situáciu do nájomného bytu.

Aktuálne v útulku sv. Lujzy nebolo voľné miesto, tak ju dočasne ubytovali v "Betleheme" u sestier Matky Terezy v Petržalke.

22.10. záznam z dekurzu:

Návšteva klientky v Betleheme – Petržalka. Chodí, preväz malígnej rany, ktorá sa zväčšuje, zapácha, secernuje. Oplach microdacyne + BiatanAg. Všetok materiál, ktorý sme jej poskytli, zostal v byte...

10.11.2021

Dnes klientka prijatá do útulku sv. Lujzy de Marillac, ktorý je krízovým zariadením pre ľudí bez domova. Cíti sa unavená, slabá, bolesti po liekoch znesiteľné. Osprchovaná, ošetrovanie zaparenín na ploche 10x15cm- sudokrém, krytie, maligných rán 10x5 cm vpravo, 8x4cm vľavo – Microdacyn, AquacelAgfoam, gázové krytie + absorbčné krytie a plienkové nohavičky. PK funkčný, no moč.sáčok zanesený – preplach PK + výmena sáčku.

Záver:

Mobilný hospic pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti definoval problém v zariadení pri poskytovaní starostlivosti o maligne rany, ktoré veľmi "tiekli", zapáchali, boleli. Potrebovala pomôcť s hygienou 2xdenne a následne ošetriť rany. Raz denne to urobila sestra, no večer bola odkázaná na opatrovateľov (nie vždy bola na službe opatrovateľka - pre klientku ako aj pre mužov opatrovateľov, to bolo náročnejšie najmä po psychickej stránke)

Riešili sme bolesti, výmeny PMK, 2xdenne ošetrovanie maligných rán +hygienu. O stómiu sa vedela starať sama takmer dokonca (10dní pred smrťou sme ošetrovali aj stómiu).

Klientka bola schopná iba stáť a ležať, silné bolesti jej nedovolili sedieť.

Analgézia – 100 ugFentanyl, MST 30 mg a 12 hod, Novalgin 3x denne
Dlho bol stav stabilizovaný, No maligný proces postupoval do okolitého tkaniva a malej panvy.

Súhrn: 7.2.2022 vznikol sakrálny dekubit. Začiatkom mája spadla - stála pri posteli a odrazu stratila krátkodobu vedomie, po páde prešla iba s pomocou. 2 dni pred smrťou po rannej hygieny prestala reagovať, spotená (nonstop), otvoril sa jej defekt nad synfýzou a trňom bedrovej kosti (maligný onko proces z vnútra). Tento stav trval 48h a následne 11.5. 2022 klientka v pokoji exitovala. Okrem zvládania zdravotného a psychického stavu pacientky, bola nutná edukácia opatrovateľov, eliminácia stresu a ich opora až do konca.



Obrázok 11. Exulcerovaný karcinóm vulvy

3.3 Atypický T-bunkový lymfóm – neskoré referovanie do paliatívnej starostlivosti

41-ročný pacient s Dg. Mycosis fungoides, zo spektra PTCL (periférny T-bunkový lymfóm), v blastickej transformácii, iníciaľne CD30+, CD20-, ALK-negat. z biopsie kože, pôvodne ALK-pozit., Ki67-80% (1/2022)

- št. IV.A (LAP pod kardiou žalúdka, v okolí chvosta pankreasu, v oblasti porta hepatis ventrálne od VCI, infiltráty kože)
- 3/2022 stagingová punkcia kostnej drene vykonaná bez infiltrácie.

-pre spočiatku kožný nález liečený ako psoriasis vulgaris terapiou Balneo-PUVA

3-7/2022 1.línia Adcetris (brentuximab vedotin) spolu s doxorubicínom, cyklofosfamidom, prednizónom (CHP)

7/2022 CT takmer kompletná remisia na liečbe

1/2023 pacient sa opäť dostavil až pri recidíve infiltrátov kože

2/2023 PET-CT - početné hypermetabolické infiltráty na koži (hlava, trup, HK, DK), patologická LAP v axilách bilat., supraklavikulárne l.sin., parailicky a v inguinách bilat.

Vykonaná re-biopsia kožného ložiska s potvrdením PTCL typu Mycosis fungoides v blastickej transformácii

2.3.-12.5.2023 2.línia GemOx - väčšina kožných lézií ustúpila, ale objavili sa aj nové červené škvrny v progresii

od 12.04.2023 3.línia Targretin (bexaroten)

12.6.-26.7.2023 absolvoval RAT - TSEBT (Total skin electron beam therapy) pre progresiu na trupe

Po RAT dočasný ústup kožného nálezu, posledné týždne opäť rapidna progresia kožných morf typu mucosis fungoides, viaceré s deskvamovanou kožou

Od 6.10.2023 na 4.línii terapie Poteligeo (mogamulizumab)

Od 11/2023 ukončená liečba pre výraznú progresiu

Cestou MDS referovaný do paliatívnej starostlivosti.

16.11.20.11.2023 - hospitalizácia na Oddelení paliatívnej medicíny NOÚ (5 dní)

- prijatý pre progredujúce bolesti v terminálnom štádiu základného ochorenia
- pri prijíme schvátený bolesťou, kričí od bolesti
- obj. de facto úplne celá koža celého tela s početnými ložiskami mycosis fungoides - od erytematóznych s deskvamáciou kože a kontaktným krvácaním, cez rozsiahle krusty, niektoré aj hnisovo povlečené, infikované larvami hmyzu
- kultivačne ster z kože – masívne Enterococcus faecalis, Staphylococcus aureus
- terapia: analgetická liečba – nemožnosť aplikovať transdermálny fentanyl, podávame morfin kontinuálnou infúziou injektomatom v kombinácii so sedatívami (pre nepokoj a schvátenosť), podľa potreby morfin podkožne
- rýchla progresia stavu
- 20.11.2023 o 17:45 exitus letalis



Obrázok 12 a 13: pacient pri prijatí. Na pravom obrázku sú viditeľné larvy červov v ranách.



Obrázok 14: Pacient po podaní analgetickej liečby a po ošetrovaní.

3.4 PACIENT V PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI S NEZHOJENOU OPERAČNOU RANOU.

68 ročný onkologický pacient s onkologickou diagnózou: Ca flexura lienalis 08/2016, po resekcii a adjuvantnej chemoterapii

1. recidíva - 06/2020 ileózny stav – obturujúci Ca sigmy – resekcia sigmy, kolostomia, o 7 dní reoperácia pre perforáciu, abscesové ložisko pri dehiscencii, septický stav, peroperačne zrušenie hemodynamiky – UPV, MODS, ARI s potrebou HD

o 12 dní reoperácia pre abscesové ložiská, peritonitídu, perforáciu caeca, resekcia ileocéka, zlyhávanie obličiek, opätovná HD, drenáž pleurálnych dutín pre bilaterálny fluidothorax. Od 09/2020 mal pooperačnú chemoterapiu

11/2020 a 03/2021 realizované MR vyšetrenie abdomenu, podľa ktorého išlo o kompletnú remisiu ochorenia

06/2021 realizovaná oklúzia ileostomie, kolostomia v ľavom hypogastriu po resekcii sec Hartman

2. Recidíva -10/2022 subileózne stavy, opakovane hospitalizovaný na chirurgickom oddelení, konzervatívny postup, hodnotené ako obštipácia

Chronický ileózny stav –v dif dg adhézie, recidíva ochorenia v dutine brušnej? (CT vyš opakovane negat)

02/2023 podľa realizovaného MR vyšetrenia išlo o recidívu Ca sigmy v MP, prítomná infiltrácia ureteru – ileózny stav - realizovaná laparotómia 14.2.2023 - nález hodnotený ako inoperabilný, realizovaná terminálna jejunostomia, infekčná dehiscencia rany s relaparotómiou 20.2.2023, 23.2.2023 a 28.2.2023 – prepustený domov – s ranou ponechanou na sekundárne hojenie s približovacou sutúrou(úbytok hmotnosti z 82 kg 02/2022 ... Na 53 kg 03/2023)

Príjem do starostlivosti MOHO Sprevádzanie n.o. 6.3.2023 – pacient je len obmedzene mobilný, schopný vykonávať len základné hygienické samoobslužné činnosti, príjem per os zachovaný, ale prítomný syndróm krátkeho čreva s vysokovýdajovou jejunostomiou, nehojacou sa ranou po opakovaných laparotomiách, ktorá bola so stehmi in situ ponechaná na sekundárne hojenie

Subjektívne pri prijatí do MOHO pacient udával: brucho ho nebolí, stále je hladný, ale chudne, doma schudol ďalšie 2 kg, obsah v stomickom vrecku je riedky, vypúšťa asi 4X po 200 ml, vypije za den 1 l tekutín, teploty nemá, na wc prejde sám bez pomoci, ale je veľmi slabý , manželka mu ošetruje rany

Objektívny klinický nález :pacient ležiaci na lôžku, výživa znížená, malnutícia, koža bledá, hydratácia znížená, kľudové eupnoe, KP kompenzovaný, abdomen v niveau, jazva po laparotómii , stehy in situ, dehiscencie na viacerých miestach, secernácia väčšieho množstva purulentného sekrétu, rany vlhké, pretečené krytie, jejunostomia v ľavom hypogastrii s tekutým žltým obsahom , pohmatovo nebolestivý, peristaltika skôr tichšia, jazva po kolostómii v ľavom hypogastrii prelepená, nederivuje

Pri prijatí do starostlivosti mobilného hospicu: rana po relaparotomiách

Počas starostlivosti MOHO bol pacient v domácom prostredí, mal ošetrovanú secernujúcu operačnú ranu, bola riešená malnutícia pri syndróme krátkeho čreva s vysoko výdajovou jejunostomiou, riešené bolesti a 2x febrility pri infekte močových ciest s podávaním antibiotickej liečby. Podávaná inf podporná hydratácia, upravovaná liečba bolesti a antisekrečná liečba oktreotidom kontinuálnou Graseby pumpou. Počas starostlivosti bola u paciena 12x návšteva lekára mobilného hospicu, 36 návštev zdravotnou sestrou, 26x telefonická konzultácia. V starostlivosti MOHO mal pacient dobre riešený algický syndróm i liečbou korigovaný syndróm krátkeho čreva a zvládnuté infekčné komplikácie. Operačnú ranu sa podarilo takmer kompletne zhojiť vďaka tejto starostlivosti , napriek progredujúcemu inoperabilnému recidivujúcemu Ca v dutine brušnej. Progredujúci rast nádoru v dutine brušnej bol aj príčinou úmrtia pacienta po 6 mesačnej paliatívnej a podpornej liečbe.

3.5. KARCINÓM PRÍNOSOVÝCH DUTÍN

Onkologický pacient, slobodný, bez príjmu, bez dokladov, dlžník v zdravotnej poisťovni. Má len kópiu rodného listu. Obvodnú dr. sme kvôli absencii OP nevedeli telefonicky zistiť, chceli sme ísť osobne do poisťovne, k tomu sme sa už nedostali.

Pána sme poznali 4 dni, 1. deň zoznamovací, ďalšie 2 dni sme hodiny strávili u lekárov a 4. deň bol hospitalizovaný. Preto sme mu nestihli okrem zdrav.stavu nič riešiť.

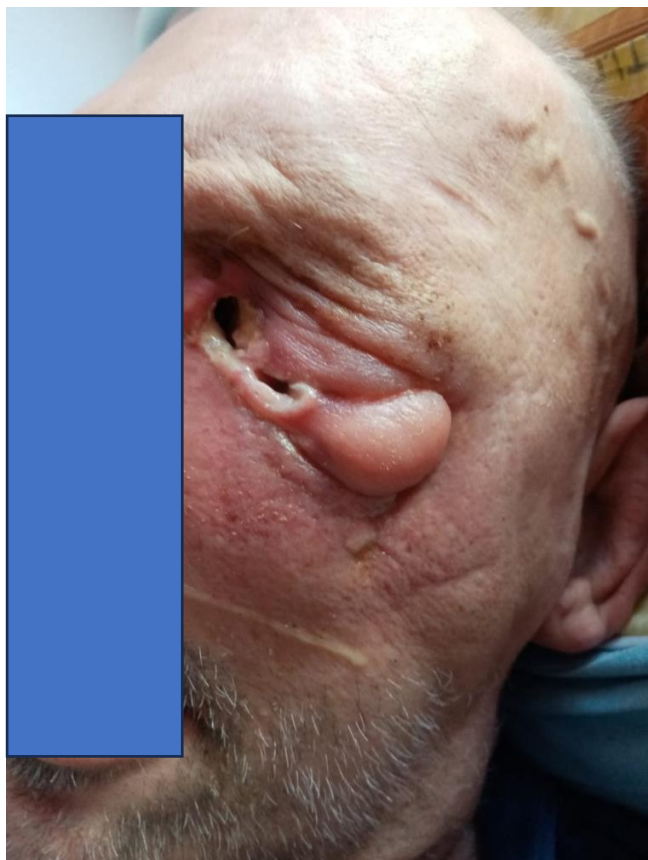
Cca 10 rokov pracuje, kde zároveň býva v maringotke. Majiteľ mu nedával výplatu, ale kupoval mu, čo bolo treba. Pán sa v meste neorientuje. Ohľadne pána nás kontaktoval majiteľ.

Zdravotné problémy:

Opuch v oblasti lícnej kosti, hnis. Pán bol hospitalizovaný a bol potvrdený zhubný rozsiahly nádor, ktorý zasahuje do okolitých tkanív, operácia nebude možná.

Bude absolvovať ešte posledné vyšetrenie, na magnetickú rezonanciu hlavy v najbližších dňoch. Výsledky všetkých doterajších vyšetrení aj MR pošlú do nemocnice a tam rozhodnú čo ďalej. Momentálne majú plný stav a nemôžu ho hospitalizovať. Po uvoľnení miesta bude prijatý a potom bude dochádzať na chemo, ale aj na ožarovanie. A ožiare by mal každý pracovný deň. Pán si zatiaľ neuvedomuje závažnosť svojho stavu. Bola mu ponúknutá možnosť útulku, ktorú akceptoval.





3.6 OBROVSKOBUNKOVÝ KOSTNÝ TUMOR

Pacient 54-ročný muž v starostlivosti mobilného hospicu NOÚ.

V predchorobí v osobnej anamnéze artérová hypertenzia a operácia - cholecystektómia pre litiázu. Pacient býval s manželkou a synom v rodinnom dome.

Starostlivosť o pacienta bola zabezpečená predovšetkým manželkou, pomáhali jej dvaja synovia.

Priebeh ochorenia a liečby:

Vo februári 2019 bol pacientovi diagnostikovaný obrovskobunkový kostný tumor G4 v oblasti ramus superior ossis ischii l.dx., iníciaľne aj metastatickým postihnutím pečene. Realizovaná bola biopsia za účelom histologizácie.

8.4.2019 bola vykonaná R2 resekcia tumoru v oblasti malej panvy.

V máji 2019 bola zahájená liečba denosumabom, pre progresiu ochorenia bola táto liečba v auguste 2019 ukončená.

Následne pacient v auguste 2019 absolvoval externú rádioterapiu na oblasť tumoru malej panvy a od augusta 2019 do mája 2020 mu bola postupne podávaná chemoterapia vždy

s nálezom progresie ochorenia: adriamycín sólo, ifosfamid sólo, cisplatina s vepesidom a ako posledný cyklofosfamid sólo.

Protinádorová liečba bola pre inefektivitu ukončená v máji 2020.

Vzhľadom na vyčerpané terapeutické možnosti, bolesti, sťaženú mobilitu, bola pacientovi odporúčaná starostlivosť mobilného hospicu.

Starostlivosť v mobilnom hospici:

15.5.2020 sme vykonali prvú návštevu s mobilným hospicom. Dominujúcimi ťažkosťami pacienta boli bolesti a krvácanie z tumorov v oblasti pravej dolnej končatiny, kde boli na proximálnom stehne - ventromediálne aj dorzálne prítomné rozsiahle cca 7cm, 9cm, 12cm a 15cm veľké nekrotické exofytické tumory - miestami suché, nekrotické, miestami vlhké, žltozeleno povlečené, s výraznou sekréciou a zápachom. Pacient mal následkom krvácania z tumorov ťažkú anémiu, avšak bez závažných symptómov v zmysle stenokardií, či dýchavice.

Posledná hodnota hemoglobínu v krvnom obraze zo 6.4.2020 bola 70g/l. Počas návštevy sme ošetrili tumorózne rany.

Liečba: Gabapentin 600-600-900mg p.o., Metamizol 1000mg á 6 hod. p.o., náplast' Fentanyl 150ug/hod., výmena á 72 hod., večer užíval Neurol (alprazolam) 1mg p.o., pri bolesti Effentora – rýchloúčinkujúci fentanyl vo forme v ústach rozpustných bukálnych tabliet – potreboval užiť asi 3x počas 24 hodín

Upravili sme analgéziu a do liečby pridali Oxykodon v kombinácii s naloxonom – Targin 20/10mg 1 tbl každých 12 hodín.

Pacient bol orientovaný, bledý, postavil sa sám pri posteli – čo umožnilo ošetriť rany na dorzálnej strane pravého stehna.

28.5.2020 – návšteva mobilného hospicu – telefonicky nás deň predtým kontaktovala manželka, pacient má silné bolesti, pri pokuse o ošetrenie rán v stoji skolaboval.

Telefonicky upravená liečba – vynechaný Targin pre možné začínajúce hepatálne zlyhávanie a pridaný MST continus – retardovaná forma p.o. morfinu – 30mg á 12 hod.

Počas našej návštevy je pacient už objektívne nepokojný – prítomný je motorický nepokoj horných končatín, pacient rámcovo odpovedá primerane, ale nie je už orientovaný časom.

Podľa údajov od manželky, po podaní midazolamu mal pacient paradoxnú reakciu – bol čulý, agitovaný, viac zmätený.

Počas tejto návštevy podávame pacientovi pre agitáciu Tisercin (levomepromazin) 25mg podkožnou injekciou.

U pacienta vzhľadom na zhoršenie stavu – bolesti, agitáciu, úzkosť – najmä keď pacient vidí krvácanie z tumorov pri ošetrovaní - zahajujeme paliatívnu sedatívnu liečbu kontinuálne podkožne iniektómom na 24 hod.:

- 60mg morfinu(prepočítaná dávka p.o. opioidov)
- 25mg levomepromazínu

Pacient podľa potreby pokračovať v podkožne podávanej liečbe morfinom – pri bolesti a dýchavici, tiserčinom pri nepokoji a haloperidolom pri nevoľnosti a vracaní MST z liečby vynechávame.

1.6.2020 návšteva mobilným hospicom.

Anamnézu odoberáme od manželky, pacient je dezorientovaný, agitovaný, nepokojný, manželka mu podáva morfin od bolesti asi 2x za 24 hod., čo pomáha na bolesti, ale pacient trpí stále horšími stavmi nepokoja a agitácie, pomôčuje sa, manželka mu opakovane podávala aj levomepromazín perorálne alebo podkožne – približne 2x za 24 hod. okrem dávky v iniektómate, ale ani to nebolo niekedy dostačujúce. Tumory opakovane krvácajú drobným viacpočetným striekajúcim arteriálnym krvácaním.

Pri objektívnom vyšetrení je pacient dezorientovaný, prítomný je výrazný nepokoj horných končatín, pacient je už úplne imobilný, bledý, prítomná je tachykardia v.s. pri prehlbujúcej sa anémii pri krvácaní z tumorov.

Pri ošetrovaní rany sa snažíme pacienta tmiť midazolamom, čo nemá žiadny efekt, podávame ešte levomepromazín 25mg s.c. pre nepokoj a morfin 10mg s.c. pre bolesti, napriek tomu je pacient stále nepokojný, zle znáša preväz. Počas preväzu nachádzame v ranách veľké množstvo lariev hmyzu, ktoré odstraňujeme.

Pacient už ťažko prehlta lieky, preto p.o.lieky z liečby vynechávame, ponechávame Fentanyl náplast' 150ug/hod, výmena á 72 hod.

Upravujeme dávky v iniektómate: morfin 100mg + levomepromazín 100mg + haloperidol 10mg podkožne kontinuálne na 24hod.

Zavádzame permanetný močový katéter.

8.6.2020 – návšteva mobilným hospicom: pacient je dezorientovaný, ale pokojný pri dávkach paliatívnej sedatívnej liečby, ktorú sme nastavili pri predchádzajúcej kontrole. Manželka nás informuje, že väčšinu času drieme, keď sa zobudí, nie je potrebné podávanie levomepromazínu, je pokojne zmätený, dokáže piť tekutiny a niečo málo zjesť.

Pre problematickú toleranciu ošetrovania rán v zmysle nepokoja a bolestí počas ošetrovania

plus spolu s paradoxnou reakciou na midazolam sa rozhodujeme pre použitie rajského plynu (Entonox), ktorý pacient inhaluje počas preväzu. Inhalácia je efektívna, pacient počas preväzu pokojne pospáva. Larvy hmyzu už v ranách nie sú prítomné, rany sú rozsiahle, secernujúce – prakticky tečúce, premáčali podložky aj matrac pod pacientom, sú zapáchajúce a rozpadajú sa, prakticky prerástli cez celé pravé stehno.

Dávky liečiv v injektomate ani liečbu podkožne podľa potreby nemeníme.

11.6.2020 návšteva mobilného hospicu.

Pacient nekomunikuje, neotvorí oči na dotyk ani na oslovenie. Po premedikácii rajským plynom prevádzujeme ranu, vytekajú nekrotické hmoty s prímiesou krvi.

Po preväze pacient dýcha plytko, následne zomiera.

Liečba delíria na konci života v domácom prostredí si vyžaduje predovšetkým veľmi úzku spoluprácu s rodinou, ktorá takisto prežíva disstres pri utrpení pacienta. V tomto prípade boli príbuzní pacienta – manželka a syn veľmi spolupracujúci a nápomocní, zároveň boli potrebné častejšie kontroly mobilným hospicom pri zmenách stavu pacienta – aj počas víkendových služieb.

Pacient zomrel pokojne v domácom prostredí.



4. ZÁVER:

V priebehu realizácie národného projektu Posilnenie dlhodobej a paliatívnej starostlivosti sme s užívateľmi projektu t.j. ADOS a MOHO získavali informácie týkajúce sa implementácie novelizovaného zákona o zdravotnej starostlivosti z roku 2022 a problémy pri poskytovaní ošetrovateľskej a lekárskej starostlivosti v domácom prostredí klienta/pacienta.

Napriek skutočnosti, že samotná implementácia projektu bola v niekoľko mesačnom časovom sklze, pozitívny dopad hodnotia zamestnanci ADOS a MOHO (viď vyššie uvedené časti spätných väzieb).

Jedným z dôležitých aspektov je nevyhnutnosť vzdelávania sestier, lekárov a pomáhajúcich profesií v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti napr. V oblasti ošetrovania cievnych vstupov, malígnych rán, tracheostómii, v oblasti komunikácie s blízkymi pri zomieraní pacienta, vysvetlenia niektorých úkonov a pod.

V praxi sme zistili, že legislatívne prepojenie niektorých ošetrovateľských úkonov s opatrovateľskými je v praxi problémom.

Zdravotné poisťovne neuhrádzajú ošetrovateľské úkony ADOS a MOHO pri jednom klientovi v ZSS, napriek tomu, že ide o rozdielny typ ošetrovateľskej starostlivosti a aj iné úkony.

V súčasnosti sú potreby mnohých ľudí v oblasti dlhodobej starostlivosti neuspokojené z dôvodu nedostatku služieb dlhodobej starostlivosti alebo nedostatočného povedomia o nich, obmedzeného pokrytia sociálnej ochrany, ktoré by pomohlo pokryť náklady na starostlivosť, a nedostatočnej kvality starostlivosti. V roku 2019 dostávala domácu starostlivosť len približne štvrtina ľudí s vážnymi ťažkosťami pri osobnej starostlivosti alebo domácich činnostiach.

Udržanie a prilákanie formálnych pracovníkov v oblasti starostlivosti je často ťažké, čím zostáva potenciál hospodárstva v oblasti starostlivosti pre tvorbu pracovných miest čiastočne nevyužitý. Očakáva sa, že nedostatok pracovnej sily spôsobený ťažkými pracovnými podmienkami a nízkymi mzdami, sa v budúcnosti ešte zhorší.

Neformálni opatrovatelia čelia rôznorodým problémom, od nedostatočného prístupu k podporným opatreniam až po ťažkosti pri zosúladení starostlivosti s platenou prácou.⁴¹

⁴¹ <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=792&langId=en>

