

Metodika

zabezpečenia kontinuálneho prechodu osoby s potrebou dlhodobej zdravotnej starostlivosti a/alebo paliatívnej zdravotnej starostlivosti zo zdravotníckeho zariadenia do komunity alebo zariadenia sociálnych služieb

BRATISLAVA 2024

MUDr. Andrea ŠKRIPEKOVÁ, PhD. a kol.

ÚVOD

- 1. SITUÁCIA V OBLASTI DLHODOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**
 - 1.1 PRÁVNÝ RÁMEC**
 - 1.2 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ NA SLOVENSKU**
 - 1.3 NÁRAST ŽIVOT LIMITUJÚCICH OCHORENÍ**
 - 1.4 ÚPRAVA DLHODOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU**
- 2. SYSTÉM POSKYTOVANIA DLHODOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**
 - 2.1 DOM OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI**
 - 2.2 NEFORMÁLNA STAROSTLIVOSŤ**
 - 2.3 FORMÁLNA STAROSTLIVOSŤ**
 - 2.4 SOCIÁLNO-ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ**
 - 2.5 ŠPECIALIZOVANÁ AMBULANTNÁ PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ – MOBILNÝ HOSPIC**
 - 2.6 PODPORNÝ TÍM**
- 3. UKAZOVATELE DOSTUPNOSTI PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI**
- 4. DOSTUPNOSŤ DLHODOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRE ZRANITEĽNÉ SKUPINY OBYVATEĽSTVA**
- 5. MONITORING POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PALIATÍVNÝM PACIENTOM V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB**
- 6. NÁVRHY NA LEGISLATÍVNE ZMENY A ÚPRUVU APLIKAČNEJ PRAXE**
- 7. KAZUISTIKA**
- 8. ZÁVER**

ÚVOD

Prepojenie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb predovšetkým v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti a fyzioterapie patrí dlhodobo medzi najaktuálnejšie témy pri riešení problematiky pomoci a podpory seniorom, osobám s ťažkým zdravotným postihnutím a osobám s chronickým ochorením (vrátane onkologického ochorenia), ktoré sú pri bežných denných aktivitách odkázané na pomoc inej osoby.

Dôvodom potreby prepojenia zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb je najmä vysoký dopyt obyvateľstva po týchto službách, čo je spôsobené demografickým vývojom a predlžovaním veku dožitia, ako aj nepriaznivým vývojom zdravotného stavu populácie.

1. SITUÁCIA V OBLASTI DLHODOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

1.1 PRÁVNÝ RÁMEC

Právny rámec upravujúci poskytovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „dlhodobej starostlivosti“) a paliatívnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „paliatívnej starostlivosti“) a poskytovanie sociálnych služieb na národnej úrovni je:

- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov
- Zákon č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia v znení neskorších predpisov
- Národný program aktívneho starnutia na roky 2021 - 2030
- Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike
- Cenové opatrenia MZ SR, Výnos MZ SR č. 44/2008 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení, Nariadenie vlády SR č. 640/2008 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

Súčasťou Operačného programu Slovensko sú Priority pre dlhodobú sociálno-zdravotnú starostlivosť:

1. Zlepšiť manažment dlhodobo chorých osôb a využívanie vhodných foriem dlhodobej, následnej a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a komunitnej starostlivosti.
2. Vytvoriť sieť zariadení pre poskytovanie sociálno – zdravotnej starostlivosti.
3. Odstrániť sektorový prístup k sociálnej a zdravotnej starostlivosti vytvorením efektívneho prepojeného systému služieb kvalitnej zdravotnej starostlivosti a sociálnych

služieb, zabezpečujúceho dostupnosť prevencie a potrebnej podpory vo všetkých regiónoch Slovenska pre všetkých obyvateľov.

Základné medzinárodné dokumenty upravujúce dlhodobú starostlivosť, následnú a paliatívnu starostlivosť:

- Všeobecná deklarácia ľudských práv
- Medzinárodný pakt o občianskych a politických právach
- Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach
- Európska sociálna charta
- Európska charta práv a zodpovednosti starších ľudí odkázaných na dlhodobú starostlivosť
- Charta práv pacientov.

Dlhodobou starostlivosťou sa rozumie súbor služieb, ktoré potrebujú osoby so zníženou funkčnosťou (fyzickou alebo znížením kognitívnych schopností), v dôsledku čoho sú závislé na pomoci počas dlhšieho obdobia pri základných a/alebo inštrumentálnych činnostiach denného života. Základné činnosti každodenného života sa často poskytujú spolu so základnou zdravotnou starostlivosťou, ako je napr. ošetrovateľská starostlivosť, prevencia, rehabilitácia alebo poskytovanie paliatívnej starostlivosti. Inštrumentálne činnosti denného života alebo služby asistenčnej starostlivosti sú väčšinou spojené s domácou pomocou.¹

Rada vlády SR vo svojom Odporúčaní z rohu 2022 považuje za dlhodobú starostlivosť „súbor služieb a pomoci poskytovaných osobám, ktoré sú v dôsledku dlhodobej duševnej a/alebo fyzickej krehkosti, choroby a/alebo zdravotného postihnutia odkázané na podporu pri činnostiach každodenného života a/alebo potrebujú stálu ošetrovateľskú starostlivosť. Činnosti každodenného života, pri ktorých je potrebná podpora, môžu byť sebaobslužné činnosti, ktoré musí táto osoba každodenne vykonávať, a to činnosti každodenného života, ako je napr. kúpanie, obliekanie, jedenie, ukladanie sa na lôžko a vstávanie z lôžka či sadanie na stoličku alebo vstávanie zo stoličky, presúvanie sa, používanie toalety, kontrola vyprázdňovania moču a stolice, alebo môžu súvisieť s nezávislým životom napr. osoby vykonáva inštrumentálne činnosti každodenného života, ako je príprava jedla, manipulácia s peniazmi, nakupovanie

¹ https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2018-05/ip079_en.pdf

potravín alebo predmetov osobnej potreby, vykonávanie ľahkých alebo ťažkých domácich prác a používanie telefónu.“

Zároveň vo svojom Odporúčaní definujú aj ďalšie typy starostlivosti v sociálnej oblasti, a to:

- „formálna dlhodobá starostlivosť“ je dlhodobá starostlivosť poskytovaná profesionálnymi pracovníkmi dlhodobej starostlivosti, ktorá môže mať podobu domácej starostlivosti, komunitnej alebo rezidenčnej starostlivosti;
- „domáca starostlivosť“ je formálna dlhodobá starostlivosť poskytovaná v domove príjemcu starostlivosti profesionálnymi pracovníkmi dlhodobej starostlivosti;
- „komunitná starostlivosť“ je formálna dlhodobá starostlivosť poskytovaná a organizovaná na úrovni poločenstva, napríklad vo forme denných služieb pre dospelých alebo respitnej starostlivosti;
- „rezidenčná starostlivosť“ je formálna dlhodobá starostlivosť poskytovaná osobám, ktoré žijú v rezidenčnom zariadení dlhodobej starostlivosti;
- „neformálna starostlivosť“ je dlhodobá starostlivosť, ktorú poskytuje neformálny opatrovateľ, a to človek zo sociálneho prostredia osoby odkázanej na starostlivosť, vrátane partnera, dieťaťa, rodiča alebo inej osoby, ktorá nie je zamestnaná ako profesionálny pracovník dlhodobej starostlivosti.²

Právo človeka na dôstojné umieranie a tiež dôstojnú smrť by malo byť základným etickým princípom každej humánnej demokratickej spoločnosti, ktorá rešpektuje medzinárodne deklarované ľudské práva. Charta práv pacientov uvádza, že „pacient má právo na zmiernenie utrpenia a bolesti v súlade so súčasným stavom medicínskeho poznania a zásadami ľudskosti, na humánnu terminálnu opateru a dôstojné umieranie, ako aj na pietne zaobchádzanie s jeho telom“.

Podľa Výboru OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva sú štáty povinné rešpektovať právo na zdravie a nesmú odopierať alebo obmedzovať rovnaký prístup

- k preventívnym, liečebným alebo paliatívnym zdravotníckym službám.¹¹ Medzi tieto povinnosti patrí zabezpečenie prístupu k

² [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

- k základným liekom a zdravotníckym zariadeniam na nediskriminačnom základe, najmä pre zraniteľné alebo marginalizované skupiny.³

1.2 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ NA SLOVENSKU

Podľa záverov Inštitútu finančnej politiky MF SR bude Slovensko jednou z najviac starnúcou krajinou v rámci Európskej únie.

Starnutie populácie vedie k nárastu počtu osôb odkázaných na dlhodobú starostlivosť a môže predĺžiť obdobie potrebnej starostlivosti. Ak starnutie populácie nie je sprevádzané lepším zdravotným stavom ľudí, počet odkázaných na starostlivosť inými osobami narastá (Heger, Kolodziej, 2016).⁴

Podľa správ Európskej únie v roku 2014 mal prístup k službám domácej starostlivosti len 1 z 3 starších ľudí s vážnymi ťažkosťami v každodenných činnostiach. V roku 2019 malo 47,2 % ľudí starších ako 65 rokov s vážnymi ťažkosťami pri osobnej starostlivosti alebo činnostiach v domácnosti neuspokojenú potrebu starostlivosti.

Problémy s cenovou dostupnosťou: V 11 krajinách EÚ by 60 % starších ľudí bolo ohrozených chudobou v súvislosti s výdavkami na starostlivosť, a to aj po poskytnutí verejnej podpory.⁵

Očakáva sa, že v dôsledku starnutia obyvateľstva sa bude dopyt po dlhodobej starostlivosti zvyšovať, keďže s vyšším vekom sa zhoršuje funkčná schopnosť a zvyšuje sa potreba dlhodobej starostlivosti. Podľa správy o dlhodobej starostlivosti z roku 2021 sa v nasledujúcich 30 rokoch zvýši počet osôb nad 65 rokov o 41 % z 92,1 milióna v roku 2020 na 130,2 milióna v roku 2050, zatiaľ čo počet osôb nad 80 rokov sa zvýši o 88 % z 26,6 milióna v roku 2020 na 49,9 milióna v roku 2050.⁶

Na Slovensku je podľa štatistiky o príjmoch a životných podmienkach v Európskej únii (ďalej len „EU SILC“) takmer 9 % populácie odkázanej na starostlivosť inými osobami, približne dve tretiny z toho sú osoby nad 59 rokov. Dopyt po službách dlhodobej starostlivosti nie je daný

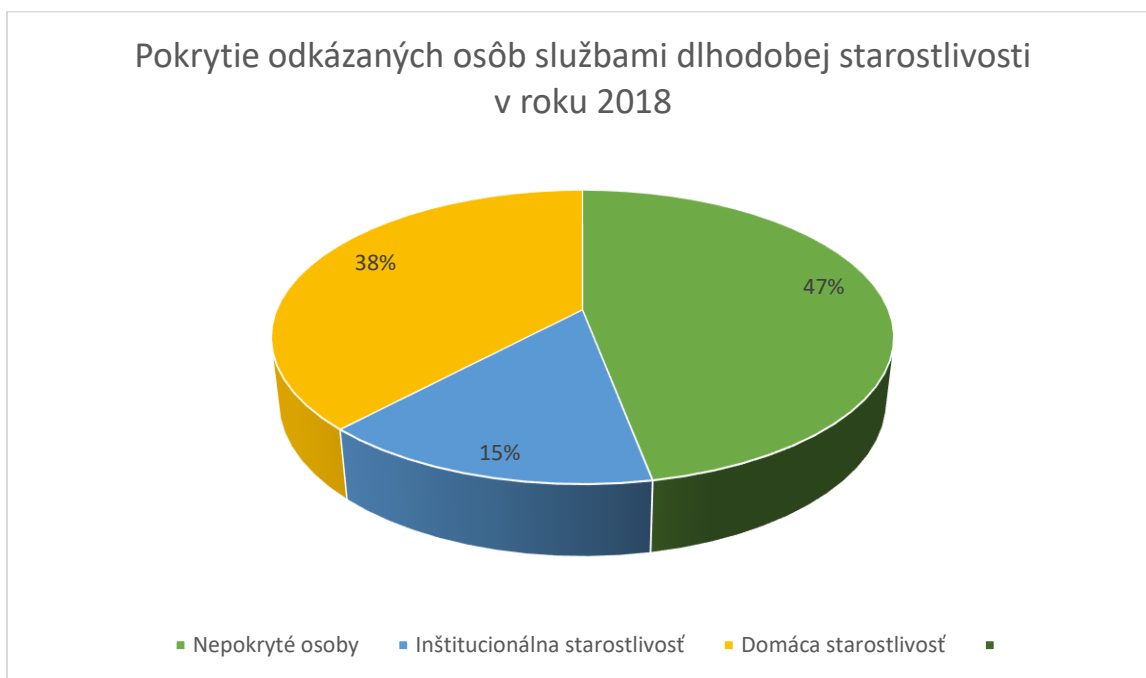
³ https://www.ochrance.cz/uploads/import/ochrana_osob/2016/Pravo_na_paliativni_peci.pdf

⁴ https://www.mfsr.sk/files/archiv/31/LTC_manual.pdf

⁵ <https://www.age-platform.eu/2021-eu-long-term-care-report-a-highly-useful-analysis-to-inform-care-policy-making/>

⁶ [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

len vekom, ale aj invaliditou a chorobami, ktoré môžu prerásť do odkázanosti na iných. Miera odkázanosti je však typicky vyššia pri osobách vo vyššom veku, čo sa potvrdzuje aj na Slovensku. Ide o približne 482 tisíc osôb. Slovensko vykazuje jednu z najvyšších mier odkázanosti spomedzi krajín EÚ podľa EU-SILC.⁷



⁸ Pokrytie odkázaných osôb službami dlhodobej starostlivosti v roku 2018

Predpokladá sa, že podiel osôb vo veku nad 65 rokov sa zvýši zo 16,0 % v roku 2019, na 20,9 % v roku 2030, čo predstavuje nárast o 4,9 percentuálneho bodu. Miera závislosti v starobe sa v tomto období zvýši z 23,5 % na 32,6 %.

V rokoch 2019 až 2050 sa podiel osôb vo veku nad 65 rokov zvýši o 13,4 percentuálneho bodu, a v roku 2050 dosiahne 29,4 %. Očakáva sa, že relatívny nárast osôb vo veku nad 75 rokov bude rásť pomalším tempom. Podiel osôb vo veku nad 75 rokov sa zvýši o 8,5 % p. b. a v roku 2050 bude tvoriť 14,6 % populácie. Prognózy naznačujú, že počet starších ľudí bude naďalej stúpať a v období rokov 2019 - 2050 sa viac ako zdvojnásobí. Predpokladá sa, že do roku 2050 dosiahne tento pomer 51,4 %.⁹

⁷ https://www.mfsr.sk/files/archiv/31/LTC_manual.pdf

⁸ https://www.mfsr.sk/files/archiv/31/LTC_manual.pdf

⁹ <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

1.3 NÁRAST OCHORENÍ LIMITUJÚCICH DĹŽKU ŽIVOTA

Podľa prognózy vývoja onkologických ochorení v SR, ktorú zverejnilo Národné centrum zdravotníckych informácií, v roku 2020 presiahne počet prípadov novodiagnostikovaných onkologických ochorení v SR po prvýkrát pravdepodobne hranicu 40-tisíc.¹⁰

Podľa WHO potrebuje paliatívnu starostlivosť 38,5% pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, 34% pacientov s onkologickým ochorením, 10,3% pacientov s chronickým ochorením dýchacieho systému, 5,7% pacientov s AIDS a 4,6% pacientov s diabetom. Paliatívnu starostlivosť potrebujú mnohí pacienti s chronickým renálnym zlyhávaním, chronickým zlyhávaním pečene, roztrúsenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou, reumatoidnou artritídou, neurologickými chorobami, demenciou, vrodenými kongenitálnymi anomáliami.¹¹

V súvislosti s naliehavou potrebou prepojenia zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb boli realizované viaceré aktivity zo strany vlády a dotknutých ministerstiev, ktoré mali napomôcť k riešeniu tejto problematiky. Jednalo sa však len o čiastkové riešenia, ktorými v konečnom dôsledku nedošlo k systémovému riešeniu.

1.4 ÚPRAVA DLHODOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

Inštitút zdravotnej politiky MZ SR spolu s Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR vypracoval materiál Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike, ktorý nadväzoval na materiál z novembra 2015.¹²

Potrebu systémovej zmeny deklarovala vo svojom dokumente Dlhodobá starostlivosť v Slovenskej republike z roku 2017 aj Rada pre poradenstvo v sociálnej práci.¹³

¹⁰ <https://www.nczisk.sk/aktuality/Pages/NCZI-prinasa-viac-udajov-o-onkologickych-ochoreniach.aspx>

¹¹ ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care#:~:text=\) Each year an estimated 56.8,of them living in Africa.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care#:~:text=) Each year an estimated 56.8,of them living in Africa.)

¹² <https://www.health.gov.sk/Clanok?strategia-dlhodobej-socialno-zdravotnej-starostlivosti-v-sr>

¹³ https://www.rpsp.eu/wp-content/uploads/2018/04/LTCpolicybrief_final.pdf

Dlhodobá starostlivosť je aj súčasťou Plánu obnovy a odolnosti SR schváleného Európskou komisiou v roku 2021 (ďalej len „Plán obnovy“), a to najmä komponentu 13. Jedným z míľnikov tohto komponentu je vypracovanie nového legislatívneho rámca pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť. Plán obnovy poukazuje na potrebu užšej spolupráce medzi rezortmi práce, sociálnych vecí a rodiny a zdravotníctva, ktorých koordinácia je pre potreby integrácie sociálnej a zdravotnej starostlivosti dlhodobo nepostačujúca, v dôsledku čoho nie je zabezpečená kontinuita a v konečnom dôsledku môže viesť k zhoršeniu zdravotného stavu a rehospitalizáciám osôb, ktorým táto starostlivosť nebola poskytnutá v potrebnom čase a rozsahu.

V súvislosti s plnením vyššie uvedeného míľnika bol s účinnosťou od 1.8. 2022 prijatý zákon č. 267/2022 Z. z., ktorým bol novelizovaný zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.¹⁴ Touto novelou sa vytvoril právny rámec pre zabezpečenie dostupnosti, kvality a efektívnosti dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti pre osoby, ktorých zdravotný stav si to vyžaduje, a to nielen v zdravotníckych zariadeniach, ale najmä v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí, v ktorom sú tieto osoby umiestnené. Po dôkladnom posúdení existujúcej právnej úpravy Ministerstvo zdravotníctva SR ako predkladateľ zákona prehodnotilo svoj zámer vypracovať pre oblasť dlhodobej zdravotnej starostlivosti samostatný návrh zákona o dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej zdravotnej starostlivosti a z dôvodu udržania komplexnosti právneho predpisu upravujúceho zdravotnú starostlivosť považovalo za dostačujúcu novelizáciu už existujúceho zákona č. 576/2004 Z. z. a ostatných súvisiacich a vykonávacích predpisov.

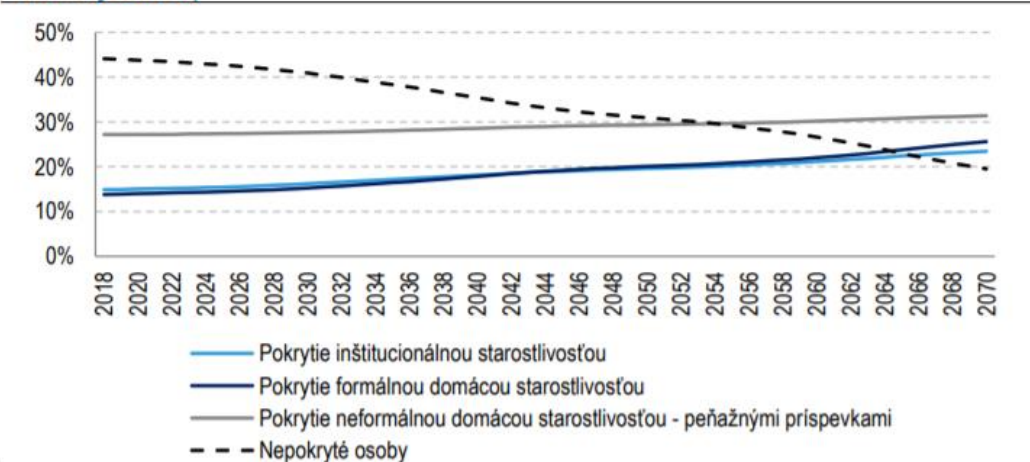
Predmetom tohto zákona je zadefinovanie pojmu dlhodobá zdravotná starostlivosť (ďalej len „dlhodobá starostlivosť“) a jej jednotlivých foriem, paliatívnej zdravotnej starostlivosti, vrátane úpravy zmluvných a úhradových mechanizmov tejto zdravotnej starostlivosti a zadefinovanie rozsahu údajov potrebných pre monitoring dostupnosti, kvality a efektívnosti tejto starostlivosti. Ide o vypracovanie základného právneho rámca úpravy pre dlhodobú zdravotnú starostlivosť a paliatívnu zdravotnú starostlivosť za účelom zvýšenia kvality a lepšej koordinácie zdravotnej starostlivosti a predchádzaniu opakovaných hospitalizácií sa stanovuje povinnosť poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a zariadeniam

¹⁴ https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2022/267/vyhlasene_znenie.html

sociálnej pomoci predkladať zdravotnej poisťovni zákonom určené údaje a zároveň povinnosť zdravotnej poisťovni predkladať ministerstvu zdravotníctva v anonymizovanej podobe tieto údaje súvisiace s poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti ako následnej ošetrovateľskej starostlivosti a dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti v elektronickej podobe, ktorej formu zverejní na svojom webovom sídle Ministerstvo zdravotníctva SR.

Zvýšenie podielu starnúcej populácie a ľudí s dlhodobou nevyliciteľným ochorením (napr. s onkologickým, srdcovocievny, s demenciou, s neurologickým) na celkovom počte obyvateľov má zvyšujúcu tendenciu, a to nielen na Slovensku. Trend narastajúceho počtu starnúcej populácie, počtu osôb vyžadujúcich dlhodobú a paliatívnu starostlivosť v dôsledku dlhšieho prežívania pri závažných nevyliciteľných ochoreniach potvrdzujú o.i. aj štatistiky WHO. Z uvedeného vyplýva potreba viac zamerať zdravotnú starostlivosť na dostupnosť v domácom a prirodzenom prostredí, a teda v konečnom dôsledku aj na kvalitu života.

Graf 10: Vývoj miery pokrytia odkázaných osôb jednotlivými typmi starostlivosti (% všetkých odkázaných osôb)



Legenda: Podiel nepokrytých osôb nezahŕňa skutočnosť, že v praxi dochádza k prekrytiu osôb využívajúcich rôzne typy starostlivosti (3 % poberateľov medzi formálnou a neformálnou domácou starostlivosťou). Z dôvodu samostatného projektovania vývoja výdavkov podľa typov starostlivosti LTC je tak tento počet osôb zarátaný pri všetkých relevantných typoch LTC.

Zdroj: vlastné prepočty na základe výkazov poskytovateľov starostlivosti a dávok zdravotných poisťovní

Zdroj: Projekcia verejných výdavkov na dlhodobú starostlivosť; Inštitút finančnej politiky MF SR; máj 2021; https://www.mfsr.sk/files/archiv/31/LTC_manual.pdf

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie má Slovenská republika päť hlavných výziev:

- integrovať existujúce systémy zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. Ide o nový koncept na Slovensku.

- služby dlhodobej a paliatívnej starostlivosti priamo hradit' osobám odkázaným na túto starostlivosť (a nie obciam), a to aj s využitím nástroja Svetovej zdravotníckej organizácie. Tým sa umožní osobám odkázaným na túto dlhodobú a paliatívnu starostlivosť sloboda vybrať si služby na trhu, zvýši sa konkurencia na trhu a znížia sa náklady na služby.
- spravodlivo a systematicky posudzovať mieru postihnutia a potreby starostlivosti. Pripravuje sa legislatíva, ktorou sa zvýšia mzdy poskytovateľov dlhodobej starostlivosti o osoby odkázané na túto starostlivosť z 3 na 12 EUR (3,5 až 14 USD) za deň.
- zabezpečiť funkčný dohľad a zaručiť kvalitu zdravotnej a sociálnej starostlivosti.
- ponúkať služby následnej, dlhodobej a paliatívnej starostlivosti vrátane preferencií a ľudských práv osôb, ktoré potrebujú starostlivosť.¹⁵

V praxi pôjde nielen o regionálne a systémové poskytovanie zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb, ale aj o zvýšenie záujmu odborného personálu (lekári, sestry, pomáhajúce profesie). Paradoxne sa Slovensko v súčasnosti nachádza v stave, kedy sa so zvyšujúcou potrebou služieb prehlbuje nedostatok personálu. Kapacity domácej ošetrovateľskej starostlivosti nie sú postačujúce.

V porovnaní s Českou republikou domácu starostlivosť prijíma o 30% menší podiel populácie. Minimálna sieť poskytovateľov tejto starostlivosti (agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti) je určená počtom 809 sestier (FTE) na územie SR a nemenila sa od roku 2008.

Zároveň v dôsledku pandémie COVID-19 u mnohých osôb vznikli závažné príznaky, dopady ochorenia s dlhodobým následkom vyžadujúcim nielen ošetrovateľskú starostlivosť, ale aj rehabilitačno-fyzioterapeutický prístup v domácom prostredí.

Aktuálna situácia spôsobená pandemiou COVID-19 potvrdila potrebu riešenia situácie v uvedenej oblasti. Systém zdravotníctva a dlhodobej starostlivosti bol vystavený značnej záťaži, ktorá len znásobila už existujúce výzvy, ako napr. rastúce čakacie doby na zdravotnú starostlivosť, nedostatok zamestnancov a rastúce rozdiely v oblasti zdravotnej starostlivosti v rámci regiónov.

¹⁵ <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/58ab2ff1260e309bf95d35a31383d631-0380022021/original/CKEx21-May-25-Long-term-Care-Summary-FINAL.pdf>

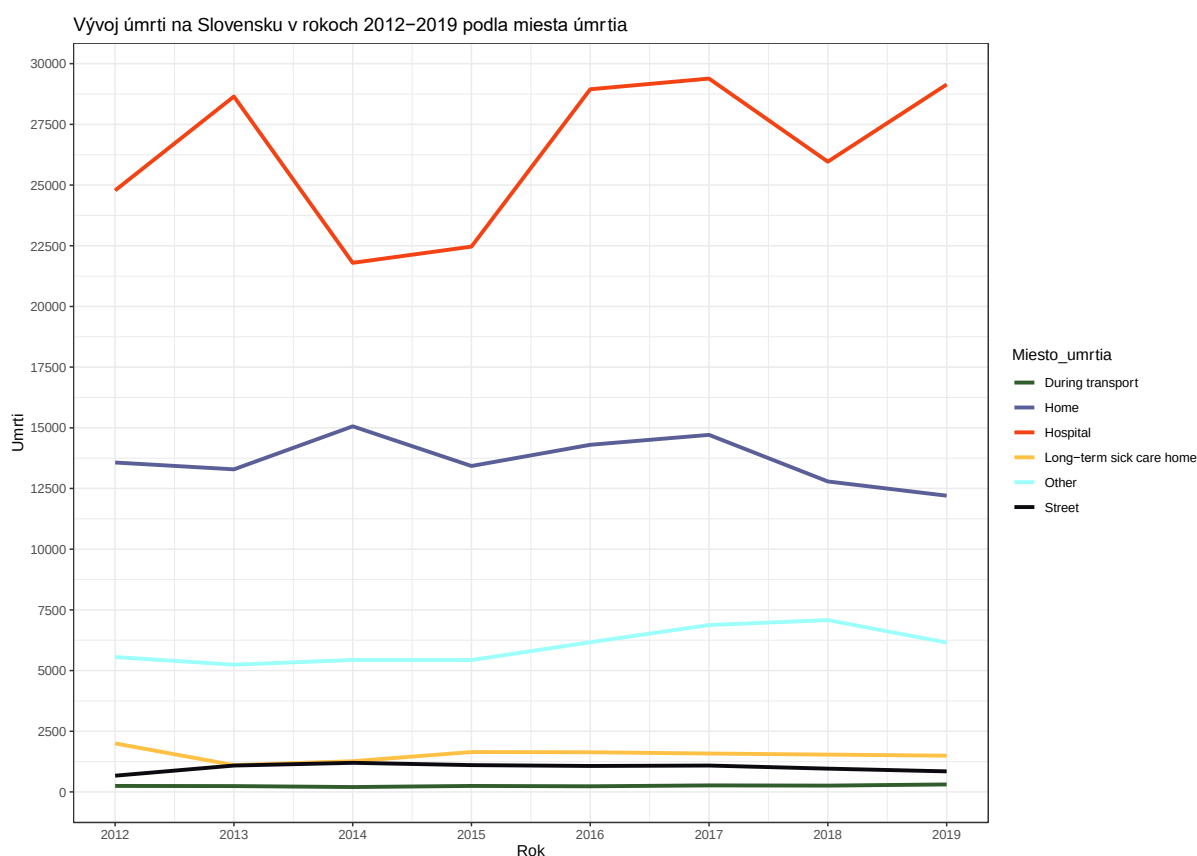
Vychádzajúc z Plánu obnovy je nevyhnutné nadviazať na už niektoré zrealizované a aj pripravované reformy vhodnými investíciami tak, aby bolo možné zvýšiť odolnosť Slovenska voči súčasným a budúcim krízam, bude potrebné posilniť primárnu zdravotnú starostlivosť, starostlivosť o duševné zdravie a zlepšiť prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých, ako aj znížiť sociálne, územné a hospodárske nerovnosti v zdravotníctve.

Podobne aj v správe o Európskej únii zdravia sa Európska Komisia zaoberá odolnosťou, prístupnosťou a účinnosťou systémov zdravotníctva v EÚ. Aktivity zamerané na posilňovanie národných zdravotníckych systémov by tak mali zabezpečiť lepšiu akcieschopnosť členských štátov a spoluprácu pri budúcich zdravotných krízach. Európska komisia preto podporuje, aby členské štáty investovali do pracovníkov v zdravotníctve a v oblasti starostlivosti, s cieľom zlepšiť pracovné podmienky a prístup k odbornej príprave v týchto oblastiach.

V prostredí Slovenskej republiky sa dlhodobá zdravotná starostlivosť poskytuje prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej aj „ADOS“), mobilných hospicov (ďalej aj „MOHO“), ambulantnej starostlivosti (geriatrické ambulancie), ústavnej starostlivosti (oddelenia dlhodobo chorých, geriatrické a paliatívne oddelenia v nemocniciach) ako aj prostredníctvom špecializovaných zdravotníckych zariadení umiestnených predovšetkým v liečebniach pre dlhodobo chorých, hospicov, zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a pod.

2. SYSTÉM POSKYTOVANIA DLHDOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

V Slovenskej republike výrazne prevažuje nemocničné zomieranie nad zomieraním v domácom prostredí a je alarmujúco nízka frekvencia zomierania v zariadeniach sociálnych služieb ako je nižšie uvedené:



Väčšina Európanov si želá, aby im bola dlhodobá starostlivosť poskytovaná v ich domovoch čo najdlhšie ¹⁶.

V roku 2014 bol realizovaný výskum porovnávajúci preferenciu zomierania v nemocniciach alebo v domácom prostredí v Česku a Slovensku. Záver výskumu poukázal na fakt, že viac ako polovica populácie zomierala v nemocniciach, hoci väčšina ľudí uprednostňuje miesto úmrtia doma.

¹⁶ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0093762>

Pacienti s rakovinou alebo srdcovým zlyhaním majú väčšie šance zomrieť doma ako pacienti zomierajúci na iné chronické ochorenia. Okrem príčiny smrti ovplyvňujú miesto úmrtia aj ďalšie sociodemografické premenné, ako je pohlavie, vek alebo vzdelanie. Českí a slovenskí pacienti, ktorí zomreli na chronické ochorenia, mali väčšiu pravdepodobnosť zomrieť v nemocničnom prostredí ako pacienti v iných krajinách.

Možnosť zvýšenie pravdepodobnosti rovnováhy medzi preferovaným a skutočným miestom úmrtia autori výskumu vidia aj v podpore tímov domácej paliatívnej starostlivosti, ktorá by tiež mohla zvýšiť percento pacientov zomierajúcich doma.¹⁷

Často sa o týchto pacientov starajú predovšetkým ich blízki príbuzní s podporou odborníkov z oblasti zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Presun do domova dôchodcov alebo podobného zariadenia uprednostňuje len približne 10 % Európanov. Preto skorý prístup k dlhodobej a paliatívnej starostlivosti zohľadňujúcej individuálne rozhodnutia pacientov, je predmetom záujmu tvorcov politik v mnohých európskych krajinách. Podľa WHO by dlhodobá a paliatívna starostlivosť mala byť navrhnutá tak, aby poskytovala vysokokvalitnú starostlivosť spôsobom, ktorý je zameraný na ľudí a je v súlade s ich právami, základnými slobodami a ľudskou dôstojnosťou 2017¹⁸). Vo svetle zvýšeného dopytu v dôsledku rastúcej záťaže neprenosných chorôb, starnutia populácie a meniacich sa rodinných konštelácií¹⁹ existujú v oboch oblastiach starostlivosti medzery v zručnostiach. Medzi hlavné dôvody týchto medzier patrí nedostatok kvalifikovaných poskytovateľov, zlé pracovné prostredie, obmedzené možnosti kariéry a nedostatočné financovanie a platenie služieb. Medzi ďalšie medzery v zručnostiach v dlhodobej starostlivosti patrí nedostatočná komunikácia, pomoc v sebaobsluhy, sociálnej starostlivosti, služieb zameraných na pacienta a obmedzený výber preferovaného miesta pre život. V paliatívnej starostlivosti sú tiež časté medzery v zručnostiach v dôsledku nedostatku špecialistov na paliatívnu starostlivosť so zručnosťami v oblasti zvládania bolesti a pri komplexnej paliatívnej liečbe na konci života, ale aj nedostatočná podpora duchovných potrieb, ako aj neriešenie individuálnych potrieb a želaní pacientov počas fázy prechodu z akútnej starostlivosti na paliatívnu starostlivosť a na starostlivosť na konci života. Musíme si uvedomiť, že väčšina pacientov uprednostňuje zostať doma v starostlivosti bežných poskytovateľov

¹⁷ <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-13>

¹⁸ World Health Organization (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva. (<http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf>)

¹⁹ World Health Organization (2018b). Palliative care – key facts. (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>)

zdravotnej starostlivosti, s ktorými majú často dlhodobé vzťahy. Zvýšil aj význam domáceho prostredia pre osoby s potrebou paliatívnej starostlivosti.²⁰

2.1 DOM OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI

Dom ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej aj „DOS“) je definovaný ako ústavné zdravotnícke zariadenia, ktorý poskytuje dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť a ošetrovateľskú starostlivosť ako následnú zdravotnú starostlivosť hradenú zdravotnými poisťovňami formou úhrady v zmluvne dohodnutej výške za ošetrovací deň, pričom lieky a špeciálny zdravotnícky materiál sú hradené ako pri ambulantnom pacientovi: je možné ich predpisovanie praktickým lekárom alebo príslušnými špecialistami. Domy ošetrovateľskej starostlivosti napriek tomu, že majú dostupnosť kvalifikovaného ošetrovateľského personálu nie sú schopné prijať pacientov s vysokou potrebou ošetrovateľskej starostlivosti z akútneho lôžkového zariadenia.

Príklad:

Pri potrebe umiestnenia imobilnej pacientky z Národného onkologického ústavu po patologickej fraktúre ramennej kosti a stehennej kosti, pričom druhá bola chirurgicky fixovaná, s potrebou analgetickej liečby silnými opioidmi v kontinuálnej infúzii sme z 22 existujúcich domoch ošetrovateľskej starostlivosti dostali na žiadosť o umiestnenie len zo zariadenia v Krompachoch. Ostatné zariadenia – DOSy – odpovedali v duchu, že pacientka je pre nich ošetrovateľsky náročná. Krompachy boli od pacientkinej rodiny vzdialené vyše 400 km. (zdroj a údaje pacientky majú autorky).

Dom ošetrovateľskej starostlivosti a zariadenie sociálnych služieb s integrovanou ošetrovateľskou starostlivosťou dostupnou 24/7 sú v súčasnosti takmer identické zariadenia. Výnimočnosť DOSu by mala byť v tom, že by mali prijímať pacientov len s vysokou potrebou ošetrovateľskej starostlivosti a pacientov v permanentnom vegetatívnom stave (tzv. bdelej kóme). Takýchto pacientov v súčasnosti DOSy nemajú v starostlivosti, a tak

²⁰ <https://www.cambridge.org/core/books/skillmix-innovation-effectiveness-and-implementation/longterm-and-palliative-care-at-home-skillmix-innovations-for-enhanced-responsiveness-and-satisfaction-of-patients-and-caregivers/878C4B84177DDB173C1B14C7FD28C919>

títo pacienti sú umiestnení v hospicioch. A to aj napriek skutočnosti, že pacient v bdelej kóme nie je pacientom, ktorý by mal byť umiestnený v hospici. Preto je to pacient s potrebou dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti, s vysokou potrebou zdravotnej starostlivosti a najmä s potrebou opatrovateľskej starostlivosti, jeho stav je stabilizovaný a jeho expektácia života je viac ako 6 mesiacov.

Stále je však akútny nedostatok zariadení pre sociálne krehké osoby s potrebou opatrovateľskej starostlivosti. Čakacie lehoty na umiestnenie v zariadeniach sociálnych služieb sú neprimerane dlhé. Neexistujú ani žiadne pravidlá prioritizácie pre umiestnenie pacienta z akútneho nemocničného lôžka do týchto zariadení.

2.2 NEFORMÁLNA STAROSTLIVOSŤ

Neformálna starostlivosť v rámci dlhodobej sociálnej starostlivosti je poskytovaná v domácom prostredí osoby, je podporovaná formou príspevku na opatrovanie (podľa zákona č. 447/2008 Z. z. o sociálnych službách). Nárok na príspevok majú osoby so stupňom odkázanosti na pomoc inej osoby pri stupni odkázanosti pri sebaobsluhy V. a VI. Výdavky na túto službu tvorili 9 % až 13 % ročných výdavkov verejnej správy na sociálne služby.²¹

Neformálnu starostlivosť na účely tejto správy vymedzujeme ako starostlivosť

- poskytovanú osobám, ktoré sú dlhšie obdobie odkázané na pomoc inej osoby pri bežných denných činnostiach (úkony sebaobsluhy, starostlivosti o domácnosť a základné sociálne aktivity) z dôvodu zdravotného postihnutia
- zabezpečovanú prevažne najbližšími v domácom prostredí, príp. inými osobami, ktoré s nimi zdieľajú spoločnú domácnosť
- nevyžadujúcu osobitnú kvalifikáciu opatrovujúcich osôb.

V roku 2016 bol počet takto opatrovaných približne 56 tisíc a len o niečo menšia (takmer 55 tisíc) bola skupina ľudí, ktorá sa tieto osoby starala a poberala príspevky na opatrovanie v

²¹ https://www.rrz.sk/wp-content/uploads/2022/02/02_WelfareReport_sprava.pdf

celkovej výške cca. 92 mil. €. Práve táto forma podpory je, čo sa týka rozsahu poskytovanej dlhodobej starostlivosti najširšia a zohľadňuje aj princíp poskytovania služby v prirodzenom prostredí odkázanej osoby. Na jednej strane je táto starostlivosť najširšia, no na druhej strane vynaložené finančné prostriedky v pomere na jednu opatrovanú osobu sú najnižšie. Často je však rozsah problémov a odkázanosti rovnaký alebo vyšší ako aj u prijímateľov sociálnych služieb. Osoby s nižším stupňom odkázanosti nie sú kompenzované pravidelnými priamymi formami.

Požiadateľ o opatrovateľský príspevok môže len osoba, ktorá dosiahla plnoletosť, je spôsobilá na právne úkony (v plnom rozsahu), je fyzicky a psychicky schopná vykonávať opatrovanie a má písomné udelenie súhlasu s opaterou od osoby s ťažkým zdravotným postihnutím. Táto osoba môže, ale aj nemusí byť v rodinnom vzťahu s opatrovanou osobou. Rozhodnutie o opatrovateľskom príspevku je v kompetencii úradov práce, sociálnych vecí a rodiny podľa miesta trvalého bydliska žiadateľa o tento príspevok.

Správa Európskej komisie z roku 2018 zdôrazňuje, že Európsky pilier sociálnych práv "výslovne stanovuje záväzok voči ľuďom poskytujúcim starostlivosť vrátane ich práv na flexibilnú prácu a prístup k službám starostlivosti"²², pričom treba mať na pamäti, že podľa údajov väčšinu dlhodobej starostlivosti v Európe - približne 80 % - poskytujú neformálni opatrovatelia, teda ľudia, ktorí sa starajú o závislé alebo staršie osoby, ktorým poskytujú podporu pri základných a/alebo inštrumentálnych činnostiach každodenného života. Títo opatrovatelia nie sú vyškolení v oblasti zdravotnej starostlivosti a pravdepodobne za túto prácu nedostávajú odmenu, ani nemajú oficiálnu pracovnú zmluvu.²³

Neformálne opatrovanie môže mať negatívny vplyv na fyzické aj mentálne zdravie opatrovateľov. Tieto osoby sa zároveň vzdávajú účasti na trhu práce, čo má dopad na ich súčasný, ale aj budúci príjem v podobe dôchodku či úspor. Nižšia participácia sa tiež negatívne prejavuje aj na daniach a poistnom v štátnom rozpočte.²⁴

2.3 FORMÁLNA STAROSTLIVOSŤ

Formálnu starostlivosť pre účely tejto správy definujeme ako starostlivosť, ktorá je

²² <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1>

²³ <https://officialblogofunio.com/2022/02/24/analyzing-informal-care-from-an-eu-perspective/>

²⁴ <https://www.mfsr.sk/files/archiv/63/komentar-LTC.pdf>

- poskytovaná osobám, ktoré sú odkázané na pomoc inej osoby pri bežných denných činnostiach (úkony sebaobsluhy, starostlivosti o domácnosť a základné sociálne aktivity) alebo sú ohrozené z vážnych dôvodov (napr. domáce týranie, strata obydlija)
- poskytovaná profesionálnymi pracovníčkami a pracovníkmi sociálnych služieb zabezpečovaných miestnou alebo regionálnou samosprávou alebo neverejnými poskytovateľmi
- poskytovaná vo forme sociálnych služieb (vrátane sociálneho poradenstva) v domacom prostredí alebo v nejakom zariadení dennou, týždennou alebo celoročnou formou
- s rozsahom nároku na starostlivosť minimálne 2 hodiny denne a je financovaná primárne z rozpočtov miestnej a regionálnej samosprávy, úhrady užívateľa sociálnej služby, príp. z iných zdrojov,
- vyžadujúca si splnenie zákonom stanovených kvalifikačných predpokladov na strane zamestnancov zariadení sociálnych služieb.²⁵

Formálna starostlivosť v rámci dlhodobej sociálnej starostlivosti zahŕňa vecnú starostlivosť a peňažné dávky. Vecná dlhodobá starostlivosť je poskytovaná odborníkmi doma alebo v zariadení (ako sú opatrovateľské centrá a opatrovateľské služby, domovy).

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách (§ 2 ods. 2) definuje nepriaznivú sociálnu situáciu ako ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzením jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy, najmä:

- a) z dôvodu, že nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb,
- b) pre svoje životné návyky, spôsob života, závislosť od návykových látok alebo návykových škodlivých činností,
- c) pre ťažké zdravotné postihnutie alebo nepriaznivý zdravotný stav,
- d) pre výkon opatrovania fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím.

Peňažné dávky sú platby, ktoré môžu byť použité na úhradu formálnej starostlivosti doma alebo v zariadení, inštitúcii alebo ktoré môžu byť vyplatené neformálnemu opatrovateľovi ako podpora príjmu. Všetky členské štáty EÚ sú zapojené buď do verejnom poskytovaní a/alebo

²⁵ <https://www.ceit.sk/IVPR/images/IVPR/Interlinks/Interlinks1kniha.pdf>

financovaní formálnej dlhodobej starostlivosti služieb (poskytovaných opatrovateľskými asistentmi, ktorí sú platení na základe určitej formy pracovnej zmluvy), hoci miera, do akej je to tak, sa líši v jednotlivých členských štátoch EÚ.²⁶

Formálna starostlivosť sa často spája s nízkym spoločenským i finančným uznaním, v dôsledku čoho u relatívne vysokého počtu zamestnancov dochádza v niektorých krajinách k značnej fluktuácii, prehlbuje sa nedostatok personálu. V budúcnosti bude starnutie populácie znamenať, že bude menej ľudí v produktívnom veku a vzdelávacie trendy môžu viesť k poklesu počtu nízkokvalifikovanej pracovnej sily.²⁷

Veľká časť dlhodobej starostlivosti v EÚ poskytujú neformálni opatrovatelia, ako napr. rodinní príslušníci a priatelia - najmä manželia alebo deti. Neformálna starostlivosť nie je v zásade platená a neexistuje žiadna formalizovaná zmluva, aj keď neformálny opatrovateľ môže dostávať transfery príjmov a prípadne aj nejaké platby od osoby, ktorá. Hoci nahrádza dlhodobú starostlivosť financovanú z verejných zdrojov, treba poznamenať, že existujú "náklady obetovanej príležitosti" vyplývajúce z neformálnej starostlivosti. Ide o vplyv na trh práce a produktivitu, ako aj ako aj na samotný zdravotný stav opatrovateľov.

Krajiny ako Dánsko Holandsko a Švédsko sa spoliehajú najmä na formálnu starostlivosť, zatiaľ čo krajiny ako Bulharsko, Cyprus, Estónsko, Litva, Lotyšsko, Rumunsko a Chorvátsko sa spoliehajú na takmer výlučne na neformálnu starostlivosť.

Okrem demografických aj sú aj socio-ekonomické faktory, ktoré by mohli spôsobiť pomalší rast ponuky neformálnych opatrovateľov oproti dopytu po starostlivosti v zariadeniach. Medzi tieto faktory patria napríklad pokles počtu viacgeneračných domácností, zvyšovanie participácie žien na trhu práce, rastúca rozvodovosť, zmenšovanie veľkosti rodín. Naopak, pozitívny vplyv na počet neformálnych opatrovateľov môže mať rastúci počet opatrovateľov v poproduktívnom veku.²⁸

²⁶ https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2018-05/ip079_en.pdf

²⁷ https://economy-finance.ec.europa.eu/system/files/2018-05/ip079_en.pdf

²⁸ https://www.rrz.sk/wp-content/uploads/2022/02/02_WelfareReport_sprava.pdf

2.4

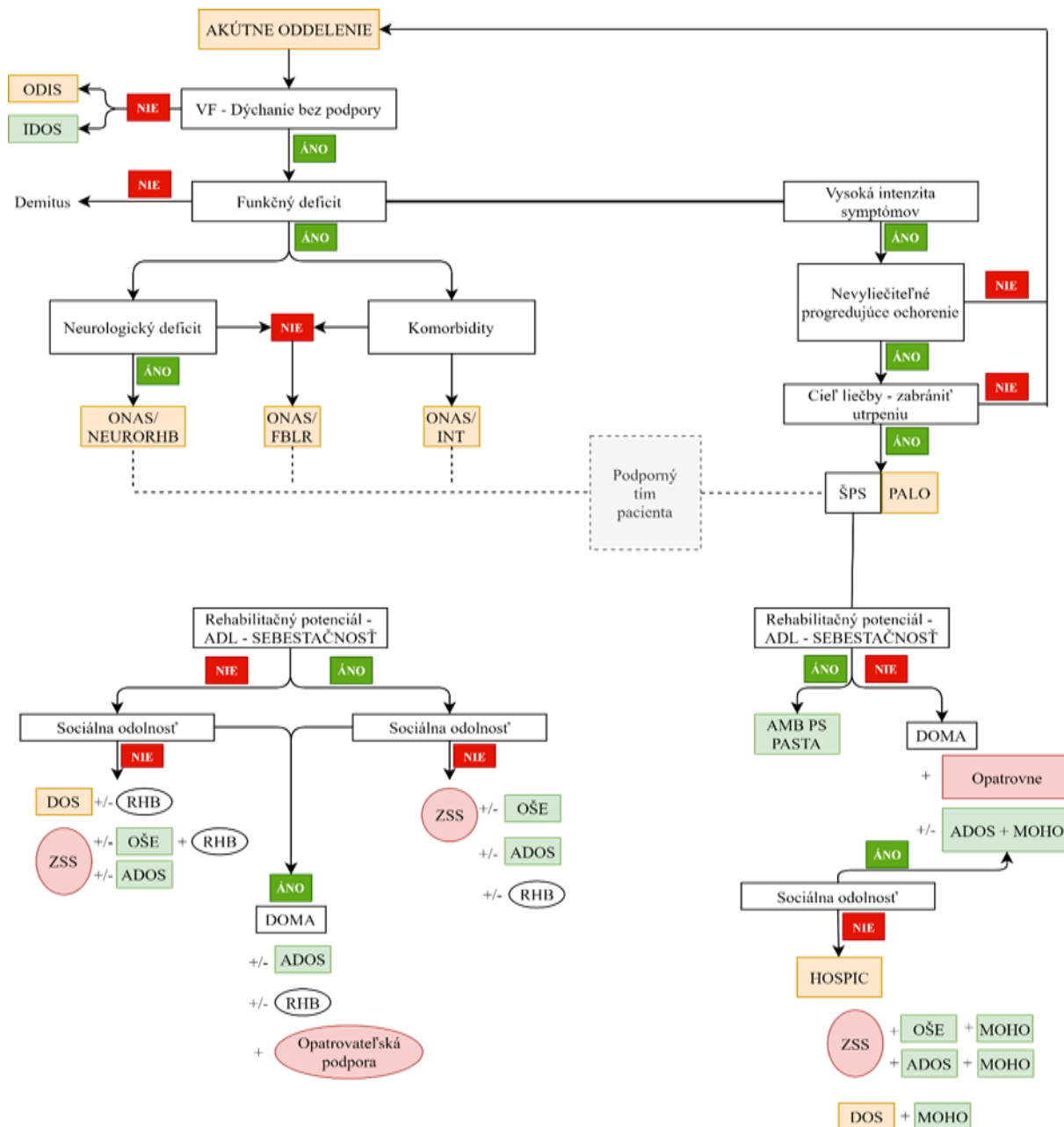
SOCIÁLNO - ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

V Slovenskej republike doteraz neexistuje systém integrovanej dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti pre seniorov, osoby so zdravotným postihnutím a osoby s chronickým ochorením, a to aj napriek viacerým pokusom a snahám o reformovanie a prepájanie systému sociálnych služieb a zdravotnej starostlivosti. Zdravotná starostlivosť a sociálne služby sú v Slovenskej republike stále zostávajú v podobe dvoch separátnych systémov s minimálnou koordináciou a prepojením. Každý z týchto systémov sa riadi vlastnou legislatívou a normami.

Zákonom č. 267/2022 Z. z., ktorým sa novelizoval zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, sa vytvoril právny rámec na prepojenie týchto dvoch systémov, avšak v praxi manažment pacienta v dlhodobej starostlivosti funguje len na strane poskytovania zdravotnej starostlivosti. To znamená, že počas hospitalizácie alebo ku dňu ukončenia hospitalizácie je pacientovi poskytnutá kompletná pomoc – okrem medicínskej, aj psychologická a duchovná podpora, vrátane sociálneho poradenstva s aktívnou pomocou pri vybavovaní jednotlivých foriem sociálnej pomoci a kompenzácií. Pri potrebe umiestnenia pacienta do zariadenia sociálnych služieb kompetencie zdravotníckeho zariadenia sú už limitované a často nie je možné v primeranej dobe pacienta umiestniť do zariadenia sociálnych služieb.

V oblasti poskytovania dlhodobej a paliatívnej starostlivosti je prepojenie zdravotno-sociálnej starostlivosti nevyhnutné pri tzv. ceste pacienta.

Cesta pacienta



Vysvetlivky:

ŠPS - Špecializovaná paliatívna starostlivosť poskytovaná lekárom – špecialistom v paliatívnej medicíne. ŠPS sa poskytuje ústavnou formou ako špecializovaná ústavná paliatívna starostlivosť (ŠUPS) a špecializovaná ambulantná paliatívna starostlivosť (ŠAPS). Kapacity ŠUPS predstavuje kamenný hospic (KAHO) a paliatívne oddelenie (PALO) a kapacity ŠAPS predstavuje paliatívna ambulancia (PALA) a mobilný hospic (MOHO).

Aj podľa odporúčania Rady vlády z roku 2022 sa má dlhodobá starostlivosť organizovať tak, aby sa osoby odkázané na dlhodobú starostlivosť mohli v prípade potreby spoľahnúť na neprerušovanú škálu služieb vždy, keď je to potrebné, a tak dlho, ako je to potrebné, pričom sa podporuje ich začlenenie do spoločnosti a udržiavanie vzťahov s rodinou a priateľmi. Prechody

medzi jednotlivými službami dlhodobej starostlivosti sú hladké a ich cieľom je zabrániť narušeniu poskytovania služby alebo akémukoľvek negatívneho vplyvu na poskytovanú starostlivosť.²⁹

Medzi mobilné formy poskytovania zdravotnej starostlivosti v rámci dlhodobej a paliatívnej starostlivosti patrí agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a mobilný hospic (MOHO) podľa § 7 zákona č. 578/2004 Z.z. Táto starostlivosť prostredníctvom ADOS a MOHO je určená pacientom všetkých vekových kategórií v ich prirodzenom domacom prostredí.

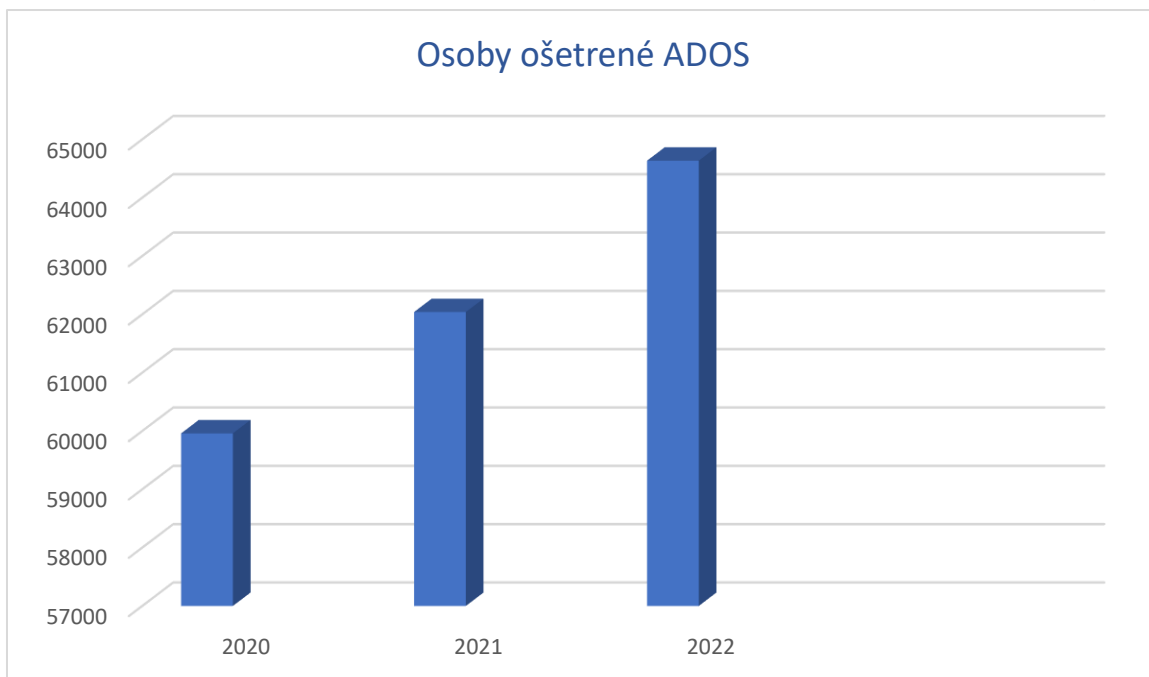
ADOS poskytuje dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť, ktorej cieľom je udržanie kvality života u osoby, ktorá z dôvodu svojho nepriaznivého zdravotného stavu nie je sebestačná v každodenných bežných aktivitách a zároveň je odkázaná na dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť je spravidla poskytovaná po náhlom zhoršení a následnej stabilizácii zdravotného stavu osoby alebo po následnej zdravotnej starostlivosti.

Potreba starostlivosti ADOS-om v posledných rokoch rastie z pohľadu počtu pacientov, počtu návštev a výkonov, ale aj z pohľadu celkovej úhrady zo strany zdravotných poisťovní. Je potrebné upozorniť aj na skutočnosť, že náklady na dopravu ADOS (tzv. kilometrovné) neboli do roku 2023 uhrádzané zo zdravotného poistenia a ADOSy ich museli uhrádzať z vlastných zdrojov.

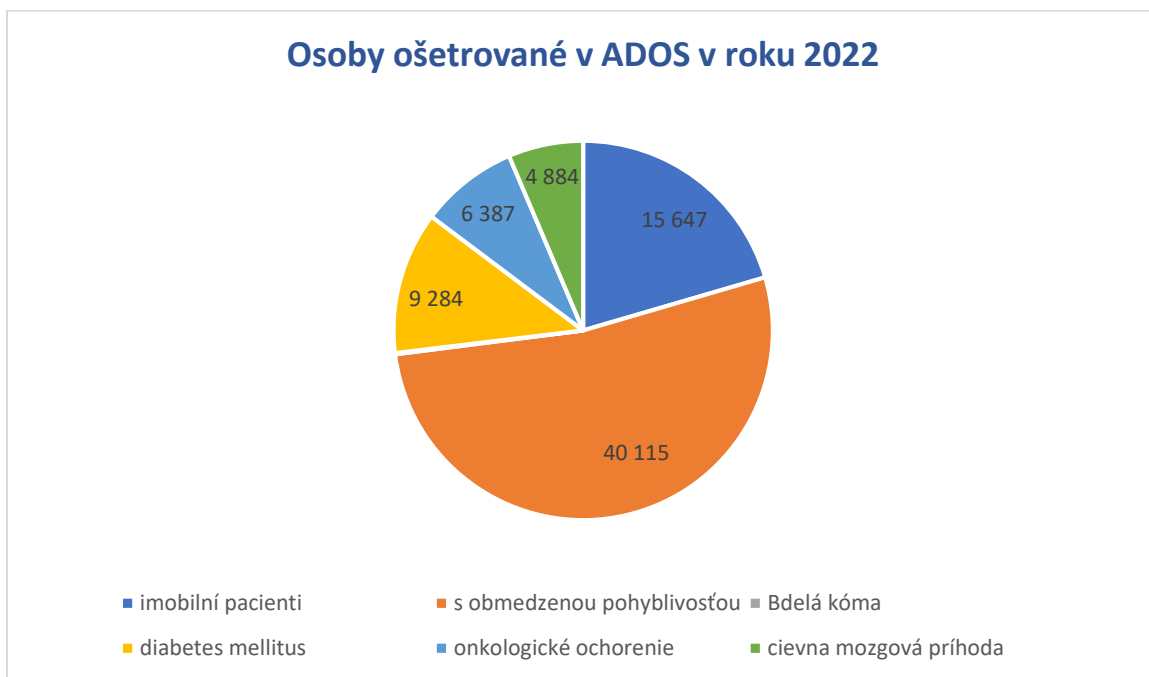
Osoby ošetrené zdravotníckymi pracovníkmi ADOS v Slovenskej republike za roky 2020 – 2022³⁰

²⁹ [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1215(01))

³⁰ <https://www.employment.gov.sk/files/sk/uvodna-stranka/aktivne-starnutie/narodny-program-aktivneho-starnutia/npas-opatrenie-1-ciel-3-4-3-data.pdf>



Osoby ošetrované zdravotníckymi pracovníkmi ADOS v Slovenskej republike podľa postihnutia za rok 2022 vo všetkých vekových skupinách³¹



³¹ <https://www.employment.gov.sk/files/sk/uvodna-stranka/aktivne-starnutie/narodny-program-aktivneho-starnutia/npas-opatrenie-1-ciel-3-4-3-data.pdf>

2.5 ŠPECIALIZOVANÁ AMBULANTNÁ PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ

Mobilný hospic (MOHO) poskytuje špecializovanú paliatívnu starostlivosť paliatívneho pacientovi v jeho prirodzenom prostredí. Paliatívny pacient je osoba s nevyliciteľným progredujúcim ochorením (napr. metastatické nádorové ochorenie, tzv. end-stage chronickej obštrukčnej pľúcnej choroby, kardiálneho, hepatálneho, renálneho zlyhania, end-stage neurodegeneratívnych ochorení a podobne) alebo osoba s vysokou intenzitou symptómov, u ktorej je liečba zameraná na zmiernenie utrpenia. Podľa zákona č. 576/2004 Z. z. je mobilný hospic súčasťou špecializovanej ambulantnej starostlivosti, nie je to forma ošetrovateľskej starostlivosti. Špecializovanú paliatívnu zdravotnú starostlivosť poskytuje lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína v ambulantnej starostlivosti buď v ambulancii paliatívnej medicíny alebo v mobilnom hospici. Špecializovaná paliatívna zdravotná starostlivosť v ústavnej zdravotnej starostlivosti je poskytovaná v nemocnici na oddelení paliatívnej medicíny alebo v hospici. Pacienta do špecializovanej paliatívnej starostlivosti referuje ošetrojúci lekár po vyčerpaní všetkých možností dostupnej liečby. Vzhľadom na nedostatok lekárov (paliatológov) môže ošetrojúci lekár referovať pacienta aj lekárovi, ktorý poskytuje základnú paliatívnu starostlivosť, napr. praktickému lekárovi (§ 6ba zákona č. 576/2004 Z.z.)

Po vyšetrení pacienta paliatológom je nastavená špecializovaná paliatívna starostlivosť realizovaná lekárom, sestrou a odborníkmi z pomáhajúcich profesií. napr. psychológom, nutričným terapeutom, duchovným, sociálnym pracovníkom, špeciálnym pedagógom, fyzioterapeutom a podobne. Tento multidisciplinárny prístup je legislatívne ukotvený v zákone č. 576/2004 Z.z. (§ 4 ods. 9).

Poskytovanie zdravotnej starostlivosti v mobilnom hospici je analogické poskytovaniu zdravotnej starostlivosti v akejkoľvek inej špecializovanej ambulancii, len sa koná v prirodzenom prostredí pacienta. Je to obdoba návštevnej služby praktickým lekárom. Napriek tejto skutočnosti v aplikačnej praxi sa z pohľadu zdravotných poisťovní vyžaduje iný typ ošetrovateľskej dokumentácie ako v iných ambulanciách praktického lekára a nápadne pripomína vyžadovanie ošetrovateľskej dokumentácie v ADOSe. Z pohľadu legislatívy nie je mobilný hospic primárne poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti, ale špecializovanej ambulantnej starostlivosti, kde zodpovednosť za poskytovanie zdravotnej starostlivosti má

lekár. Z tohoto pohľadu považujeme mnohé úkony, ako napríklad ošetrovateľský prijímací dokument pacienta, alebo tzv. kontrolné listy za byrokratické, zbytočné, právne neodôvodnené a za duplicitu. Za prijatie pacienta do mobilného hospicu zodpovedá lekár, ktorý vypíše prijímaciu správu. Sestra v mobilnom hospici má poskytovať ošetrovateľskú zdravotnú starostlivosť v kontexte ordinácií lekára špecialistu. Z hľadiska geografickej ne/dostupnosti mobilných hospicov nie je efektívne vyžadovať, aby sestra mobilného hospicu vykonávala všetky ošetrovateľské úkony indikované u paliatívneho pacienta v domácom prostredí.

Príklad:

Lekár a sestra z MOHO Klenová v Bratislave prídu navštíviť pacientku v Modre (28 km od Národného onkologického ústavu Klenová, Bratislava 33 minút jazdy podľa google maps v dobrej premávke) raz za týždeň. Pacientka je staršia 82-ročná dáma, s pokročilým metastatickým karcinómom prsníka s metastázami v brušnej dutine a v kostiach, pričom metastatické postihnutie kostí viedlo k ochrnutiu pacientky a tvoria sa jej dekubity. Pacientka má kvôli metastatickej chorobe v brušnej dutine redukovaný príjem stravy a tekutín a potrebuje podávanie intravenózných tekutín formou infúzie. Pred prepustením z paliatívneho oddelenia mala zavedený cievny vstup a dcéra bola poučená o možnosti podávania liekov podľa potreby pri zhoršení stavu, pričom podpísala informovaný súhlas o parenterálnom podávaní infúzií aj keď nie je zdravotnícky pracovník. Je to analogické, ako pri zaradení pacientov do programu domácej parenterálnej výživy. Pacientke bolo umožnené pri štruktúrovanom rozhovore vyjadriť svoje potreby a preferencie aj na konci života: chcela byť čo najdlhšie doma s dcérou a chcela zomrieť doma. Dcéra sa komunikácie zúčastnila a vyjadrila, že aj pre ňu je dôležité, aby matka zomrela doma a že sa o ňu postará. U pacientky bolo potrebné denné podávanie infúzií, neskôr keď sa pridružili bolesti a vracanie, mala lieky vrátane silných opioidov (morfínu) v kontinuálnej infúznej pumpe. Denne bolo potrebné ošetrovať dekubit.

U pacientky uvedenej v príklade sa jednalo o vysokú potrebu ošetrovateľskej starostlivosti (kategória C podľa nižšie uvedenej tabuľky).

Miera potreby zdravotnej starostlivosti		
A.	Osoba s rizikom destabilizácie	

	zdravotného stavu	
B.	Osoba s miernou potrebou zdravotnej starostlivosti	Pravidelná subkutánna medikácia (LMWH, inzulín...) Kolostómia, PEG, NGS, PK Dekubit, lézia na koži do 5 cm² Perorálna medikácia podľa potreby okrem opioidových analgetík Riziko aspirácie, porucha prehĺtania Iná choroba/iný zdravotný výkon, ktoré identifikuje zdravotnícky pracovník, ktoré vyhodnotil ako miernu potrebu zdravotnej starostlivosti
C.	Osoba s vysokou potrebou zdravotnej starostlivosti	Kognitívna dysfunkcia (MMSE 0-20) s poruchami správania Epileptické záchvaty, resuscitácia, kolapsový stav Cievne vstupy, perkutánne drény (nerfrostómia, PTD a pod.) Perkutánna parenterálna liečba: hypodermoklýza, s.c. kontinuálna medikácia infúznym dávkovačom Intravenózna pravidelná liečba, napr. parenterálna hydratácia, výživa, parenterálne antibiotiká pri malabsorpcii Opioidy podľa potreby – perorálne alebo parenterálne Kolonizácia multirezistentným bakteriálnym kmeňom, oligosymptomatická infekcia (napr. COVID-19 a pod.) s vysokým rizikom šírenia Dekubit, lézia na koži nad 5 cm² Zvýšený monitoring pulzná oxymetria, EKG Akákoľvek intravenózna, subkutánna a inhalačná liečba podľa potreby Tracheostomická kanyla Potreba dialýzy Vysokovýdajová fistula/stómia (vypúšťanie stomického vrečka viac ako 5x za deň, výdaj viac ako 800 ml/24 hod) Osoba v špecializovanej paliatívnej zdravotnej starostlivosti Osoba v permanentnom vegetatívnom stave Iná choroba/iný zdravotný výkon, ktoré identifikuje zdravotnícky pracovník, ktoré vyhodnotil ako vysokú mieru potreby zdravotnej starostlivosti

Tabuľka Miera potreby zdravotnej starostlivosti podľa prílohy č. 2 zákona č. 576/2004 Z.z.

Ak by za pacientkou uvedenej v príklade musela denne dochádzať sestra z mobilného hospicu v Bratislave, nemohla by ísť s lekárkou z mobilného hospicu na výjazdy k iným pacientom. Racionálnym a funkčným riešením v tomto prípade je kombinácia špecializovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, v našom prípade poskytovanej mobilným hospicom a ADOS. Kombináciu poskytovania zdravotnej starostlivosti mobilným hospicom a ADOSom vyhodnocuje zdravotná poisťovňa ako „neefektívne čerpanie prostriedkov“ a túto zdravotnú starostlivosť neuhrádza. (Autorky majú údaje a zdroj k danej kazuistike k dispozícii.)

Máme za to, že neefektívnym čerpaním verejných zdrojov je, ak má sestra z mobilného hospicu v Bratislave denne dochádzať k pacientke v Modre, keď všetky pracovné dni okrem výjazdu mobilným hospicom môže pokryť potrebu ošetrovateľskej starostlivosti lokálny ADOS. Nehradenie výjazdu ADOS mimo pracovných dní a podávanie liekov podľa potreby sme doplnili inštrukciou neformálneho opatrovateľa – dcéry pacientky, ktorá sa naučila vymeniť lieky v kontinuálnom dávkovači, ošetriť dekubit a podať lieky podľa potreby analogicky ako to robíme pri zaraďovaní pacientov do programu domácej parenterálnej výživy. Podávanie parenterálnej výživy do sofistikovane zavedeného cievneho vstupu je podľa prílohy č. 2 zákona č. 576/2004 Z. z. kategorizované ako vysoká potreba zdravotnej (ošetrovateľskej) starostlivosti a napriek tomu existuje zákonná forma, ktorá umožňuje vykonávať túto ošetrovateľskú činnosť nezdravotníkovi, zväčša blízkej osobe.³²

Definovanie ošetrovateľskej starostlivosti ako poskytovanie zdravotnej starostlivosti sestrou ohraničuje možnosti poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom prostredí, kde sa sestra nenachádza a v dôsledku nedostatočných personálnych kapacít sestier a súčasne zvýšením počtu osôb vyžadujúcich ošetrovateľskú starostlivosť nebude táto potreba naplnená. Aj pri prepustení z nemocnice v ošetrovateľskej správe existuje zákonný rámec v § 9 odsek 10 zákona č. 576/2004 Z.z, kedy sestra informuje poučí blízku osobu pacienta o pokračujúcej ošetrovateľskej starostlivosti.

Súčasťou paliatívnej starostlivosti je aj podpora blízkej osoby pacienta (štruktúrovaným rozhovorom s komunikáciou prognostikácie, vysvetlením liečby, komunikáciou procesov a rôznych scénarov zomierania s edukáciou intervencie v situácii s dekompenzáciou bolesti

³²https://www.health.gov.sk/Zdroje/?/Sources/dokumenty/vestniky_mz_sr/2009/vestnik01_03_2009.pdf

a iných ťažkostí a pod.), nutričné, sociálne poradenstvo, hodnotenie a manažment psychologického, existencionálneho a spirituálneho distresu a pod.

Väčšina mobilných hospicov od pacientov neprijíma žiadnu platbu a sú financované sčasti zo zdravotných poisťovní, z darov a pri neziskových organizáciách z 2% z daní. Nedostatok financií a administratívne náročné vykazovanie zdravotných úkonov zdravotným poisťovniám má za následok personálne poddimenzovanie (riziko vyhorenia, časté zmeny), nemožnosť poskytovania starostlivosti 24/7, nedostupnosť starostlivosti pacientom v regiónoch. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR zozbieralo údaje o počtoch návštev lekára a sestry u pacienta (v návštevnej službe) uskutočnených útvarmi s odbornou činnosťou domáca hospicová starostlivosť v Slovenskej republike v roku 2022.³³



21

Podľa nedávneho výskumu nie je v Slovenskej republike v širokej verejnosti spokojnosť:

- a) so zabezpečením prístupu starostlivosti o zomierajúcich (napr. prístupu k liečby symptómov, nutričnej starostlivosti) v domácom prostredí
- b) s komunikáciou počas zomierania a následne s pozostalými
- c) s nehodnotením a nereflektovaním preferencií pacientov na konci života.³⁴

³³ <https://www.employment.gov.sk/files/sk/uvodna-stranka/aktivne-starnutie/narodny-program-aktivneho-starnutia/npas-opatrenie-1-ciel-3-4-3-data.ods>

³⁴ <https://www.zomieranie.sk/files/pdf/prieskum-2019-zverejnenie.pdf>

Rovnako nie je v Slovenskej republike zabezpečená dostupnosť kapacít špecializovanej paliatívnej starostlivosti. V roku 2010 boli Európskou asociáciou paliatívnej starostlivosti (EAPC) definované štandardy a normy paliatívnej starostlivosti publikované Lukasom Radbruchom³⁵. Revízia štandardov bola publikovaná Sheilou Payne³⁶ v r. 2022. Porovnanie s uvedenými štandardami a normami Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti je uvedené nižšie v tabuľke.

Porovnanie všetkých kapacít paliatívnej starostlivosti a kapacít ŠPS v roku 2022 a potreby ŠPS

Kapacita paliatívnej starostlivosti	Počet kapacít v SR	Počet kapacít s dostupnosťou ŠPS v SR	Potrebný počet kapacít ŠPS	Dostupnosť v systéme
Hospic	180 lôžok	67 lôžok	280 – 380 lôžok	23,90%
Paliatívne oddelenie	85 lôžok	19 lôžok	160 lôžok	11,9 %
Mobilný hospic	18	9	55 – 70	16,40%
Paliatívna ambulancia	2	2	30 – 55	6,70%

Vysvetlivky: ŠPS – špecializovaná paliatívna starostlivosť

Nad rámec nedostatočného prístupu k dlhodobej starostlivosti pre obyvateľov SR všeobecne MZ SR registruje významné rozdiely v dostupnosti týchto služieb medzi jednotlivými regiónmi SR. Uvedené súvisí aj s problémom zabezpečenia personálnych kapacít spôsobeným o.i. aj dlhodobým nedostatkom zdravotníckeho personálu, nedostatočnou osvetou a slabou ponukou študijných programov v oblasti dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej starostlivosti. Špecifickými problémami je nedostupnosť k dlhodobej a paliatívnej starostlivosti pre vylúčené

³⁵ Radbruch L, et al. 2010. Standardy a normy hospicové a paliatívnej péče v Európe. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. European Journal of Palliative Care. 2009;16(6):278-289. Kindly reproduced by permission of the publisher of the EJPC, who retains the copyright. www.ejpc.eu.com.

³⁶ Payne S, et al. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35114839/> Accessed July 4, 2023.

skupiny, napríklad pre marginalizované rómske komunity alebo pre ľudí bez domova, na ktorú poukazuje aj Strategický rámec starostlivosti o zdravie.³⁷

2.6 PODPORNÝ TÍM

V roku 2022 bola prijatá legislatívna úprava týkajúca sa multidisciplinárneho prístupu pri poskytovaní dlhodobej a paliatívnej starostlivosti (§ 4 zákona č. 576/2004 Z.z.) so zadefinovaním podporného tímu ošetrojúceho lekára (§ 2 zákona č. 576/2004 Z.z.) Zadefinovaním multidisciplinárneho prístupu k pacientovi a možnosťou vytvorenia podporného tímu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti sa vytvorili predpoklady na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie pacienta už počas jeho hospitalizácie. Rýchle zhodnotenie a včasné riešenie sociálnych, ale aj psychosociálnych a iných problémov podporným tímom v nemocnici facilituje prepustenie pacienta v adekvátnom čase a zamedzuje sa tým neefektívnemu predlžovaniu hospitalizácie, čo má za následok napríklad zníženie rizika nozokomiálnej infekcie pre samotného pacienta, ale aj efektívne využitie akútneho nemocničného lôžka. Cieľom podporného tímu je už počas hospitalizácie pacienta jemu a jeho príbuzným poskytnúť možnosti pokračovania v napĺňaní ošetrovateľských potrieb v prirodzenom prostredí pacienta a riešenia sociálnych problémov po ukončení hospitalizácie. Po ukončení hospitalizácie by mal pacient mať možnosť pokračovať v liečbe v prirodzenom prostredí, alebo v prípade potreby v domoch ošetrovateľskej starostlivosti a to po celkovom zhodnotení jeho zdravotného stavu, sociálneho prostredia a jeho schopnosti vykonávať aktivity v každodennom živote.

Podporný tím by mal mať schopnosť naplniť potreby pacienta v týchto aspektoch:

- kompetentný: posudzovať sociálne, duchovné a iné potreby pacienta,
- angažovaný: voči pacientom a rodinám,
- vedomý si: všetkých rozmerov starostlivosti,
- súcitný: chápať a zdieľať utrpenie s pacientmi a ich rodinami.³⁸

³⁷ <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf>

³⁸ https://www.iccp-portal.org/system/files/resources/Gomez-Batiste_X_Connor_S_Eds_Building_Integrated_Palliative_Care_Programs_and_Services_2017.pdf

Interdisciplinárny prístup vedie k zníženiu celkových nákladov na starostlivosť tým, že skracuje priemerný čas, ktorý pacienti musia stráviť v akútnej nemocničnej starostlivosti. Poskytnutím pomoci v sociálnej oblasti (napr. usmernením pri možnostiach a podmienkach domácej starostlivosti, vybavovaní zdravotníckych pomôcok, kompenzačných príspevkov alebo inej sociálnej pomoci zo strany obcí, príslušných inštitúcií alebo finančnej podpory zo strany neziskových organizácií) sa zabezpečí čo najskoršie prepustenie osoby z ústavného zdravotníckeho zariadenia. V súčasnosti nie je ešte zriadený v žiadnej nemocnici podporný tím. Mnohé nemocničné zariadenia poskytujú pacientom sociálne poradenstvo, psychologickú a duchovnú podporu.

Niektoré z aktivít podporného tímu sú zamerané na:

- tvorbu liečebných cieľov (napr. limitácia liečby, prechod na paliatívnu starostlivosť z kuratívnej) a liečebného plánu u pacientov v pokročilých a v záverečných štádiách pri chronických ochoreniach,
- komunikácia s pacientom a jeho blízkymi, podpora v období smútenia (napr. v mimoriadnych situáciách úmrtie matky maloletých detí)
- riešenie prechodu z ústavnej starostlivosti v nadväznosti na sociálnu situáciu pacienta (napr. pri prechode z prostredia nemocnice do sociálneho zariadenia, hospicu alebo domáceho prostredia), sprostredkovanie informácií .

Podľa záverečných výsledkov projektu Ministerstva zdravotníctva ČR v dôsledku aktivít konziliárneho paliatívneho tímu v nemocniciach došlo k skráteniu dĺžky rehospitalizácie až o 25-30 percent. Zároveň došlo k poklesu podielu pacientov s rehospitalizáciou až o 30 percent. Dĺžka rehospitalizácií akútnej starostlivosti sa skrátila viac ako dvojnásobne.³⁹

Novší výskum poskytol dôkazy o pozitívnom vplyve tímov paliatívnej starostlivosti na kvalitu liečby bolesti a iných symptómov. O zložení tímu sa musí rozhodovať flexibilne na základe potrieb pacienta.⁴⁰

³⁹ <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nemocnicni-paliativni-pece-prokazala-svuj-nesporny-vyznam/>

⁴⁰ https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evr_ope.pdf

V Českej republike v roku 2022 bolo ministerstvo zdravotníctva vydaní metodické usmernenie definujúce charakter činnosti konzíliových tímov paliatívnej starostlivosti v rámci poskytovateľa paliatívnej starostlivosti. Táto služba bola overovaná v pilotnom projekte ministerstva, definovaná v dokumente Štandardy poskytovania špecializovanej paliatívnej starostlivosti formou konzíliového tímu paliatívnej starostlivosti v nemocniciach akútnej a následnej starostlivosti a úhrada nákladov pre činnosť tímu bola z verejného zdravotného poistenia.⁴¹ Medzi základné činnosti tímu patrí podľa Štandardov napríklad organizačné, sociálne a koordinačné potreby v kontexte konca života a umierania, organizácia starostlivosti a vzdelávanie v oblasti následnej starostlivosti zo strany poskytovateľa špecializovanej paliatívnej starostlivosti, starostlivosť o blízkych so zameraním na psychologickú a emocionálnu podporu. Podľa národného projektu Ministerstva zdravotníctva ČR „Podpora paliatívnej starostlivosti – zvyšovanie dostupnosti zdravotníckych služieb v oblasti paliatívnej starostlivosti v nemocniciach akútnej a následnej starostlivosti“ bolo primárnou činnosťou konzultačných tímov zisťovať hodnoty a potreby pacientov a ich rodín, formulovať ciele starostlivosti a primeranosti a intenzity liečby, ktoré rešpektujú hodnoty pacienta, koordinovať bilanciu zúčastnených lekárskejších disciplín, poskytovať následnú starostlivosť mimo nemocnice, poskytovať podporu v emocionálne ťažkej situácii a vydávať odporúčania na liečbu symptómov ochorenia. V roku 2020 už 40 nemocníc deklarovalo existenciu tímu paliatívnej starostlivosti, čo znamenalo takmer dvojnásobný nárast v porovnaní s rokom 2018, keď bolo funkčných len 18 tímov.⁴² V Spojených štátoch má 80 % nemocníc vlastný program paliatívnej starostlivosti, zatiaľ čo v Českej republike je to menej ako 5 %⁴³ takže väčšina ľudí zomiera v nemocniciach bez prístupu k paliatívnej starostlivosti a na Slovensku je minimálny počet (špecializované zariadenia napr. Národný onkologický ústav).

V Českej republike považujú za štandardnú zložku tejto siete poskytovania paliatívnej starostlivosti podobne ako vo vyspelých zdravotníckych systémoch ambulantnú starostlivosť, lôžkovú starostlivosť, konziliárnu starostlivosť a starostlivosť poskytovanú vo vlastnom sociálnom prostredí pacienta.⁴⁴

Stotožňujeme sa s výsledkami štúdie Európskej asociácie pre paliatívnu medicínu (2022), že pre poskytovanie kvalitnej paliatívnej starostlivosti je nevyhnutné plánovanie starostlivosti

⁴¹ https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/04/Vestnik-MZ_4-2022.pdf

⁴² <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nemocnicni-paliativni-pece-prokazala-svuj-nesporny-vyznam/>

⁴³ <https://www.tribune.cz/medicina/s-uhradou-nemocnicni-paliativni-pece-by-mohlo-pocitat-25-tymu/>

⁴⁴ https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf

vopred, rovnosť v prístupe k službám, uľahčenia preferovaného miesta poskytovania starostlivosti a poskytovania služieb vrátane špecializovanej paliatívnej starostlivosti, nemocničných tímov, lôžkových oddelení a domácej starostlivosti. Zároveň tvrdenie týkajúce sa prístupu k službám, dostupnosti národných zoznamov a webových stránok, naznačujú, že poskytovanie informácií je kľúčové.⁴⁵

V Dôvodovej správe k novele zákona č. 576/2004 Z. z. (zákonom č. 267/2022 Z. z.) je uvedený príklad aktivít podporného tímu:

Pacientka vo vysokom geriatrickom veku, bez vážnych komorbidít, je osamelá, bezdetná. Zlomí si krčok stehennej kosti a je hospitalizovaná. Akútna časť zdravotnej starostlivosti je ukončená po 4-5 dňoch, pacientka by následne mala rehabilitovať v rámci ústavnej zdravotnej starostlivosti (potreba následnej zdravotnej starostlivosti u pacientky). Vzhľadom na jej situáciu je zrejmé, že po prepustení z následnej starostlivosti nemôže byť v domácom prostredí sama. Ošetrovujúcim lekárom je referovaná podpornému tímu v nemocnici. Sociálny pracovník podporného tímu začne proces zabezpečenia opatrovateľskej služby prostredníctvom obce už na akútnom oddelení (pretože správne konanie na úrade obce trvá do 60 dní) alebo začne vybavovať umiestnenie pacientky v zariadení sociálnych služieb. Ak by sa tento proces riešil až po referovaní pacientky do následnej starostlivosti, dôjde k prebytočnému predĺženiu jej pobytu v nemocničnom prostredí.⁴⁶

Ak má pacient podporné domáce prostredie a je **mobilný**, môže byť v domácom prostredí, pričom medicínska starostlivosť je poskytovaná prostredníctvom ambulancie paliatívnej medicíny.

Ak má pacient podporné sociálne zázemie v domácom prostredí a je **imobilný**, zdravotná starostlivosť je poskytovaná formou mobilného hospicu, v ktorom vykonáva činnosť lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore paliatívna medicína a zdravotná sestra, prípadne aj v súčinnosti s pomáhajúcimi profesiami (psychológ, nutričný terapeut, fyzioterapeut a pod.). V prípade, že pacient vyžaduje ošetrovateľskú starostlivosť na dennej báze alebo častejšie, ako je potrebná návšteva lekára mobilného hospicu, môže byť poskytnúť ADOS.

Ak osoba referovaná do ŠPS nemá bezpečné sociálne zázemie v domácom prostredí a očakávaná dĺžka jej života je do 6 mesiacov, môže byť referovaná do hospicu. Alternatívou starostlivosti v (kamennom) hospici môže byť kombinácia zdravotno-sociálnej starostlivosti: v zariadení sociálnych služieb s ošetrovateľskou starostlivosťou alebo ADOS v spolupráci

⁴⁵ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9006395/>

⁴⁶ <https://www.najpravo.sk/dovodove-spravy/rok-2022/dovodova-sprava-k-zakonu-c-267-2022-z-z.html>

s mobilným hospicom alebo v dome ošetrovateľskej starostlivosti v spolupráci s mobilným hospicom. Kombinácia jednotlivých foriem zdravotnej starostlivosti nesmie byť vnímaná ako neefektívne vynakladanie verejných zdrojov, ale ako znak kvality starostlivosti.²⁴

Podľa ustanovení zákona č. 448/2008 Z. z. sú sociálne služby cielené na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú poskytovanie sociálnej služby v zariadeniach pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby, a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek, ktorými sú:

- zariadenie pre seniorov,
- zariadenie opatrovateľskej služby,
- domov sociálnych služieb,
- špecializované zariadenie.

Poukazujeme na formálnosť inštitútu bezodkladného umiestnenia osoby v zariadení sociálnej služby, ktorá sa nedokáže o seba postarať a nemá ani príbuzných, ktorí by sa o takúto osobu postarali. Nárok na bezodkladné (prednostné) zabezpečenie sociálnej služby podľa § 8 ods. 8 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách vzniká:

- ak je život alebo zdravie fyzickej osoby vážne ohrozené – napr. osoba je odkázaná na pomoc inej osoby a nemá žiadnu blízku osobu ktorá by sa o ňu postarala
- ak fyzická osoba nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb
- ak fyzická osoba skončila pobyt v ústavnom zariadení a nemá zabezpečené podmienky na bývanie v prirodzenom rodinnom prostredí.

V praxi bezodkladné umiestnenie predstavuje niekoľko mesačné čakanie na umiestnenie tejto osoby v zariadení sociálnych služieb. Často sa ho pacient ani nedožije a zostáva v bolestiach v domácom prostredí v nevyhovujúcich hygienických podmienkach a s nedostatočnou opatrovateľskou starostlivosťou.

Príklad:

Na paliatívnom oddelení NOU Klenová bol opakovane od novembra 2023 hospitalizovaný 77 ročný pacient po kuratívnej operácii pre včasný karcinóm pankreasu v septembri 2023. Počas

hospitalizácie v novembri 2023 na základe vykonaného sociálneho konzília bola s pacientom už počas hospitalizácie riešená jeho sociálna situácia. Je osamelý, žije len so 75 ročným bratom v dvojgarsónke, ktorý sa o pacienta nedokáže postarať, pretože sám má zdravotné problémy – je astmatik, používa kyslíkový prístroj, je morbidne obézny. Na obecný úrad podľa miesta bydliska pacienta bola ešte počas hospitalizácie pacienta podaná žiadosť na jeho bezodkladné umiestnenie v zariadení sociálnych služieb. V žiadosti bola detailne uvedená sociálna situácia pacienta, ktorý v dôsledku svojej choroby sa stal aj imobilným a v plnom rozsahu je odkázaný na pomoc inej osoby. Napriek opakovaným urgenciám na stav konania o bezodkladnom umiestnení, ako aj na odporúčanie sociálneho pracovníka, aby do doby umiestnenia pacienta v sociálnom zariadení, bola pacientovi pridelená aspoň opatrovatel'ka, obecný úrad len opakovane konštatoval, že oslovil zariadenia, avšak tieto nemajú žiadne voľné miesto.

V januári 2024 v čase finalizovane tejto správy bol tento pacient v kritickom stave prijatý na hospitalizáciu na paliatívnom oddelení – pacienta doviezol jeho brat na kontrolu v zanedbanom hygienickom stave, pacient nezrozumiteľne komunikoval. Na tele mal náplaste proti bolesti s dátumom 24.12.2023, jeho brat tvrdil, že nevedel, že treba preliepať náplaste, hoci to bolo v prepúšťacej správe. Pacient mal hlboké rozsiahle krvácajúce dekubity na dolných končatinách siahajúce až na kosť s prevismi nekrotického tkaniva - tieto dekubity vznikli doma v dôsledku nedostatočného (alebo žiadneho) polohovania pacienta. Brat mu ich údajne ošetroval krémami z lekárne, nevedel povedať akými, ale s pacientom nebol na žiadnom vyšetrení u chirurga, ani nekontaktoval ošetrojúceho onkologického lekára. Brat pacienta veľmi zmätočne vysvetľoval, že opakovane volal do ADOS, údajne ho všetci posielali preč a nikto k nim neprišiel. Údajne má aj rozhodnutie na terénnu opatrovatel'ku, z obecného úradu k nim doteraz neprišla žiadna opatrovatel'ka.



Pozitívom vyššie uvedených legislatívnych zmien o dlhodobej a paliatívnej starostlivosti, aj napriek prezentovaným problémom v predchádzajúcom texte:

- a) multidisciplinárnym prístupom k pacientovi sa zefektívňuje liečebný proces pacienta
- b) podporný tím už počas hospitalizácie pacienta v spolupráci s ostatnými členmi tohto tímu môže riešiť nepriaznivú psychickú, sociálnu a finančnú situáciu

pacienta a napomôcť k jej riešeniu a napomáha ku skráteniu doby hospitalizácie pacienta na akútnych lôžkach

- c) vznikom nových mobilných hospicov sa zabezpečila dostupnosť paliatívnej starostlivosti v domácom alebo v inom prirodzenom prostredí pacienta
- d) novým cenovým opatrením sa podporilo financovanie poskytovateľov poskytujúcich dlhodobú a paliatívnu starostlivosť
- e) novým cenovým opatrením sa podporilo aj financovanie ošetrovateľskej starostlivosti v domoch ošetrovateľskej starostlivosti a v zariadeniach sociálnych služieb.

Negatívom však aj naďalej zostáva:

- a) nedostatok zdravotníckych pracovníkov (lekárov – paliatológov a zdravotných sestier) poskytujúcich zdravotnú a ošetrovateľskú starostlivosť
- b) neskoré referovanie paliatívnych pacientov do špecializovanej paliatívnej starostlivosti
- c) len fakultatívna možnosť vzniku podporných tímov v ústavných zdravotníckych zariadeniach (v závislosti od možností finančných zdrojov tohto zariadenia)
- d) nespĺnený míľnik MPSVaR SR, v dôsledku čoho nie je možné zabezpečiť kontinuálne umiestnenie onkologických pacientov po ich stabilizácii a ukončení hospitalizácie do zariadenia sociálnych služieb
- e) nedostatočná ošetrovateľská starostlivosť v existujúcich zariadeniach sociálnych služieb
- f) nedostatočné vymedzenie pojmu ošetrovateľská a opatrovateľská starostlivosť v právnej úprave
- g) len jednozdrojové financovanie zdravotnej a opatrovateľskej starostlivosti v kamenných hospicoch (len zo zdrojov verejného zdravotného poistenia), prenos doplatkov na klientov týchto zariadení
- h) nedostatočná sieť kamenných hospicov
- i) nedostatočná sieť zariadení sociálnych služieb
- j) neexistencia prioritizácie umiestnenia onkologických a paliatívnych pacientov po ukončení ich hospitalizácie v zariadení sociálnych služieb
- k) ešte nevyhodnotené údaje zberané počas prechodného obdobia (miera potreby ošetrovateľskej starostlivosti).

3. UKAZOVATELE DOSTUPNOSTI PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Väčšina krajín v Európskej únii sa blíži k integrácii paliatívnej starostlivosti do národného systému zdravotnej starostlivosti. Zdá sa však, že existuje veľké množstvo problémov, v dôsledku ktorých nie je táto starostlivosť dostupná pre všetkých a vo všetkých regiónoch Slovenska.

Jedným z najčastejšie diskutovaných problémov je vzdialenosť, pričom pacienti vo vidieckych oblastiach musia prekonávať oveľa väčšie vzdialenosti, aby sa dostali k službám paliatívnej starostlivosti alebo k lôžkovým hospicom. Zdá sa, že v Nemecku, kde je systém zdravotnej starostlivosti regulovaný šesnástimi spolkovými krajinami, to znevýhodňuje spolkové krajiny ako Porýnie-Falcko alebo Meklenbursko-Predpomoransko s ich prevažne vidieckou štruktúrou. V prehľade o vývoji paliatívnej starostlivosti v Porýní-Falcku v roku 2015 sme zistili, že pacienti by museli cestovať v priemere 50 km, aby sa dostali do lôžkového hospicu, a špecializované služby domácej paliatívnej starostlivosti by mali mať viac ako 80 km priemernú dojazdovú vzdialenosť do domovov svojich pacientov.⁴⁷

Odborníci v súčasnosti uznávajú potrebu integrovať paliatívnu starostlivosť do systémov zdravotnej a sociálnej starostlivosti, okrem poskytovania špecializovaných služieb, aby sa zabezpečilo efektívne poskytovanie služieb pre všetky skupiny obyvateľstva s potrebou paliatívnej starostlivosti v rámci celého kontinua starostlivosti.⁴⁸

Uvádza sa sedem prípadových štúdií, ktoré ukazujú, ako sa v paliatívnej starostlivosti vyvinuli modely fungovania v rôznych podmienkach zdrojov. Integrácia do komunity a začlenenie do existujúcich zdravotníckych zariadení je kľúčom k celosvetovému rozvoju a udržateľnosti paliatívnej starostlivosti

Paliatívna starostlivosť je základným ľudským právom a nevyhnutnou súčasťou komplexnej a integrovanej starostlivosti.

⁴⁷ <https://eapcnet.wordpress.com/2023/09/12/equity-can-we-achieve-equal-access-to-hospice-and-palliative-care-for-all/>

⁴⁸ <https://spcare.bmj.com/content/early/2021/09/12/bmjspcare-2021-003181#ref-9>

Mala by byť vykonávaná poskytovateľmi zdravotnej a sociálnej starostlivosti rôzneho druhu, ako aj odborníkmi na paliatívnu starostlivosť a mala by byť poskytovaná v akomkoľvek zdravotníckom zariadení vrátane domáceho prostredia pacientov .

V Slovenskej republike je dostupnosť k poskytovaniu starostlivosti v kamenných a mobilných hospicioch t.č. nedostatočná a zároveň nie je súčasný stav pri existujúcich poskytovateľoch udržateľný z dôvodu personálneho poddimenzovania a nedostatku finančných zdrojov.

Pred implantáciou Národného projektu Posilnenie dlhodobej a paliatívnej starostlivosti v SR financovaného z operačného programu Ľudské zdroje bolo v SR.

V súčasnosti je na Slovensku 45 existujúcich mobilných hospicov poskytujúcich paliatívnu starostlivosť pacientom s nevyliciteľným ochorením.

Mapa mobilných hospicov s vyznačeným 30km dojazdom



Príklad:

Poukazujeme na prípad, keď nedostupnosť a nedostatočnosť pokrytia MOHO v tejto oblasti bola aj podľa zdravotnej poisťovne nedostatočná. Napriek tomu však pri kontrole zdravotná poisťovňa vytkla MOHO, že MOHO poskytol špecializovanú paliatívnu starostlivosť za hranice samosprávneho kraja. Pričom pre MOHO nie je zákonom, ani v povolení pre jeho činnosť stanovený rajón (tak ako je to napr. pri všeobecných lekároch), vo všeobecnosti sa akceptuje dojazd do 60 km od prevádzky MOHO. Výkony realizované MOHO pri výjazde za hranice samosprávneho kraja neboli zdravotnou poisťovňou uznané a MOHO je povinný ich zdravotnej poisťovni uhradiť ako neoprávnené náklady na zdravotnú starostlivosť. Tento „nedostatok“

vytknutý MOHO zo strany zdravotnej poisťovne považujeme za absurdný a napriek tomu, že sa stavia (mediálne) do pozície výnimočne proklientskej zdravotnej poisťovne, realita v tomto prípade je úplne odlišná.

Po prijatí legislatívnych zmien sa začína aj v praxi rozlišovať následná a paliatívna starostlivosť a začína byť dobrou praxou, že na doliečovacie oddelenie sa neprijme pacient, ktorý je paliatívny a nemá rehabilitačný potenciál na dosiahnutie sebestačnosti v aktivitách denného života. Tak sa naliehavosť dostupnosti paliatívnej starostlivosti v slovenskom zdravotníctve ešte zvyšuje. Dlhodobá ošetrovateľská starostlivosť sa poskytuje v niektorých zariadeniach sociálnych služieb, ktoré majú integrovanú ošetrovateľskú starostlivosť (v roku 2022 len v 98 zariadeniach). Kapacity špecializovanej paliatívnej starostlivosti sú v Slovenskej republike hlboko poddimenzované v porovnaní so Štandardami a normami Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti, avšak ich potreba bude v súvislosti s demografickým vývojom stále vzrastať.

V Slovenskej republike pacient za poskytovanie paliatívnej starostlivosti starostlivosť v kamennom hospici uhrádza poplatok. Napríklad v kamennom hospici jeden kalendárny deň tzv. lôžkodeň poskytovanej starostlivosti predstavuje náklady cca 154 eur v roku 2022, približne 15 % nákladov uhrádza pacient, jeho príbuzní. V porovnaní s rokom 2019, kedy boli náklady cca 98 eur na lôžkodeň.⁴⁹ Príkladom je aj ďalší hospic, v ktorom pacient, jeho rodina uhrádza 25 eur na deň.⁵⁰ Financovanie kamenných hospicov je viaczdrojové (zdravotné poisťovne, platba pacienta., resp. blízkych príbuzných, príspevky samosprávy, obcí a miest, dary právnických osôb, dary fyzických osôb, 2% z daní a iné) a je samostatnou témou.

V zariadeniach sociálnej starostlivosti je poskytovanie starostlivosti financované rovnako z viacerých zdrojov (platba klienta z jeho vlastných zdrojov, príspevok blízkych príbuzných, príspevky samosprávy, obcí a miest, dary právnických osôb, dary fyzických osôb, 2% z daní, dotácie z Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR a iné).

Aj napriek tomu však špeciálna ošetrovateľská starostlivosť nemusí byť pre zomierajúceho pacienta taká kvalitná ako v kamenných hospicoch, a to z dôvodov, že v sociálnych

⁴⁹ <https://www.hospicn.sk/files/vyrocná-správa/2022/vs2022-web.pdf>

⁵⁰ <https://hospicnitra.sk/prijatie-pacienta/>

zariadeniach je akútny nedostatok personálu a personál nemá dostatočné vzdelanie v oblasti paliatívnej starostlivosti.

K dostupnosti pri poskytovaní paliatívnej starostlivosti pacientom do 18. roku života je nevyhnutné uviesť, že aktuálne sú na Slovensku len 4 mobilné hospice poskytujúce starostlivosť dlhodobo nevyliciteľným chorým deťom so život limitujúcimi a ohrozujúcimi chorobami.

V Slovenskej republike nie je zriadené žiadne detské paliatívne oddelenie a ani kamenný hospic pre deti. Pre rodiny najmä z východného a severného Slovenska je zabezpečenie starostlivosti v domácom prostredí veľmi náročné nielen fyzicky, psychicky, ale aj finančne. Podľa výročnej správy (2022) mobilný hospic Svetielko nádeje uhradil doplatky za lieky vo výške 24 813,91 € rodinám v liečbe na oddelení a v rámci hospicovej starostlivosti lieky vo výške 2 924,46 €, t.j. spolu 27 738,37 €. ⁵¹ Nie sú takmer žiadne možnosti zabezpečenia respitnej starostlivosti pre tieto rodiny a často tieto rodiny sa nachádzajú v sociálnej izolácii. Zo štúdií, ktoré monitorovali prania a preferencie miesta úmrtia u rodičov detí s nevyliciteľnou formou nádorovej choroby vyplýva, že ak by špecializovaná domáca paliatívna starostlivosť bola dostupná a jej služby by boli kvalitné, približne 70 - 90 % detí a rodín by si zvolilo miesto úmrtia v domácom prostredí.

Prechod pacienta v detskom a v dospelujúcom veku z nemocničného prostredia do domáceho alebo komunitného si vyžaduje systémový prístup zo strany ministerstva zdravotníctva, ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny, ako aj ministerstva školstva.

Podľa českej Analýzy poskytovania paliatívnej starostlivosti v ordinácii praktického lekára (2019) boli identifikované prekážky optimálnej paliatívnej starostlivosti o deti vo všeobecnej praxi, s ktorými sa stotožňujeme aj v rámci Slovenskej republiky, a to najmä:

- nedostatočné odborné znalosti v oblasti poskytovania terminálnej starostlivosti v domácom prostredí
- nedostatočné znalosti o kontrole bolesti a iných príznakov ochorenia v domácom prostredí
- časová náročnosť starostlivosti poskytovanej v domácom prostredí rodiny
- finančná náročnosť starostlivosti vrátane nedostatočnej úhrady zo systému zdravotného poistenia

⁵¹ <https://www.svetielkonadeje.sk/subory-na-stiahnutie>

- psychologické nároky starostlivosti
- nedostatočná spolupráca so špecializovanými poskytovateľmi pediatrickej paliatívnej starostlivosti
- nedostatočná spolupráca s oddelením, ktoré pacienta prepúšťa do domáceho prostredia.⁵²

Špecifikom je poskytovanie špeciálnej paliatívnej starostlivosti deťom umiestneným v centrách pre rodiny s deťmi, ktorým je starostlivosť poskytovaná v rámci špecializovaných samostatných skupín. V rámci špecializovaných samostatných skupín je deťom realizovaná ošetrovateľská starostlivosť.⁵³ Zoznam zariadení sociálnoprávnej ochrany detí a mládeže poskytujúcim ošetrovateľskú starostlivosť je vedený Ministerstvom práce, sociálnych vecí a rodiny SR.⁵⁴

4. DOSTUPNOSŤ DLHODOBEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A PALIATÍVNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PRE ZRANITEĽNÉ SKUPINY OBYVATEĽSTVA

Ľudia bez domova často trpia komplexnými a chronickými komorbiditami, majú vysokú mieru chorobnosti a zomierajú v oveľa mladšom veku ako ostatná populácia. Kvôli zložitej kombinácii fyzických, psychosociálnych a závislostných problémov na konci života majú často obmedzený prístup k paliatívnej starostlivosti.

Ľudia bez domova majú sťažený prístup k zdravotnej starostlivosti aj z dôvodu samotného špecifika skupiny, a to že nežiadajú o pomoc ľahko, a to ani v prípade, že by potrebovali zdravotnú starostlivosť. Vychádza to z ich skúsenosti, že v minulosti často utrpeli mnoho strát (napr. prácu, domov, rodinu a priateľov, sny a nádeje a teraz aj zdravie), trpeli sociálnym vylúčením a naučili sa riešiť veci sami. Často nemali dôveru v odborníkov kvôli predchádzajúcim neuspokojivým kontaktom, pocitu, že sa s nimi nezaobchádza rovnako, vnímanej stigmatizácii a znevažovaniu zo strany odborníkov. Ako prekážka vyhľadania pomoci

⁵² [https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-](https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-09/Analýza%20poskytován%C3%AD%20dětské%20paliativn%C3%AD%20péče.pdf)

[09/Analýza%20poskytován%C3%AD%20dětské%20paliativn%C3%AD%20péče.pdf](https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2020-09/Analýza%20poskytován%C3%AD%20dětské%20paliativn%C3%AD%20péče.pdf)

⁵³ <https://www.employment.gov.sk/files/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr/priloha-c-2-zoznam-zariadeni-spodask.pdf>

⁵⁴ <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/ponuka-socialnych-sluzieb/>

uvádzali v analýze aj pocity hanby, napríklad kvôli fyzickému zanedbávaniu alebo pretrvávaniu závislosti.

V nadväznosti na analýzu je zhrnúť dôkazy o obavách, potrebách a preferenciách paliatívnej starostlivosti. Vzhľadom na množstvo problémov, ktoré majú ľudia bez domova, je zrejmé, že poskytovanie kvalitnej a dostupnej paliatívnej starostlivosti ľuďom bez domova je výzvou.⁵⁵ Sumalinog a kol. preskúmali účinnosť troch intervencií v poslednom štádiu života ľudí bez domova vrátane: intervencie podporujúcej vyplnenie predbežných pokynov, programu paliatívnej starostlivosti v útulku a intervencie zameranej na zlepšenie spolupráce medzi službami paliatívnej starostlivosti a sociálnymi službami pre ľudí bez domova.

Hubbell tiež zistil, že bezdomovci mali na konci života viacero obáv, ako napríklad strach z umierania osamote a obavy týkajúce sa pohrebu a informovania rodiny.

Ľudia bez domova na sklonku života sa stretávajú s rôznymi problémami a prekážkami, pokiaľ ide o prístup k paliatívnej starostlivosti. Na pomoc pri včasnom poskytovaní vhodnej starostlivosti možno využiť prispôsobený, flexibilný a nízkoprahový prístup pozostávajúci z informovanosti o strachu ľudí bez domova zo smrti (ako aj o iných prioritách a potrebách ľudí bez domova, ako sú tie, ktoré posudzujú zdravotnícki pracovníci). Tento prispôsobený, flexibilný a nízkoprahový prístup by mal zahŕňať aspoň informovanosť o obavách ľudí bez domova (strach zo smrti a negatívne skúsenosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti). Vyžaduje si to citlivosť a trepezlivosť zdravotníckych pracovníkov. Okrem toho je pri chápaní potrieb ľudí bez domova dôležité uvedomenie si významu dôstojnosti a úcty k pacientovi bez domova, ako aj rozpoznanie dôležitých zložiek, ako je religiozita a dokumentácia budúcich preferencií.⁵⁶

Zo záverov Národnej koncepcie prevencia a ukončovania bezdomovstva (2022) je jedným z najzávažnejším problémom zlého zdravotného stavu ľudí bez domova kritické prehlbovanie chronických ochorení s fatálnymi následkami. Finančná nedostupnosť a odopieranie inej, než neodkladnej zdravotnej starostlivosti v prípade chronického ochorenia tejto skupiny ich často vystavuje neutíšiteľným bolestiam, nedostatku potrebných liekov a významne znižuje predpokladanú dĺžku ich života.⁵⁷ Finančné bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti sa

⁵⁵ <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0320-6>

⁵⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5914070/>

⁵⁷ <https://www.employment.gov.sk/files/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/prevencia-ukoncovanie-bezdomovstva/narodna-koncepcia-prevencie-ukoncovania-bezdomovstva.pdf>

prítom týkajú nielen ľudí bez domova, ale aj ľudí bez domova umiestnených v zariadeniach sociálnych služieb krízovej intervencie, resp. v ubytovniach.

Podľa Národnej koncepcie 24 % osôb malo skúsenosť s nevyhľadáním lekárskej pomoci, keď potrebovali ošetrovanie kvôli nedostatku finančných prostriedkov, prítom až 18 % malo túto skúsenosť opakovanú.

Dostupnosť k paliatívnej starostlivosti pre ľudí bez domova sčasti zabezpečená cez útulok napr. DePaul n.o. a následne zariadenie opatrovateľskej starostlivosti sv. Lujzy a v súčinnosti s mobilným hospicom Slnečnice.

V iných častiach Slovenska je pre ľudí bez domova prístup cez vyššie uvedené typy zariadení sťažený z dôvodu neposkytovania ošetrovateľskej starostlivosti a mobilného hospicu.

5. MONITORING POSKYTOVANIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI PALIATÍVNYM PACIENTOM V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

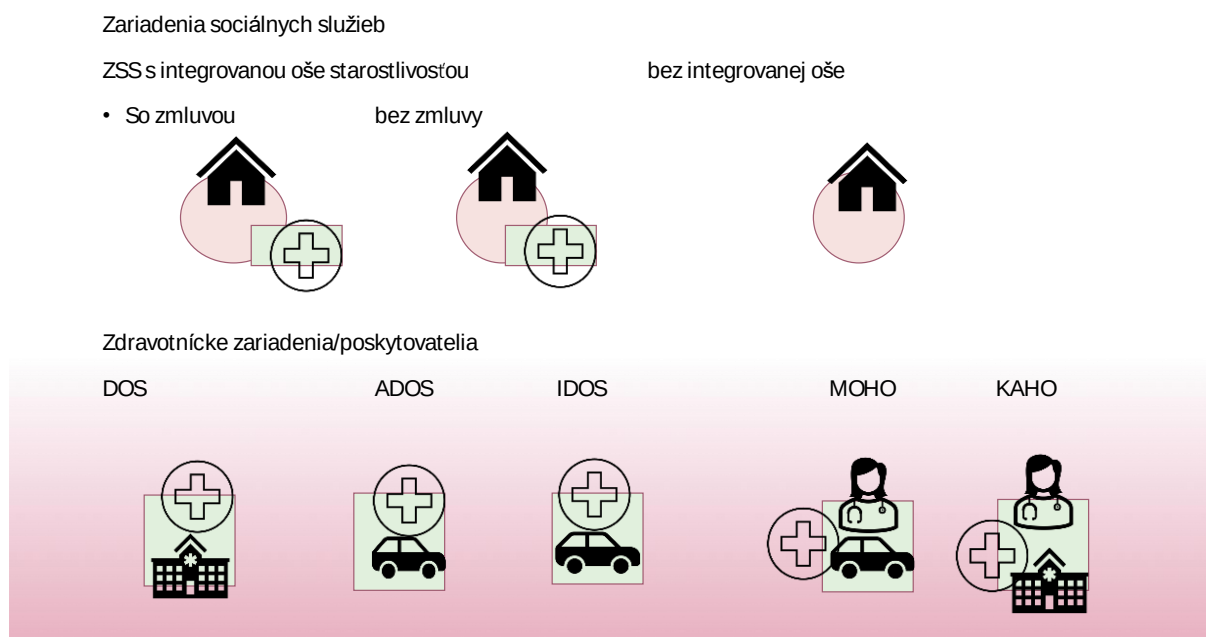
Vyhláškou MZ SR č. 20/2018 Z. z. sa ustanovuje minimálny počet lôžok na účely poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb a zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a výpočet minimálneho počtu lôžok pre príslušnú zdravotnú poisťovňu podľa podielu jej poisťencov na celkovom počte poisťencov podľa príslušného samosprávneho kraja.

Všeobecná zdravotná poisťovňa vykázala v roku 2020 v zariadeniach sociálnych služieb spolu 3965 lôžok, čo oproti roku 2019 predstavuje oproti normatívu nárast o 661 lôžok. Zdravotná poisťovňa Dôvera vykázala 1101 lôžok, oproti roku 2019 nárast o 119 lôžok a Zdravotná poisťovňa Union vykázala 396 lôžok, čo predstavuje takisto nárast oproti roku 2019 o 40 lôžok. Zdravotné poisťovne v jednotlivých samosprávnych krajoch nenaplnili minimálny počet lôžok.⁵⁸

⁵⁸ https://www.udzs-sk.sk/wp-content/uploads/2021/08/SSVVZP_2020_final.pdf

Problémom je nedostatočná prepojenosť systémov pri poskytovaní starostlivosti po ukončení hospitalizácie. Pre pacientov s dlhodobým nevyliciteľným ochorením (onkologickým, neurodegeneratívnym ochorením, kardiovaskulárnym apod.) a ich príbuzných po ukončení hospitalizácie častokrát nie je zabezpečené komplexné zmapovanie celkovej situácie a potrieb pacienta a jeho príbuzných, a to nielen z medicínskeho, ale i ošetrovateľského a sociálneho hľadiska. Absentuje následné sprostredkovanie potrebnej starostlivosti, a to napr. v domácom prostredí alebo v zariadeniach sociálnych služieb formou mobilnej hospicovej (MOHO) alebo ošetrovateľskej (ADOS) starostlivosti, v zdravotníckych zariadeniach je to starostlivosť na doliečovacích oddeleniach, rehabilitačných oddeleniach, oddeleniach dlhodobo chorých, paliatívnych oddeleniach alebo v hospicoch.

Poddimenzovanie personálu spôsobuje nielen jeho nedostatočné financovanie, ale aj absencia vzdelávania v uvedenej oblasti. Pre stabilizáciu zdravotníckeho a pomáhajúceho personálu je potrebná podpora pre mzdové výdavky, podpora vzdelávania, napr. špecializačného postgraduálneho vzdelávania pre oblasť zdravotnej starostlivosti, ale aj iného akreditovaného vzdelávania pre lekárov, pre zabezpečenie správnej ošetrovateľskej starostlivosti široký panel akreditovaného vzdelávania a pre zabezpečenie multidisciplinárneho prístupu v hospicoch, mobilných hospicoch a podporných tímoch zabezpečenie vzdelávania v komunikácii a ostatných tzv. soft zručností.



Súhrnné prepojenie zdravotno - sociálnych služieb je zrejmé z navrhovaného zatriedenia dlhodobej starostlivosti v podmienkach Slovenskej republiky podľa metodiky EK.

Inštitucionálna starostlivosť		Domáca starostlivosť	
Zdravotná dlhodobá starostlivosť			
Ústavná dlhodobá starostlivosť **		Ambulantná dlhodobá starostlivosť	
Zariadenie pre seniorov		Ambulancia paliatívnej medicíny	
Domov sociálnych služieb			
Zariadenie opatrovateľskej služby			
Špecializované zariadenie		Domáca dlhodobá starostlivosť***	
Lôžkový hospic			
Dom ošetrovateľskej starostlivosti		Opatrovateľská služba	
Oddelenie paliatívnej medicíny			
Dlhodobá intenzívna starostlivosť		Zariadenie podporovaného bývania	
Oddelenie paliatívnej medicíny		Oddelenie dlhodobo chorých	
Denná dlhodobá starostlivosť		Požičiavanie pomôcok	
Rehabilitačné stredisko		Peňažný príspevok na úpravu osobného motorového vozidla	
Denný stacionár		Peňažný príspevok na prepravu	
		Odl'ahčovacia služba	
		Peňažný príspevok na opatrovanie	
		Peňažný príspevok na osobnú asistenciu	
		Peňažný príspevok na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže	
		Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich s hygienou alebo s opotrebovaním šatstva, bielizne, obuvi a bytového zariadenia	
		Peňažný príspevok na kompenzáciu zvýšených výdavkov súvisiacich so starostlivosťou o psa so špeciálnym výcvikom	

	Peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla
	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
	Mobilný hospic
Sociálna dlhodobá starostlivosť	
	Vecné dávky na starostlivosť****
	Tlmočnická služba
	Sprostredkovanie tlmočnickej služby
	Podpora samostatného bývania
	Sprostredkovanie osobnej asistencie

Legenda:

Zelenou farbou – starostlivosť (sociálne služby) upravená zákonom o sociálnych službách a zákonom o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, Žltou farbou – zdravotná starostlivosť upravovaná zákonom o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti.*⁵⁹

* Súčasný spôsob zatriedovania LTC v podmienkach SR podľa metodiky EK je popísaný v Boxe 2.

**Medzi zdravotníckymi zariadeniami poskytujúcimi služby odkázaným osobám môžu patriť aj ďalšie oddelenia, napr. onkológia, geriatria, psychiatria, doliečovacie oddelenie. V súčasných dátach nie je možné oddeliť odkázané osoby.

*** Môže tu patriť aj prepravná služba. Súčasná data však neumožňujú oddeliť odkázané osoby.

**** Môžu tu patriť aj pracovňa, jedáleň, resp. ďalšie služby. Súčasná data však neumožňujú oddeliť odkázané osoby

V rámci monitoringu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb sme oslovili 64 zariadení sociálnych služieb (ďalej len „ZSS“) s otázkami uvedenými v tabuľke č. 1.

Otázky prieskumu v zariadeniach sociálnych služieb (ZSS)	V ZSS	V ZSS	neodpovedali
	ošetrovateľská starostlivosť	ošetrovateľská starostlivosť	
	24/7	menej ako 24 hodín	

⁵⁹ https://www.mfsr.sk/files/archiv/31/LTC_manual.pdf

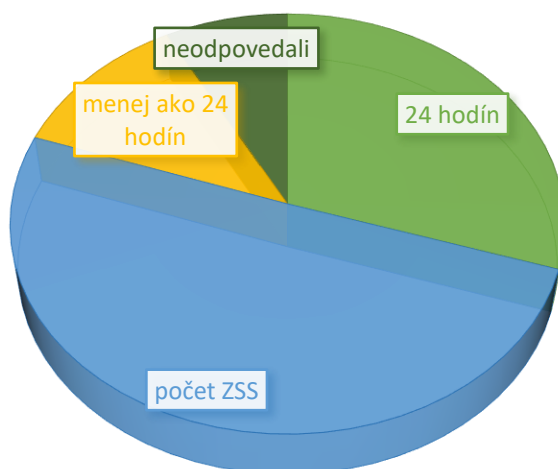
1	Poskytujete ošetrovateľskú starostlivosť 24 hod. denne? Ak nie, koľko hodín denne?	38 (24 hodín)	15 (8-12 hodín)	10 (nezistené)
2	Máte zmluvy so ZP na ošetrovateľskú starostlivosť (aspoň s jednou ZP)?	47 (má aspoň 1 ZP)	7 (nemá zmluvy)	10 (nezistené)
3	Podávate pravidelnú subkutánnu medikáciu, napr. inzulín?	54 (áno) z toho 3 cez ADOS	0	10 (nezistené)
4	Viete ošetriť kolostómiu?	52 (áno) z toho 3 cez ADOS	1 (nie)	11 (nezistené)
5	Viete ošetriť permanentný katéter?	52 (áno) z toho 3 cez ADOS	1 (nie)	11 (nezistené)
6	Viete ošetriť PICC? Periférne zavedený centrálny venózný katéter na podávanie ATB, CHT.	28 (áno), z toho 3 cez ADOS	26 (nie)	10 (nezistené)
7	Viete ošetriť PEG? Trvalá sonda zavedená priamo do žalúdka cez stenu žalúdka na podávanie stravy.	47 (áno), z toho 3 cez ADOS	6 (nie)	11 (nezistené)
8	Viete ošetriť cievne vstupy a perkutánne dreny, napr. nefrostómie? Nefrostomický katéter na odvádzanie moču	41 (áno), z toho 3 cez ADOS	13 (nie)	10 (nezistené)
9	Viete podať napr. morfín v tabletkách alebo injekčne?	43 (áno), z toho 3 cez ADOS	11 (nie)	10 (nezistené)
10	Viete ošetriť dekubity?	52 (áno) z toho 3 cez ADOS	1 (nie)	11 (nezistené)
11	Viete podať intravenózne hydrataciu?	43 (áno), z toho 3 cez ADOS	10 (nie)	11 (nezistené)

12	Viete podať intravenózne domácu parenterálnu výživu?	22 (áno), z toho 3 cez ADOS	32 (nie)	10 (nezistené)
13	Viete ošetriť tracheostomickú kanylu? Určená na zabezpečenie priechodnosti dýchacích ciest	39 (áno), z toho 3 cez ADOS	15 (nie)	10 (nezistené)
14	Viete ošetrovať kolonizovaného pacienta? Bariérové ošetrovanie	32 (áno), z toho 3 cez ADOS	22 (nie)	10 (nezistené)
15	Viete zabezpečiť prevoz na dialýzu?	51 (áno) z toho 3 cez ADOS	3 (nie)	10 (nezistené)
16	Spolupracujete s ADOS?	16 (áno)	38 (nie)	10 (nezistené)
16	Spolupracujete s mobilným hospicom?	6 (áno), z toho 2 len cez ADOS	47 (nie)	11 (nezistené)
17	Viete uprednostniť kritického pacienta (odkázaný na opatrovanie, bez domova, bez príbuzných)?	31 (áno)	22 (nie)	11 (nezistené)
18	Uvítali by ste vzdelávanie v ošetrovatel'stve v niektorej z uvedených oblastí? V ktorých?	52 (áno)	1 (nie) majú len sociálne sestry	11 (nezistené)

Z uvedeného monitoringu vyplýva, že z oslovených 64 ZSS len 38 ZSS má integrovanú ošetrovateľskú starostlivosť, t. j. túto 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 injekcii proti bolesti v noci, ošetrovanie permanentného katétra).

Ostatné ZSS majú len čiastočnú ošetrovateľskú starostlivosť, t. j. len počas pracovných dní a počas pracovnej doby (menej ako 24 hodín). Po skončení pracovnej doby sú klienti – pacienti len v starostlivosti opatrovateliek, ktoré nie sú oprávnené poskytovať ošetrovateľskú starostlivosť (podávanie liekov, ošetrovanie dekubitov atď).

POSKYTOVANIE OŠETROVATEĽSKEJ STAROSTLIVOSTI



Máme vedomosť, že opioidy sú kvôli bezpečnostnému riziku uzamykané v trezore, takže napr. v noci pri bolestiach nie je možné podať paliatívne pacientovi injekciu s morfiom. V týchto prípadoch ZSS privolávajú rýchlu lekársku pomoc alebo rýchlu zdravotnú pomoc.

Až 26 z oslovených ZSS nevie ošetriť PICC (otázka č. 6), čím je zvýšené riziko infekcií, uvoľnenia katétra, vzniku kožných problémov a pod.

Zo 64 zariadení 13 ZSS nevie ošetriť cievne vstupy a perkutánne dreny (otázka č. 8).

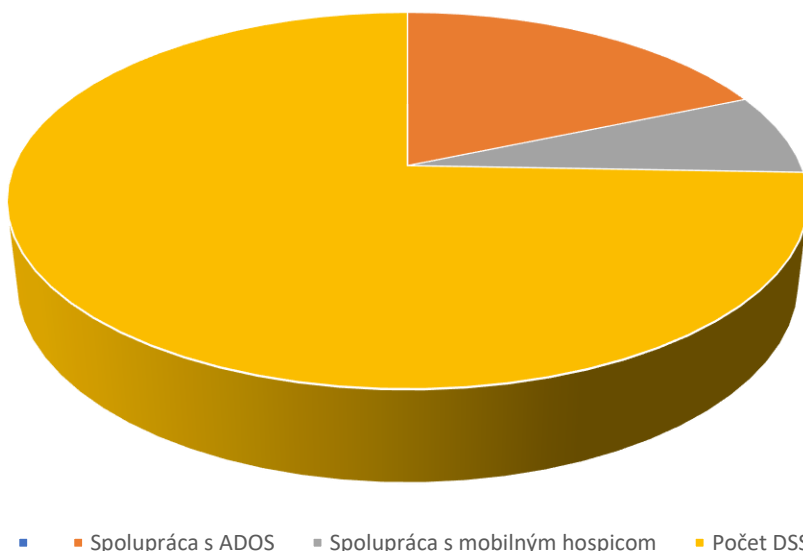
10 ZSS nevie podať intravenózne hydratáciu – intravenózna hydratácia je nevyhnutná pri sledovaní bilancii tekutín a objemu prijatých tekutín a tým predchádzaniu kardiálnej a renálnej výbavy pacienta

22 ZSS nevie ošetriť kolonizovaného pacienta (otázka č. 14) a týchto pacientov odmietajú umiestniť.

31 oslovených ZSS sa vyjadrilo, že dokáže uprednostiť kritického pacienta (otázka č. 17), pravidlá, resp. kritériá prioritizácie týchto pacientov nám neboli poskytnuté.

Napriek tomu, že ide o menšiu vzorku oslovených ZSS, z doterajších skúseností so ZSS, môžeme konštatovať, že aj táto vzorka reprezentuje existujúci stav v ZSS a nedostatky v oblasti ošetrovateľskej starostlivosti v týchto ZSS.

Spolupráca s ambulantnými zdravotnými zariadeniami



Na druhej strane pozitívnu sa javí skutočnosť, že až 52 oslovených ZSS prejavilo záujem na ďalšom vzdelávaní v oblasti dlhodobej a paliatívnej starostlivosti za účelom skvalitnenia a rozšírenia ošetrovateľskej starostlivosti v ich zariadení.

Vzdelávacie témy, o ktoré by mali tieto ZSS záujem, sú uvedené v tabuľke č. 2

Návrhy ZSS na vzdelávanie, školenie
ošetrovanie cievnych stupov, perkutánných drenov, permanentných katétrov
praktické školenie, nie online, napr. i.v. kontinuálne podávanie hydratácie, výživy
zaškoliť nový personál,
i.v. kontinuálnu, i.v. podávanie opiátov
starostlivosť o geriatrických pacientov,
ošetrovanie PEG
ošetrovanie cievnych stupov, perkutánných drenov, permanentných katétrov, ošetrovanie tracheostomickej kanyly
ošetrovanie PICC, PEG
podávanie i.v. domácej parenterálnej výživy, ošetrovanie tracheostomickej kanyly
ošetovanie PICC, podávanie i.v.domácej parenterálnej výživy

	ošetrovanie PICC, tracheostomickej kanyly, podávanie i.v.domácej parenterálnej výživy
	ošetrovanie onkol. pacientov, ošetrovanie cievnych vstupov, PICC, nefrostómií
	ošetrenie PICC, podávanie i.v. dom. Parent. Výživy, i.v. kontinuálnu
	ošetrenie PICC, tracheostomickej kanyly, i.v.kontinuálnu, dekubity
	ošetriť cievne vstupy a perkutánne dreny napr. nefrostómie, i.v. kontinuálnu
	ošetrenie tracheostomickej kanyly, i.v. dom. Parent. Výživa
	ošetrenie PEG, podávanie i.v. domácej parenterálnej výživy, ošetrovanie tracheo. Kanyly
	ošetrenie PICC, podávanie i.v. dom. Parent. Výživy, i.v. kontinuálnu
	ošetrovanie PICC
	ošetriť PICC, PEG, tracheostomickú kanylu, cievne stupy
	ošetrovanie PICC, nefrostómie, kolostómie, paliatívne ošetrovanie
	ošetrenie tracheostomickej kanyly, nefrostómie
	podávanie i.v. domácej parenterálnej výživy,
	ošetrenie PICC, podávanie i.v. hydrácie, i.v. DPV
	ošetrovanie PICC, portov, podávanie i.v. DPV
	ošetrovanie kolostómie, PICC, PEG
	ošetrovanie, tracheostomickej kanyly, PICCu, PEGu, podávanie i.v. DPV
	ošetrenie PICC, podávanie i.v. DPV
	ošetrovanie dekubitov, kolostómií, PEGov, PICCov
	ošetrenie PICC, i.v. kontinuálne podávanie
	ošetrenie PICC, bazálna stimulácia, novinky - vlhké ošetrovanie rán, oše. chronických rán
	ošetrovanie stómií, PEG, ošetrovanie rán
	ošetrovanie kolostómie, PICC, PEG
	ošetrovanie chronických rán, kolostómie
	ošetrovanie paliatívneho pacienta
	liečba bolesti
	liečba bolesti, ošetrenie PICC, i.v. podávanie DPV
	liečba bolesti, ošetrovanie stómií, i.v. podávanie DPV
	ošetrovanie stómií, PEG

	ošetrovanie PICC, i.v. podávanie DPV
	ošetrovanie dekubitov, kolostómií, PEGov
	i.v. kontinuálnu, ošetrovanie stómií
	ošetrovanie tracheostomickej kanyly, PEGov
	i.v. podávanie DPV, ošetrovanie nefrostómií, PICCov
	ošetrovanie PICC, PEG
	zdravotné sestry nemôžu vykonávať ošetrovateľské výkony len sociálne úkony, sú vedené ako sociálne sestry

Tabuľka č. 2 Zoznam požadovaných vzdelávaní

V zariadeniach sociálnych služieb nie je dostatok personálu a aj z výsledkov dotazníka vyplýva, že je nevyhnutné posilniť nielen ošetrovateľské zručnosti, ale aj kompetencie v oblasti komunikácie o zomieraní a smrti s klientom, rodinou, zmierňovania utrpenia a identifikácie tzv. preferencií na konci života, riešenia symptómov.

Podľa výskumu v Českej republike sú pobytové sociálne služby pre seniorov hlavným poskytovateľom starostlivosti na konci života. Napriek tomu v 40 % prípadov ich obyvatelia zomierajú v zdravotníckych zariadeniach alebo počas prevozu do nich, t. j. mimo im známeho prostredia.⁶⁰ V roku 2020 zomrelo v pobytových zariadeniach sociálnych služieb pre seniorov 21 247 osôb, čo predstavuje približne 40 % z celkového počtu všetkých ich obyvateľov a 16 % všetkých úmrtí v Českej republike v danom roku (ÚZIS, 2021; ČSÚ, 2020). Takmer 65 % z tohto počtu zomrelo priamo v týchto zariadeniach, u zvyšku možno predpokladať, že zomreli v zdravotníckom zariadení alebo pri prevoze do neho. Pre porovnanie, v českých lôžkových hospicioch zomiera približne 2,5 % populácie.⁶¹⁶²

6. NÁVRHY NA LEGISLATÍVNE ZMENY A ÚPRAVU APLIKAČNEJ PRAXE

⁶⁰ ÚZIS, 2018; ČSÚ, 2018 a palliativnidata.cz

⁶¹ <https://abakus.cz/file/ke-stazeni/Evaluacni-zprava-2023-06.pdf>

⁶²

V nadväznosti na vyššie uvedené skutočnosti a zozbieranie skúseností počas dvojročného obdobia implementácie Národného projektu Posilnenie dlhodobej a paliatívnej starostlivosti navrhujeme pre zlepšenie prístupu a zabezpečenia vzdelávania personálu nasledovné:

- vykonať priebežnú analýzu zozbieraných údajov k miere potreby oše-starostlivosti
- vykonať legislatívny rámec na auditovanie ošetrovateľskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb
- zadefinovať kritériá pre prioritizáciu pre umiestnenie v zariadeniach sociálnych služieb
- legislatívne ukotviť inštitúcie, kde bude prepojenie zdravotnej a sociálnej starostlivosti vyjadrené aj duálnym, prípadne viaczložkovým financovaním s minimalizáciou finančného zaťaženia klientov. novelizovať cenové opatrenie na podporu vzniku kamenných hospicov (viaczložkové financovanie)
- vytvoriť jednotné posudkové pracovisko – posúdenie pacienta/klienta pre zdravotné i sociálne účely v jednom komplexnom posudku
- vzdelávanie/edukácia oše-starostlivosti a opatrovateľskej v ZSS
- legislatívna úprava a zabezpečenie pre pracovníkov v ZSS podávania liekov podľa potreby
- zabezpečenie legalizácie súbehu ADOS a MOHO v starostlivosti o paliatívneho pacienta v prirodzenom prostredí.

Návrh riešení prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti podľa cesty pacienta

Problematické miesto	Zdravotná starostlivosť	Sociálna starostlivosť	Riešenie
Dlhodobí ventilovaní pacienti v Ústavnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „UZS“)	Nedostatočný počet lôžok pre dlhodobu ventilovaných pacientov	Títo pacienti ani blízki nemajú sociálnu podporu	Zabezpečenie duálneho financovania lôžok pre dlhodobu ventilovaných pacientov Podpora respitnej starostlivosti a ľudské zdroje pre domácu intenzívnu starostlivosť Konceptia Dlhodobej intenzívnej starostlivosti (kompetencia MZSR) Podpora blízkych pacientov s pravidelným komunikovaním cieľov liečby, donorstva orgánov, psychologické a duchovnej podpory (ďalej len „podpora blízkych“) = PODPORNÝ TÍM v UZS pre dlhodobu ventilovaných pacientov

			- Konceptia podporného tímu (kompetencia MZSR)
Dlhodobó ventilovaní pacienti v domácej starostlivosti	Nárok na ADOS na 6 hodín denne – sporná aplikačná prax. Ošetrovateľská starostlivosť a medicínske (zdravotné) výkony sa realizujú až po prevoze pacienta zdravotnou službou do nemocnice	Kompenzačné peňažné príspevky opatrovateľovi Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie) Kompenzačné peňažné príspevky na pacienta (ak spĺňa podmienky), napr. na hygienu Zdravotnícke pomôcky (napr. elektrická polohovateľná posteľ, antidekubitný matrac)	Zadefinovať možnosť respitnej starostlivosti - Konceptia ošetrovanie ventilovaného pacienta v domácom prostredí (kompetencia MZSR) Nárok na 6-12 hodín prítomnosť sestry - Konceptia ADOS (kompetencia MZSR) Podpora návštevných služieb špecialistov (napr. výmena perm katétra, kardiopulmonálny monitoring a pod.) Z. 576/2004 Z.z., §8, ods 12 (kompetencia MZSR) Podpora blízkych (kompetencia MZSR a MPSVR) Zabezpečiť odľahčovaciu službu pre opatrovateľov v prípade ich napr. choroby, potreby návštevy lekára, psychohygieny (reálne táto sociálna služba nefunguje – obec nemá náhradných opatrovateľov na tento typ starostlivosti)
Pacienti v bdelej kóme⁶³ (=pacienti s potrebou dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti s rehabilitačným potenciálom k samostatnosti v ADL) v UZS	V súčasnosti sú umiestňovaní v hospici, ale títo pacienti spadajú pod dlhodobú ošetrovateľskú starostlivosť, mali by byť umiestnení v Domovoch ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len („DOS“))	Pacient ako poberateľ /žiadateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie) Zdravotné pomôcky prostredníctvom zdravotnej poisťovne	Prioritizácia pacientov v bdelej kóme pri ich umiestnení v DOSe Umiestňovanie v DOSe – potreba dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti, nezomierajú do 6 mesiacov - Konceptia DOS (=jedinýkrát, kedy sa DOS nerovná ZSS+integrovaná oše starostlivosť) Navýšenie lôžkodňa pre pacientov v bdelej kóme v DOSe.

⁶³ V bdelej kóme j v súčasnosti na Slovensku 3 524 a z toho 90% v domácej starostlivosti

<https://www.bdelakoma.sk>

Všeobecná zdravotná poisťovňa zverejnila počet osôb v bdelej kóme v domácej starostlivosti - v roku 2023 to bolo 968 jej poistencov, v ústavných zdravotníckych zariadeniach bolo hospitalizovaných 20 jej poistencov.
<http://www.pomocnarukanadeje.sk/index.php/2019/10/06/pacienti-v-kome-na-slovensku-taketo-mame-cisla/>

		Čiastočné obmedzenie spôsobilosti na právne úkony a stanovenie opatrovníka na okresnom súde	<i>DOSové lôžka v hospic ako jedna z možností rozšírenia možností starostlivosti o pacientov v bdelej kóme</i>
Pacienti v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti s limitovaným rehabilitačným potenciálom (aj pacienti v bdelej kóme) v prirodzenom prostredí – doma	Dostupnosť paliatívnej starostlivosti (ŠUPS) pri zhoršovaní stavu vs dostupnosť následnej starostlivosti (ODCH, LDCH, Rhb oddelenie) Dostupnosť akútnej paliatívnej starostlivosti v UZS Dostupnosť ŠAPS (špecializovanej ambulantnej paliatívnej starostlivosti) – MOHO Dostupnosť ŠAS návštevnou formou Návštevná forma VLD/L Dostupnosť ADOS	Podpora neformálnych opatrovateľov Kompenzačné peňažné príspevky opatrovateľovi Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie) Kompenzačné peňažné príspevky na pacienta (ak spĺňa podmienky), napr. na hygienu Zdravotnícke pomôcky (napr. elektrická polohovateľná posteľ, antidekubitný matrac)	Zadefinovanie pacienta ktorý patrí a nepatrí do následnej starostlivosti – dif: má a nemá rehabilitačný potenciál k samostatnosti v ADL - Konceptia následnej starostlivosti (kompetencia MZSR) Zabezpečenie respitnej starostlivosti v DOSe s plánovaným umiestnením Legislatíva/konceptia DOS (kompetencia MZSR) Prednostné umiestnenie v DOS v sociálnej kríze (napr. akútna choroba neformálneho opatrovateľa) alebo aj Zabezpečiť odľahčovaciu službu pre opatrovateľov v prípade ich napr. choroby, potreby návštevy lekára (reálne táto sociálna služba nefunguje – obec nemá náhradných opatrovateľov na tento typ starostlivosti) Podpora blízkych Vzdelávanie neformálnych opatrovateľov (kompetencia MPSVR) Nárok na respitnú opatrovateľku pri neformálnom opatrovaní (kompetencia MPSVR) Zabezpečenie komunikácie o cieľoch liečby (včasná paliatívna intervencia u stabilizovaného pacienta) - Konceptia paliatívnej starostlivosti (kompetencia MZSR) Súbeh ADOS a MOHO v domácom prostredí pri potrebe špecializovanej paliatívnej starostlivosti - Konceptia paliatívnej starostlivosti (kompetencia MZSR) - Konceptia ADOS (kompetencia MZSR, z. 576/2004???)

Pacienti v dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti s limitovaným rehabilitačným potenciálom (okrem pacientov v bdelej kóme) v prirodzenom prostredí – v ZSS	Dostupnosť paliatívnej starostlivosti (ŠUPS) pri zhoršovaní stavu vs dostupnosť následnej starostlivosti (ODCH, LDCH, Rhb oddelenie) Dostupnosť ŠAPS Dostupnosť ŠAS návštevnu formou Návštevná forma VLD Dostupnosť ADOS, ak nie je integrovaná ošetrovateľská starostlivosť Dostupnosť MOHO ak je dostupná možnosť podávať lieky podľa potreby 24/7 (v súčasnosti len pri 24/7 integrovanej ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS)	Príspevok do ZSS Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie) Zdravotnícke pomôcky (napr. elektrická polohovateľná posteľ, antidekubitný matrac)	Zadefinovanie pacienta ktorý patrí a nepatrí do následnej starostlivosti – dif: má a nemá rehabilitačný potenciál k samostatnosti v ADL - Koncepcia následnej starostlivosti (kompetencia MZSR) Podpora blízkych, multidisciplinárny prístup(kompetencia MPSVR) Úprava §4 ods.6, §7 ods 8, §10a tak, aby v ZSS bolo možné 24/7 podávať lieky podľa potreby. (kompetencia MZSR) Možnosť do/vzdelávania pre osoby pracujúce v ZSS a vykonávajú opatrovateľskú starostlivosť, aby mohli podávať lieky podľa potreby ako to vykonávajú neformálni opatrovatelia v domácom prostredí, ktorí za určitých okolností môžu vykonávať sofistikovanú ošetrovateľskú starostlivosť (napr. Vestník MZ SR 2009) (kompetencia MZSR) Vzdelávanie opatrovateľov v ZSS na podávanie liekov podľa potreby (analogicky - Koncepcia vzdelávania pre opatrovateľov v ZSS (kompetencia MZSR+ MPSVR) Zabezpečenie komunikácie o cieľoch liečby (paliatívna intervencia u stabilizovaného pacienta) - Koncepcia paliatívnej starostlivosti (kompetencia MZSR) Umožniť súbeh MOHO a ADOS ak nie je integrovaná ošetrovateľská starostlivosť, ale je možné podávanie liekov podľa potreby 24/7
Pacienti v následnej starostlivosti s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti v UZS s rehabilitačným potenciálom	Oddelenie dlhodobých chorých (ODCH) Doliečovanie oddelenie (LDCH) Domov ošetrovateľskej starostlivosti (DOS)	Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak	Zadefinovanie pacienta, ktorý patrí/nepatrí do následnej starostlivosti – dif: má a nemá rehabilitačný potenciál k samostatnosti v ADL - Koncepcia následnej starostlivosti (kompetencia MZSR)

k samostatnosti v ADL	Rehabilitačné oddelenie Geriatrická ambulancia a ostatná ŠAS	splnil podmienky pre jeho priznanie)	Doliečovacie oddelenia a oddelenia dlhodobo chorých by mali byť pre pacienta k dispozícii na maximalizáciu rehabilitačného potenciálu a mali by mať PODPORNÝ TÍM, aby sa urýchlil prechod do prirodzeného prostredia (domov + ZSS) - Koncepcia podporného tímu Doménou prijatia do DOSu je sociálna krehkosť a vysoká potreba ošetrovateľskej starostlivosti Preferencia pacientov s vysokou potrebou ošetrovateľskej starostlivosti (príloha 14 Z. 576/2004) Preferencie pacientov z akútneho oddelenia UZS - Koncepcia DOS (DOS=ZSS s integrovanou ošetrovateľskou starostlivosťou) Súbeh MOHO a DOS – v praxi málo používaný - Koncepcia DOS a paliatívnej starostlivosti Ak je pacient v DOSe, nemá nárok na podporu zo soc. zdrojov ako pri ZSS, hoci doména prijatia pri DOSe je sociálna zraniteľnosť
Pacienti v následnej starostlivosti s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom prostredí – doma s rehabilitačným potenciálom k samostatnosti v ADL	Dostupnosť ADOS s fyzioterapeutom Dostupnosť DOS Dostupnosť ŠAS (špecializovaná ambulantná starostlivosť) Dostupnosť akútnej ZS v UZS (akútne oddelenia, geriatrické oddelenia) Dostupnosť UZS následnej starostlivosti	Kompenzačné peňažné príspevky opatrovateľovi Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie) Kompenzačné peňažné príspevky na pacienta (ak spĺňa podmienky), napr. na hygienu, pohyb	Dostupnosť DOS/ZSS + integrovaná ošetrovateľská starostlivosť - Respitná starostlivosť - Starostlivosť v sociálnej kríze PODPORNÝ TÍM dostupný aj na akútnom oddelení: urýchlienie prechodu pacienta z nemocnice do prirodzeného prostredia - Koncepcia podporného tímu

		prostredníctvom UPSvaR	
		Zdravotnícke pomôcky (napr. elektrická polohovateľná postel', antidekubitný matrac)	
Pacienti v následnej starostlivosti s potrebou ošetrovateľskej starostlivosti v prirodzenom prostredí – v ZSS s rehabilitačným potenciálom k samostatnosti v ADL	Dostupnosť ADOS s fyzioterapeutom Dostupnosť DOS Dostupnosť ŠAS (špecializovaná ambulantná starostlivosť) Dostupnosť akútnej ZS v UZS (akútne oddelenia, geriatrické oddelenia) Dostupnosť UZS následnej starostlivosti Dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti v ZSS	Opatrovateľ v domácom prostredí s príspevkom na opatrovanie pre blízkeho V ZSS dostupnosť ošetrovateľskej starostlivosti	PODPORNÝ TÍM dostupný aj na akútnom oddelení: urýchlenie prechodu pacienta z nemocnice do prirodzeného prostredia - Koncepcia podporného tímu (kompetencia MZSR)
Paliatívni pacienti v UZS v špecializovanej ústavnej paliatívnej starostlivosti (ŠUPS)	Dostupnosť hospicov	Pacient ani blízky nemá dostatočnú sociálnu podporu Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie)	Duálne financovanie: doménou prijatia do hospicu je sociálna krehkosť (kompetencia MPSVR) Nedostatočné financovanie hospicov zväžiť kombináciu lôžkodňa (personálne a materiálne technické zabezpečenie) a ambulantnej formy hradenia liekov a ŠZM (kompetencia MZSR) Vo verejnej minimálnej sieti stanoviť samostatné počty lôžok pre hospice Metodické usmernenie na procesy, materiálne technické zabezpečenie a personálne zabezpečenie pre pacientov v hospici (lekár 24/7?), podpora komplexnosti paliatívnych služieb v hospici: prítomnosť moho, pala a pasta - Koncepcia paliatívnej starostlivosti (kompetencia MZSR)

Paliatívni pacienti v prirodzenom prostredí – doma	Dostupnosť mobilného hospicu Zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti dostupnosťou ADOS	Podpora neformálnych opatrovateľov Príbuzný má nárok na tzv. dlhodobé ošetrovné 90 dní (ak splnil podmienky na jeho priznanie) Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie) Kompenzačné peňažné príspevky na pacienta (ak spĺňa podmienky), napr. na hygienu Zdravotnícke pomôcky (napr. elektrická polohovateľná posteľ, antidekubitný matrac)	Prednostné posúdenie odkázanosti pre paliatívnych pacientov (soc) – resp. do zákona zadať pacienta ako osobu so stupňom odkázanosti V alebo VI Predpokladom referovania do mobilného hospicu musí byť zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti – paliatívny pacient má vysokú potrebu ošetrovateľskej starostlivosti Respitná opatrovateľská starostlivosť (kompetencia MPSVR) Akceptácia súbehu ADOS a MOHO čo je problém v aplikačnej praxi - Koncepcia paliatívnej starostlivosti (kompetencia MZSR) - Koncepcia ADOS (zd, z. č. 576/2004 Z. z.)
Paliatívni pacienti v prirodzenom prostredí – v ZSS	Dostupnosť mobilného hospicu Zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti buď dostupnosťou ADOS alebo ošetrovateľskou starostlivosťou v ZSS	Príjem ZSS na pacienta v odkázanosti Pacient ako poberateľ dávky dôchodkového poistenia – invalidný, starobný dôchodok (ak splnil podmienky pre jeho priznanie)	Prednostné posúdenie odkázanosti pre paliatívnych pacientov (soc) – resp. do zákona zadať pacienta ako osobu so stupňom odkázanosti V alebo VI bez samostatného posudzovania Prioritizácia paliatívnych pacientov pri umiestnení do ZSS Predpokladom referovania do mobilného hospicu musí byť zabezpečenie ošetrovateľskej starostlivosti – paliatívny pacient má vysokú potrebu ošetrovateľskej starostlivosti: - Integrovaná ošetrovateľská starostlivosť v ZSS

			- Dostupnosť ADOS + možnosť do/vzdelávania pre osoby pracujúce v ZSS a vykonávajú opatrovateľskú starostlivosť, aby mohli podávať lieky podľa potreby ako to vykonávajú neformálni opatrovatelia v domácom prostredí, ktorí za určitých okolností môžu vykonávať sofistikovanú ošetrovateľskú starostlivosť (napr. Vestník MZ SR 2009) (zd) Akceptácia súbehu ADOS a MOHO čo je problém v aplikačnej praxi
--	--	--	---

7. Kazuistika – integrovaná starostlivosť v Liečebni sv. Filomény vo Vranove nad Topľou

Súhrn

Tento súhrn sa zaoberá konceptom integrovanej starostlivosti, jeho čiastkovými komponentmi, východiskami a hlavnými dôvodmi potreby integrácie starostlivosti v súčasných systémoch zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Úvod

Integrácia systémov starostlivosti o zdravie je v rade najmä vyspelých krajín podporovaná ako dôležitý nástroj zlepšovania prístupu k starostlivosti, jej efektivity, kvality a kontinuity, a to najmä u pacientov s multimorbiditou alebo pacientov, ktorí majú v dôsledku svojho ochorenia alebo disability rôznorodé a komplexné potreby. Poskytovanie integrovanej starostlivosti predstavuje systematické koordinovanie služieb rôznych odborníkov, poskytovateľov alebo sektorov (zdravotné, sociálne, vzdelávacie, doplnkové-regulačné služby) a uprednostňovanie potrieb pacientov a ich preferencií.

Koncept integrovanej starostlivosti je stále do určitej miery nejasný a jej realizácia v praxi zaťažená radom nástrah, ktoré sa v niektorých regiónoch darí len ťažko prekonávať.

Dôvody integrácie starostlivosti

Hlavnými dôvodmi potreby integrácie starostlivosti sú demografický vývoj a starnutie populácie, zvýšenie počtu chronicky chorých a osôb s disabilitou, ale aj fragmentácia starostlivosti a služieb a ich limitovaná dostupnosť pre určité typy pacientov, nízka kvalita starostlivosti, prípadne neefektívnosť systému starostlivosti a náklady s ňou spojené.

Medzi najčastejšie uvádzané príčiny fragmentácie v zdravotníctve patrí vývoj spejúci k vysokej špecializácii jednotlivých odborov, úzke zameranie na liečbu iba konkrétnych ochorení, preťažovanie akútnej starostlivosti, „inštitucionálna“ mentalita ako aj prísne oddeľovanie zdravotnej a sociálnej starostlivosti na úrovni tvorby politík, organizácie, financovania i definovania nárokov a kvality služieb. Súčasný systém zdravotnej starostlivosti, ktorý je stále zameraný prevažne na poskytovanie epizodickej akútnej lekárskej starostlivosti, tiež nevie reagovať na komplexné potreby osôb s chronickým ochorením alebo s komplexnou disabilitou, ktoré vyžadujú buď dlhodobú, alebo periodicky sa opakujúcu starostlivosť. Fragmentácia starostlivosti vedie k poskytovaniu suboptimálnej starostlivosti a vyšším nákladom spojeným s duplikáciou vyšetrenia a starostlivosti, celkovo nižšou kvalitou starostlivosti a horšími výsledkami.

K samotnej integrácii sektorov liečby a starostlivosti prispieva aj celostný (holistický) pohľad na videnie komplexného obrazu ochorení s akcentáciou na konkrétneho človeka a jeho potreby v kontexte jeho choroby alebo postihnutia a sociálneho prostredia. Toto zameranie je dôležité, pretože pripúšťa, že zdravotné a sociálne problémy sú previazané a navzájom sa významne ovplyvňujú.

V neposlednom rade sú poňatia a rozvoj integrovanej starostlivosti ovplyvnené aj rozvojom technológií, najmä v poslednej dekáde, a možnosťami, ktoré ponúkajú efektívnejšie zdieľanie dát o pacientoch a poskytovanej starostlivosti medzi rôznymi poskytovateľmi až po zapájanie pacientov do starostlivosti a ich „splnomocňovania“ rôznych technologických aplikácií.

Definícia

WHO definuje integrovanú starostlivosť ju ako „proaktívny prístup, ktorý spája odborníkov/profesionálov a poskytovateľov starostlivosti okolo potrieb užívateľov služieb tak, aby dostali integrovanú a na človeka zameranú starostlivosť v rôznych zariadeniach sektora liečby a starostlivosti“. Kľúčovú úlohu v integrácii/koordinácii starostlivosti by mala zohrávať primárna starostlivosť.

Projekt „Liečebňa sv. Filomény

Lokalizácia

Zariadenie sídli v okrajovej mestskej časti Rodinná oblasť Vranov n/T. v budove bývalého doliečovacieho a rehabilitačného oddelenia miestnej nemocnice. V blízkosti sa nachádza autobusová zastávka, pošta, obchod, športové centrum MGB, kostol a iné. Súčasťou zariadenia je rozsiahly areál oddychového parku s plochou 60x40m, interiérová kaplnka s pravidelnými bohoslužbami a každodenná lekárska starostlivosť.

Samotné 23 tisícové mesto Vranov nad Topľou sa rozprestiera na východe Slovenska, rozlohou 769,47 km² a počtom 79 274 obyvateľov mu patrí 3. miesto v Prešovskom kraji. Miera evidovanej nezamestnanosti vo Vranovskom okrese dosiahla v r.2022 cca 17,34 %. V okresnom meste sa nachádza 1 všeobecná nemocnica I.typu so základnými oddelenia, bez onkologického a paliatívneho oddelenia, 4 zariadenia sociálnych služieb s kapacitou spolu cca 310 lôžok, 1 lôžkový hospic s kapacitou 19 lôžok.

Zloženie sekcií a poskytovateľov liečebne

1. **HONESTUM, n.o.** je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti od 2.1.2023, a to ambulantnou formou cestou mobilného hospicu, ambulancie paliatívnej starostlivosti a ambulancie klinickej onkológie a ústavnou zdravotníckou starostlivosťou – lôžkový hospic a Dom ošetrovateľskej starostlivosti.
2. **SPIRIT n.o.** je poskytovateľom sociálnych služieb od 09.01.2023, a to celoročnou pobytovou formou v ZARIADENÍ PRE SENIOROV (ZpS, kapacita 24 lôžok) a v ŠPECIALIZOVANOM ZARIADENÍ (ŠZ, kapacita 12 lôžok) v rámci Liečebne sv. Filomény vo Vranove nad Topľou.
3. **PROTEKTA, s.r.o.r.s.p.** je registrovaným sociálnym podnikom od 3.6.2021 a jeho hlavným cieľom je dosahovanie merateľného pozitívneho sociálneho vplyvu poskytovaním spoločensky prospešnej služby na podporu regionálneho rozvoja. Ide o integračný – verejnoprospešný podnik, ktorého pozitívnym sociálnym vplyvom je podpora zamestnanosti prostredníctvom zamestnávania znevýhodnených alebo zraniteľných osôb.

Charakteristika jednotlivých sekcií integrovanej starostlivosti

Hospicová starostlivosť, ambulancia paliatívnej medicíny, klinickej onkológie

Hospicová starostlivosť je paliatívna starostlivosť poskytovaná pacientom s nevyliciteľným ochorením a zomierajúcim pacientom hospicom ako samostatným zdravotníckym zariadením. Zahŕňa všetky prvky paliatívnej starostlivosti: paliatívnu medicínu, ošetrovateľskú,

psychologickú, spirituálnu, respitnú a terminálnu starostlivosť, ako aj starostlivosť o pozostalých. V Liečebni sv. Filomény ju poskytujeme formou ústavnou i ambulantnou.

Ústavnú zdravotnú starostlivosť v odbore paliatívna medicína vykonávame prostredníctvom **lôžkového hospicu** ako samostatného zdravotníckeho zariadenia určeného na poskytovanie paliatívnej / hospicovej starostlivosti so sídlom v samostatnej budove. Dosahujeme optimálny počet postelí - 19. Súčasťou hospicu je terénna služba - mobilný hospic, ambulancia paliatívnej medicíny a činnosť ambulancie klinickej onkológie. Personálne zabezpečenie v hospici na 19 postelí:

Ambulantnú zdravotnú hospicovú/paliatívnu starostlivosť vykonávame prostredníctvom:

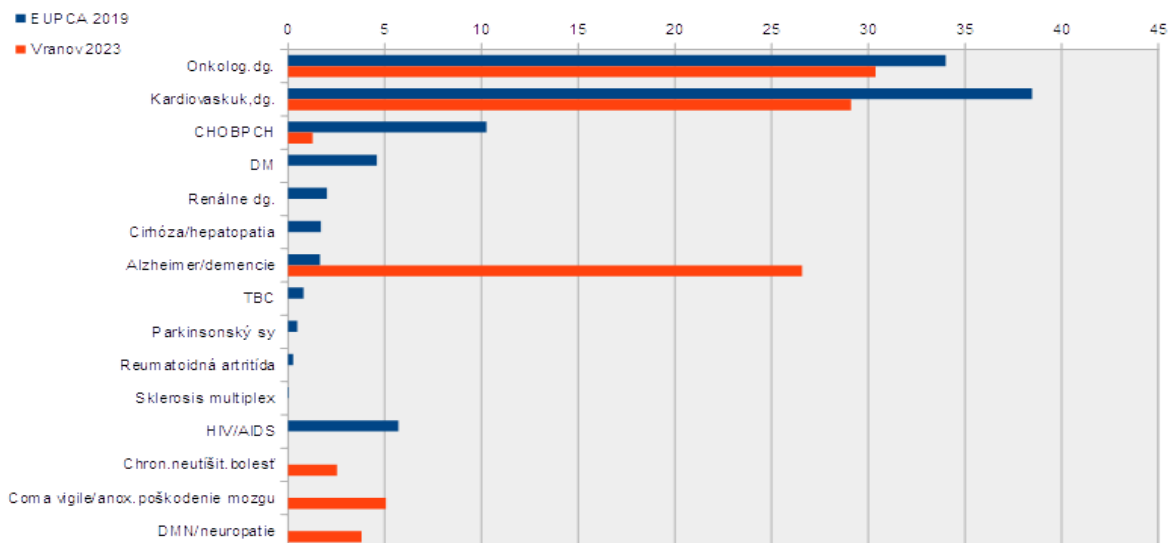
a) **mobilného hospicu** ako návštevnu službu lekára, sestry a podľa potreby ďalších zdravotníckych pracovníkov zdravotníckeho zariadenia hospicu v domácom prostredí pacienta s nevyliciteľným ochorením a zomierajúceho pacienta, zvyčajne s dobou prežívania kratšou ako 6 mesiacov. Personálne zabezpečenie mobilného hospicu:

- lekár: 1 na 25 dospelých pacientov,
- sestra: 2,
- klinický psychológ: 0,5,
- duchovný: 0,2

b) **ambulancie paliatívnej medicíny**, vrátane návštevnej služby lekára a sestry v domácom prostredí pacienta s nevyliciteľným ochorením, ak nie je súčasťou starostlivosti mobilného hospicu. Personálne zabezpečenie ambulancie paliatívnej medicíny:

- lekár: 1
- sestra: 1

Vzhľadom na to, že terminálna fáza onkologického (alebo iného) ochorenia sa nedá presne ohraničiť, hospitalizácia je indikovaná opakovane, pre progresiu ochorenia a jeho príznakov, ak ich nemožno zvládnuť ambulantne. Hospic poskytuje paliatívnu starostlivosť najmä chorým s pokročilým ochorením v jeho terminálnej fáze a tesne pred smrťou a zväčša nevykonáva liečbu zameranú proti progresii ochorenia (protinádorovú chemoterapiu, rádioterapiu a podobne).



Obr. Distribúcia paliatívnych pacientov v hospici Vranov n/T. (červená) podľa diagnózy

Podmienky hradenej hospicovej starostlivosti zdravotnými poisťovňami:

1. Pacient má diagnózu pokročilého malígneho ochorenia po ukončení kauzálnej liečby
2. Pacient má terminálne štádium kauzálne neliečiteľného nenádorového ochorenia
3. Pacient má chronickú nádorovú/nenádorovú bolesť vyžaduje kontinuálne podávanie opioidov

Pracoviská paliatívnej starostlivosti úzko spolupracujú so všetkými medicínskymi odbormi pri diagnostike, terapii, dispenzarizácii, prevencii a ošetrovaní pacientov, najmä s pracoviskami klinickej onkológie, vnútorného lekárstva a algeziológie. Na Slovensku sme súčasťou Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti, ktorá je kolektívnym členom Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti.

Zariadenie sociálnych služieb (SPIRIT, n.o.)

Sociálne služby v Liečebni sv. Filomény poskytujeme pobytovou formou - celoročné pobytové sociálne služby. Každá sociálna služba obsahuje súbor odborných, obslužných, alebo ďalších činností, ktoré utvárajú charakter poskytovanej sociálnej služby a sú zamerané na jednotlivé cieľové skupiny. Pri poskytovaní jednotlivých činností v rámci poskytovanej sociálnej služby sa vždy prihliada na formu a rozsah poskytovania sociálnej služby, ako aj na vek a individuálne možnosti a schopnosti prijímateľov a prijímateľiek.

Cieľová skupina **Zariadenia pre seniorov (ZpS)** : Fyzická osoba, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej IV podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č.

455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov alebo fyzická osoba, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov.

Cieľová skupina **Špecializovaného zariadenia (ŠZ)** : V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, demencia rôzneho typu etiológie.

Negatívnym faktom vzhľadom k financovaniu je: nezazmluvnené *ošetrovateľstvo* napriek tomu, že zariadenie má kvalifikovaný, integrovaný personál, ktorý na dennej báze vykonáva zdravotné/ošetrovateľské výkony u klientov so širokospektrálnymi diagnózami. Každý deň je zabezpečená aj lekárska starostlivosť v rámci liečebne čo je veľkou výhodou v prípade akútnych zhoršení zdravotného stavu a okamžitého zásahu, taktiež doprovod na lekárske vyšetrenia, a tým sú príbuzní PSS odbremenení čo však mnohokrát nevedia oceniť. Finančné prostriedky zo strany zdravotných poisťovní by aspoň sčasti pokryli náklady na zdravotnícky materiál a na priebežné zakupovanie materiálno-technického vybavenia, čo sa týka zdravotného úseku v prospech neustáleho zvyšovania kvality poskytovaných sociálnych služieb.

Zákon o sociálnych službách v súčasnej dobe už nereflektuje aktuálnu situáciu týkajúcu sa sociálnej starostlivosti, pretože sa ukazuje, že pre zabezpečenie reálnych potrieb je potrebná najbližšia spolupráca až integrácia sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Takto vnímame aj zdravotnú legislatívu. V teréne sa to prejavuje rôzne a dané prepojenie sa rieši podľa regionálnej praxe

Doplňkové služby – upratovanie, stavebné práce (PROTEKTA, s.r.o. r.s.p.)

Hlavným cieľom je dosahovanie merateľného pozitívneho sociálneho vplyvu poskytovaním spoločensky prospešnej služby na podporu regionálneho rozvoja. Ide o integračný – verejnoprospešný podnik, ktorého pozitívnym sociálnym vplyvom je podpora zamestnanosti prostredníctvom zamestnávania znevýhodnených alebo zraniteľných osôb.

Na základe záujmu o rozvoj regiónu vznikla myšlienka založiť sociálny podnik, ktorý bude zamestnávať zamestnancov s rôznymi druhmi znevýhodnenia a bude tak prispievať k znižovaniu nezamestnanosti v regióne, integrácií znevýhodnených skupín zamestnancov na trhu práce, tak aby svoje nadobudnuté skúsenosti z práce mohli následne využiť v ďalšom

zamestnaní. Ponúkame aj možnosť zamestnania sa mladým ľuďom, tak aby z regiónu neodchádzali a zostali tu pracovať a žiť.

Poskytujeme prácu znevýhodneným osobám a ľuďom so zdravotným postihnutím preto, že aj napriek svojim “obmedzeniam” či nedostatočným pracovným skúsenostiam sú plnohodnotnými a rovnocennými občanmi. V ich živote zohráva veľmi dôležitú úlohu práca, keďže práve vďaka nej získavajú pocit seberealizácie, pracovných skúseností a užitočnosti pre spoločnosť. Pri hľadaní si práce títo ľudia často narážajú na vysoké kvalifikačné požiadavky, ktoré nedokážu splniť.

Výhody spoločnosti PROTEKTA, s.r.o. r.s.p.

- možnosť zamestnať sa poskytuje aj znevýhodneným a zraniteľným osobám
- získanie pracovných návykov
- získanie pracovných skúseností
- integrácia zamestnanca do pracovného procesu
- posilnenie pracovných zručností, návykov tak, aby sa znevýhodnené a zraniteľné osoby postupne stali plnohodnotnými uchádzačmi o zamestnanie na voľnom trhu práce
- znižovanie miery nezamestnanosti v okrese, čo predstavuje pozitívny vplyv integračného sociálneho podniku

Činnosti spoločnosti PROTEKTA s.r.o.r.s.p.:

- upratovacie služby ((upratovanie bytových priestorov a medziposchodí, upratovanie bytov a domov, upratovanie predajní a firemných priestorov, kompletné umývanie okien a výkladov, kosenie trávnatých porastov, údržba chodníkov v zimných mesiacoch)
- stavebná činnosť (realizujeme časti stavieb, výkopové práce, obklady, omietky, dokončovacie práce)

Cieľové skupiny: HONESTUM, n.o. – zdravotnícke zariadenie a SPIRIT, n.o. – zariadenie sociál.služieb.

Intenzita integrácie

Z hľadiska intenzity integrácie využívame v rámci integračného projektu prevažne **plnú integráciu** s dôrazom na formálne prepojenie a zdieľanie zodpovednosti, zdrojov a financovania, ktoré sú prepojené v jednej organizácii (Liečebňa sv. Filomény) a jednej sieti poskytovania a úhrady celého kontinua starostlivosti. Ďalším stupňom integrácie využívaným v liečebni je **koordinácia** - štruktúrovaná a cielene organizovaná spolupráca existujúcich

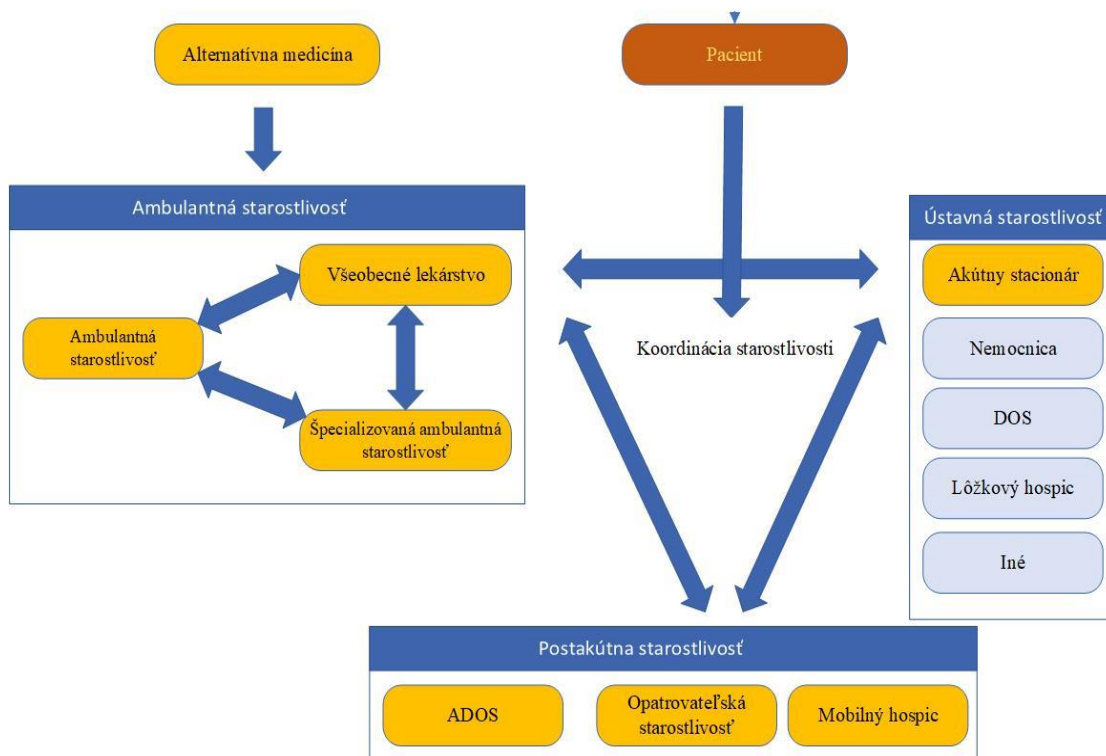
poskytovateľov, ktorá zahŕňa jednotné zdieľanie informácií, mechanizmy podporujúce komunikáciu a medziodborovú spoluprácu.

Jednotlivé úrovne súčasne korešpondujú s rozsahom potrieb pacientov. Čím viac má pacient chronických ochorení, ťažší funkčný stav (je zraniteľnejší) a rôzne a meniace sa zdravotné potreby, tým viac potrebuje integrované služby, ktoré sú schopné zaistiť celý rozsah a kontinuum starostlivosti.

Horizontálna a vertikálna integrácia

Horizontálnu integráciu využívame v spolupráci alebo prepojení poskytovateľov na rovnakej úrovni starostlivosti (užšia spolupráca všeobecných lekárov a špecialistov s multidisciplinárnymi tímami v komunite poskytujúcej starostlivosť širšiemu spektru pacientov).

Vertikálnou integráciou prepájame rôzne úrovne starostlivosti (akútna paliatívna, špecializovaná následná a dlhodobá starostlivosť vs. služby v komunite) a poskytovateľov, ktorí túto starostlivosť vykonávajú najčastejšie u definovaných ochorení (prevažne u pacientov s onkologickým ochorením, po mozgovej príhode, s demenciou a pod.) tak, aby bolo zaistené kontinuum starostlivosti pre danú skupinu pacientov.



Dimenzie integrovanej starostlivosti

Široké spektrum organizácií – zdravotných a sociálnych, ktoré sa podieľajú na poskytovaní starostlivosti a služieb najmä osobám s chronickým ochorením alebo disabilitou, sa líšia z hľadiska postupov a prístupov k starostlivosti o konkrétnych pacientov. Veľkou prekážkou je aj rýchlo sa meniaci a nepredvídajúca legislatíva a financovanie, ktoré často bráni užšiemu prepojeniu a plánovaniu týchto služieb.

Integráciou na profesijnej úrovni sme sa snažili vybudovať partnerstvo a spoluprácu tímov a pracovníkov vo vnútri a medzi rôznymi poskytovateľmi, prevažne zdieľaním kompetencií, rolí, plánovaní a celkovo potom zodpovednosťou za výsledky starostlivosti u konkrétnej skupiny pacientov. Dôležitými nástrojmi podporujúcimi interprofesionálnu spoluprácu je spoločné vzdelávanie, podpora rozvoja dôvery a komunikácie medzi členmi tímu (zvlášť pri kombinácii zdravotnej a sociálnej starostlivosti).

Integráciou na klinickej úrovni sme cielili hlavne zhodnotenie potrieb konkrétneho pacienta, jeho zapojenie do rozhodovania o starostlivosti a jej koordinácii cez rôzne inštitucionálne, profesijné a sektorové prekážky. Nástrojom podporujúcim túto integráciu sa stalo zavedenie jednotného hodnotenia potrieb a zdieľanie informácií pomocou integrovaných informačných systémov, multidisciplinárne štandardy starostlivosti, spoločné vzdelávanie a posilňovanie kompetencií a rolí jednotlivých členov tímu a ich porozumenie rolám ostatných členov tímu.

Nástroje podporujúce rozvoj zdieľaných hodnôt (*normatívna integrácia*) sú spoločné definovanie cieľov, dôraz na potreby pacientov a ich zapojenie do vytvárania vízie a plánovania programu, identifikácia a práca s problémami v oblasti komunikácie medzi členmi tímu, spoločné vzdelávanie, budovanie dôvery skrze spoločné akcie, ktoré zdieľajú pracovníci spolupracujúcich organizácií.

Jednotlivé nastavenie spôsobov zdieľania dát o pacientoch, spôsobe úhrad za starostlivosť a riadenie pracovných tímov a procesov v rámci integrovaného systému (*funkčná integrácia*) sa podarilo zjednotiť finančné, riadiace a informačné systémy okolo poskytovania služieb.

Diskusia a záver

Hoci je koncept integrovanej starostlivosti vo svojej komplexnosti ťažko uchopiteľný a implementácia pomerne náročná, skúsenosti ukazujú, že integrovaná starostlivosť je realizovateľná a dosahuje dobré výsledky (najmä zlepšenie kvality starostlivosti a skúseností pacientov, klinických výsledkov a lepšiu výkonnosť systému ako celku). Pacient a jeho potreby majú stáť v centre akýchkoľvek snáh o zmenu poskytovania starostlivosti. Súčasne je potrebné pripustiť, že to môže znamenať aj to, že niektoré služby jednoducho nie je potreba poskytovať

(aj napriek tomu, že ich poisťovne prepláca) alebo je potrebné zmeniť spôsob, ako a kde sú poskytované, aby viac zodpovedali súčasným potrebám pacientov. Naopak, niektoré zásadné prvky (napr. zviazané platby alebo úhrady za koordináciu starostlivosti, interprofesionálne vzdelávanie, testovanie nových modelov starostlivosti a výskum v danej oblasti) môže byť potrebné alebo účelné posilniť.

Hoci integrovaná starostlivosť môže zlepšiť efektivitu systému ako celku, je predovšetkým dôležitá pre multimorbídnych pacientov, pacientov s ťažšími funkčnými deficitmi alebo syndrómom krehkosti, ktorí majú komplexné potreby a potrebujú starostlivosť dlhodobú alebo periodicky sa opakujúcu.

Ak má integrácia starostlivosti viesť k lepším výsledkom, je potrebné tieto výsledky merať, získavať adekvátnu spätnú väzbu, vykonávať evaluáciu. Bez toho, aby sme sa pýtali pacientov, lekárov, zdravotníckeho personálu, starajúcich sa alebo na systémovej úrovni poskytovateľov a administrátorov, či určité snahy alebo zmeny viedli ku želaným výsledkom alebo čo bráni dosahovaniu týchto výsledkov, je zmena ťažko realizovateľná.

8. ZÁVER

Dlhodobá zdravotná starostlivosť a paliatívna starostlivosť na Slovensku je zhrnutá v záveroch štúdie s viacerými nedostatkami (slabá koordinácia služieb dlhodobej starostlivosti, nízka kapacita rezidenčných služieb a služieb domácej starostlivosti, pomalé tempo deinštitucionalizácie) a zároveň s výzvou vyrovnat' sa s rastúcim dopytom. Aby sa zabezpečilo, že všetky osoby odkázané na túto starostlivosť budú mať prístup k dlhodobej starostlivosti, a medzi hlavné odporúčania patria:

- zamerať sa na koordináciu služieb dlhodobej starostlivosti medzi sociálnym a zdravotníckym sektorom;
- výrazne zlepšiť kapacity domácej starostlivosti, ako aj ústavnej starostlivosti;
- dosiahnuť rýchlejší pokrok v miere deinštitucionalizácie služieb pre osoby so zdravotným postihnutím;
- zvýšiť financovanie dlhodobej zdravotnej starostlivosti a paliatívnej starostlivosti a posilniť ich viaczdrojové financovanie.

Sieť poskytovateľov paliatívnej starostlivosti pre pacientov v terminálnom štádiu chronického ochorenia je kľúčovou otázkou pre zabezpečenie prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti. V dostupnosti tejto starostlivosti navyše existujú výrazné regionálne rozdiely. Legislatívne určená minimálna sieť mobilných hospicov, hospicov a paliatívnych oddelení nezodpovedá odporúčaniam medzinárodných odborných organizácií (WHO, EAPC), ani potrebám obyvateľstva. Tieto minimálne požiadavky navyše nie sú vo viacerých krajocho naplnené.

Prechod z pobytovej na domácu a komunitnú starostlivosť je trend, ktorý sa v nasledujúcich rokoch stane čoraz dôležitejším. Nedostatok terénnych poskytovateľov paliatívnej starostlivosti výrazne obmedzuje možnosť výberu miesta dožitia u terminálne chorých pacientov, z ktorých väčšina preferuje zomrieť vo svojom prirodzenom rodinnom prostredí alebo komunite, čo prispieva k zvyšovaniu ľudskej dôstojnosti a kvality života.

Podľa odporúčaní odborných organizácií by malo Slovensko disponovať približne 55 mobilnými hospiciami, z čoho 25 je v súčasnosti registrovaných, ale v praxi iba 6 z nich zabezpečuje služby paliatológa, ktoré sú nevyhnutnou súčasťou paliatívnej starostlivosti. Navyše, iba jeden z 25 mobilných hospicov je zriadený priamo v ústavnom zdravotníckom zariadení, čo znižuje mieru efektivity a kontinuity starostlivosti. Mnohí poskytovatelia terénnej a ústavnej paliatívnej starostlivosti nedisponujú dostatočným materiálo-technickým vybavením na poskytovanie starostlivosti podľa moderných terapeutických postupov.

Poskytovanie starostlivosti zahŕňa nielen lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť, ale jej súčasťou je aj fyzioterapia, nutričná starostlivosť (nevyhnutná pri závažných degeneratívnych a onkologických ochoreniach), psychologické, sociálne poradenstvo a starostlivosť o spirituálny distress pri zomieraní. Poradenstvo sa pritom vzťahuje aj na blízkych a rodinu pacienta (napr. pri vysvetľovaní dopadov choroby, smútenie pri odchode blízkeho a pod.). V prípade poskytovania mobilnej hospicovej starostlivosti je potrebné zároveň dosiahnuť zabezpečenie poskytovania služieb klientom a ich blízkym v pokročilom a konečnom štádiu nevyliciteľných ochorení aj počas víkendov. Podľa štúdií je zvýšená prítomnosť zdravotníckeho personálu v tomto štádiu ochorenia významným determinantom kvality života a kvality starostlivosti aj pri riešení ich somatických a psychosociálnych problémov v domácom prostredí.

Z uvedených dôvodov je potrebné problematiku riešiť celoplošne, a to aktivitami zámeru národného projektu, ktoré prispievajú k zvýšeniu dostupnosti poskytovaných služieb v rámci regiónov pre rôzne vekové skupiny v závislosti od závažnosti ochorenia a sociálno-ekonomických dopadov.

Nevyhnutnou podmienkou pre zvýšenie dostupnosti a najmä kvality dlhodobej a paliatívnej starostlivosti je dôsledné mapovanie existujúcich a novovzniknutých potrieb pacientov, ich blízkych ale aj ošetrojúceho personálu. Na tento účel budú v rámci projektu navrhnuté nové metodiky a nástroje na lepšie meranie prekážok a medzier v prístupe k zdravotnej starostlivosti, ktoré budú previazané s európskym priestorom zberu údajov o zdraví a následného výskumu a zavádzania digitálnych služieb na poskytovanie zdravotnej starostlivosti.

Nové štatistické a monitorovacie nástroje môžu tiež pomôcť lepšie mapovať nerovnosti v oblasti zdravia, zdôrazňujúc perspektívu pacientov zameranú na zlepšenie prístupu k zdraviu pre tých najzraniteľnejších.

Zároveň sa testuje aj odolnosť dlhodobej starostlivosti. Očakáva sa, že dopyt po ošetrovateľských službách vzrastie v starnúcej spoločnosti, zatiaľ čo nedostatok kvalitných štandardov starostlivosti a rozdiely v prístupe ku kvalitným službám, a to aj vo vidieckych oblastiach, sú v mnohých členských štátoch vážnym problémom. Spoločná správa Komisie a Výboru pre sociálnu ochranu, ktorá bola zverejnená na jar 2021, bude mapovať, ako národné systémy reagujú na tieto výzvy, a ukáže oblasti, v ktorých je potrebná ďalšia práca na zabezpečenie rovnakého prístupu ku kvalitnej a dostupnej dlhodobej starostlivosti únie. Zelená kniha o starnutí začala konzultáciu s cieľom určiť oblasti, v ktorých môžu opatrenia EÚ priniesť najvyššiu pridanú hodnotu. Reformy a investície do dlhodobej starostlivosti poskytujú príležitosť na zvýšenie medzigeneračnej solidarity, vytváranie pracovných miest, bezpečnejšiu prácu a životné prostredie a lepšiu ponuku kvalitných služieb.

Aj z týchto dôvodov Európska komisia podporuje digitalizáciu systémov zdravotníctva v členských štátoch a riešenie nerovností v oblasti zdravia.