

Za jazykovú úpravu zodpovedajú autori.

Projekt : e- Health

ICT podporovaná mimonemocničná starostlivosť

Odborná štúdia (feasibility study)

Spracovatelia:

Ing. Mária Filipová

MUDr. Eva Vnenčáková

Ing. Peter Maľučký

Máj – september 2006

Abstract:

E-Health means using of internet and other electronic media for health information exchange.

The Operational Plan of e-Health Strategy for 2006 apart from other tasks supposes development of feasibility study for e-Health projects such as:

EHR – Electronic Health Records – electronic health record and medical record

e- Prescription

Home care (health and social care) supported by information-communication technology (ICT)

This feasibility study focuses on the third one ICT supported home care.

The purpose of mentioned study is to specify needs to provide health and social services within home care under the assistance of ICT application. ICT can be also useful for their development and efficiency.

The next purpose of this feasibility study is preparing background and information for future HW and SW products securing new, better and more available services targeting home care for various target groups – beneficiares.

Feasibility study will be important information source for developing projects in the Programming Period 2007 – 2013.

OBSAH

1.	Úvod (M. Filipová)	5
2.	Stručný popis problematiky (M. Filipová)	5
3.	Súčasný stav vo svete a jeho trendy (M. Filipová)	6
4.	Súčasný stav na Slovensku (M. Filipová)	11
5.	Cieľ štúdie (M. Filipová)	14
6.	Mimonemocničná starostlivosť v systéme zdravotnej starostlivosti (E. Vnenčáková)	14
6.1	Mimonemocničná starostlivosť v ústavných zdravotníckych zariadeniach (E. Vnenčáková)	15
6.1.1	Liečebňa (pre dlhodobu chorých, psychiatrická) (E. Vnenčáková)	15
6.1.2	Hospic (P. Maľučký)	21
6.1.3	Dom ošetrovateľskej starostlivosti (E. Vnenčáková)	24
6.2	Mimonemocničná starostlivosť v ambulantných, terénnych, zdravotníckych službách (E. Vnenčáková)	25
6.2.1	Ambulancia – primárna ambulantná starostlivosť (E. Vnenčáková)	25
6.2.2	Zariadenie na poskytovanie jednotňovej zdravotnej starostlivosti (E. Vnenčáková)	27
6.2.3	Stacionár (E. Vnenčáková)	27
6.2.4	Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (P. Maľučký)	28
6.2.5	Mobilný hospic (P. Maľučký)	36
7.	Mimonemocničná starostlivosť v systéme sociálnej pomoci (M. Filipová)	40
7.1	Mimonemocničná starostlivosť v ústavných zariadeniach sociálnych služieb (M. Filipová)	40
7.1.1	Domov dôchodcov (M. Filipová)	40
7.1.2	Domov sociálnych služieb (M. Filipová)	43
7.1.3	Zariadenie chráneného bývania (M. Filipová)	45
7.1.4	Zariadenie opatrovateľskej služby (M. Filipová)	48
7.2	Mimonemocničná starostlivosť v terénnych (ambulantných) sociálnych službách (M. Filipová)	50
7.2.1	Opatrovateľská služba v domácom prostredí (M. Filipová, P. Maľučký)	50
7.2.2	Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci (SOS služba) (M. Filipová)	54
7.2.3	Schéma postupu pri prijímaní do zariadení sociálnych služieb (M. Filipová)	56
8.	Cieľové skupiny a zdravotné profily (P. Maľučký, M.Filipová)	57
8.1	Zdravotný profil pacientov podľa jednotlivých diagnóz (E.Vnenčáková)	58
8.2	Diagnostický a štatistický manuál chorôb u klientov MNS (ADOS,MH) (P. Maľučký)	60
8.3	Diagnostický a štatistický manuál chorôb u klientov MNS (Hospic) (P. Maľučký)	62
8.4	Infekčné a parazitárne ochorenia (E. Vnenčáková)	63
8.5	Nádorové ochorenia (P. Maľučký)	63
8.6	Choroby krvi a krvotvorných orgánov (E. Vnenčáková)	65
8.7	Choroby žliaz s vnútorným vylučovaním (E. Vnenčáková)	66
8.8	Duševné poruchy a poruchy správania (E. Vnenčáková)	67
8.9	Choroby obehovej sústavy (P. Maľučký)	68
9.	Subjekty participujúce na mimonemocničnej starostlivosti (P.Maľučký, M.Filipová)	71
9.1	Ústredné orgány štátnej správy (M. Filipová)	71
9.2	Samosprávne kraje (M. Filipová)	72
9.3	Obce (mestá) (M. Filipová)	72
9.4	Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny (M. Filipová)	73
9.5	Mimovládne organizácie (OZ, n.o., ...), cirkvi a náboženské spoločenstvá (M. Filipová)	73

9.6	Zdravotné poisťovne (M. Filipová)	73
9.7	Polícia (M. Filipová)	74
9.8	Hasičská záchranná služba (M. Filipová)	74
10	Legislatívne rámce v SR pri zabezpečovaní ICT v mimonemocničnej starostlivosti (P. Maľučký, M. Filipová)	74
11	Návrhy výstupov vyplývajúce zo spracovania analytickej časti (M. Filipová)	80
12	Záver (M. Filipová)	83

1. Úvod

Ministerstvo zdravotníctva (ďalej len MZ) SR prijalo výhľadový plán informatizácie zdravotníctva na Slovensku a z neho sa odvíjajúci Vykonávací plán na rok 2006.

Národné centrum zdravotných informácií (ďalej NCZI) organizačne a čiastočne aj vecne zabezpečuje realizáciu Vykonávacieho plánu a je gestorm e-Health programov a projektov na Slovensku.

E-Health znamená využitie internetu a iných elektronických prostriedkov na výmenu a uchovávanie zdravotníckych informácií. Akčný plán stratégie e-Health na rok 2006 okrem iných úloh predpokladá aj spracovanie štúdií uskutočniteľnosti pre e-Health projekty. Jedná sa o nasledovné e-Health projekty:

- 1.) **EHR – elektronické zdravotné záznamy a chorobopisy (Electronic Health Records)**
- 2.) **Elektronický recept – e Prescription**
- 3.) **ICT podporovaná mimonemocničná zdravotnícka a sociálna starostlivosť (home care)**

E-care možno charakterizovať ako prístup a aktualizáciu elektronických zdravotných záznamov, elektronicky uloženú svojpomoc občanov, diaľkové konzultácie profesionálov pri poskytovaní zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

Táto štúdia má byť nástrojom na posúdenie realizovateľnosti projektu 3) – Informačno-komunikačnými technológiami podporovaná mimonemocničná zdravotnícka a sociálna starostlivosť a slúži tiež na zhodnotenie efektívnosti zámeru. Je to dokument, ktorý súhrnne a zo všetkých realizačne významných hľadísk popisuje zámer a zhodnotí podmienky uskutočnenia projektu.

Účelom štúdie je **charakterizovať podmienky poskytovania zdravotníckych a sociálnych služieb v rámci mimonemocničnej starostlivosti a ktoré informačno-komunikačné technológie ich umožňujú zabezpečovať popripade ich zabezpečovanie podporovať a zefektívňovať**. Účelom štúdie je poskytnúť aj podklady a informácie pre vznik SW a HW produktov, pomocou ktorých budú poskytované nové, kvalitnejšie a dostupnejšie služby v rámci mimonemocničnej starostlivosti rôznym cieľovým skupinám.

Spracovaná štúdia slúži tiež ako východiskový podklad pri príprave projektov na získavanie grantov v programovacom období 2007 – 2013.

2. Stručný popis problematiky

Dnes už môžeme takmer s istotou povedať, že informatika je súčasťou nášho každodenného života, hoci nie vždy si to uvedomujeme. Jej rozmach neobišiel skoro žiadne z odvetví, zdravotníctvo nevyvímajúc. O informatike a jej využití s pomocou moderných hardwarových prostriedkov môžeme hovoriť približne od druhej polovice dvadsiateho storočia, keď sa začali prakticky vo všetkých vyspelejších krajinách používať telekomunikačné služby masovo. Telefónna sieť priniesla nevídaný rozmach, dovtedy obmedzenej komunikácie medzi ľuďmi, čo sa pozitívne prejavilo na efektívnosti práce. Zavedenie telefónnej siete do nemocníc ušetrilo hlavne čas, pacientov stav bolo možné konzultovať na diaľku prakticky „online“, čo umožnilo zmenšiť percento zbytočných návštev a vyšetrení. Výrazný skok v informatizácii priniesla éra počítačov. Začali sa zavádzať špeciálne zariadenia na monitorovanie životných funkcií pacienta do nemocníc. Tieto zariadenia nielenže šetrili čas pri kontrolách, ale umožňovali aj nepretržité pozorovanie pacienta s možnosťou reagovať (alarm) na jeho stav. V roku 1989 v USA bolo veľké množstvo referátov

z chirurgie uložené a spracované pomocou počítačov. Chirurgovia mohli potom priamo počas zákrokov porovnávať svoje postupy s postupmi opísanými v takejto podobe cez jednoduché menu, ktoré im na obrazovku počítača zobrazovalo práve požadovanú časť textu. Počítače umožňujú aj manipulovať s niektorými nástrojmi, najčastejšie sú používané mechanické ramená. Niekedy sa tiež používajú na navigáciu kamier pri invazívnych vyšetreniach, na lokalizáciu rakovinových tkanív, blokov, poškodení a pod.

Informatika začala mať priamy vplyv na úroveň komunikácie, čo sa ukázalo ako dôležité, pretože **kvalita poskytovania zdravotnej starostlivosti je priamo úmerná komunikácii**, ktorá môže byť medzi lekárom, sestrou a pacientom, medzi lekárom a lekárom, medzi lekárom a sestrou, medzi nemocnicou a poisťovňou, medzi nemocnicou a nemocnicou. Je to dôležité, pretože sa odhaduje že je až 10 % zbytočných hospitalizácií, 20 % zbytočných testov. Elektronické patientské rekordy – záznamy (EHR) sú výsledkom dlhodobej požiadavky evidovať prehľadne a jednotne dôležité informácie o pacientoch. Uchovávať prehľadne informácie a zabezpečiť k nim korektný prístup je možné práve s pomocou počítačov. Nejde len o informácie potrebné v nemocnici, ale **ide aj o informácie, ku ktorým môžu mať prístup aj subjekty a zariadenia zabezpečujúce mimonemocničnú starostlivosť – domácu starostlivosť (HC).**

Spolu s novými technológiami a postupmi prichádzajú vždy aj obavy a predsudky, no vzhľadom na pretrvávajúci intenzívny rozvoj IT a ich prenikanie do všetkých oblastí života, je pravidelné oboznamovanie sa so stavom a trendmi medicínskej a ošetrovateľskej informatiky súčasťou profesionálneho vzdelávania odborného personálu v týchto službách. Vývoj IT pokračuje veľmi rýchlo a preto už dnes sa prakticky hovorí o operáciách na diaľku, **o monitorovaní stavu pacienta po zákroku alebo liečbe na diaľku a pod.** Miniaturizácia predpokladá vývoj tzv. inteligentných sond, ktoré by mohli pracovať v organizme pacienta v spolupráci s lekárom, sestrou alebo aj samostatne.

Vzhľadom na tieto skutočnosti informatika môže byť významným nástrojom produktivity. Bude možné preukázať, že **informatizácia zdravotníckych služieb bude mať dlhodobý pozitívny dosah na ich hospodárenie.**

Využívanie možností info-komunikačných technológií v oblasti zdravotnej starostlivosti má významný potenciál pre signifikantné zvýšenie možností a kvality služieb ako aj rozvoj nových inovatívnych metód a služieb zdravotnej starostlivosti.

Cieľom pri využívaní ICT je zvýšiť kvalitu existujúcich a rozvoj nových služieb mimonemocničnej starostlivosti, zvýšiť komfort pre občana a zefektívniť poskytovanie mimonemocničných zdravotníckych služieb využitím možností IKT. Na dosiahnutie tohto cieľa je nutné zaviesť do reálneho života elektronický zdravotný záznam (EHR) a **zabezpečiť informatizáciu poskytovateľov zdravotníckej starostlivosti a mimonemocničných služieb (eHospital, eCare).** To znamená zaviesť do života zdravotníckej informačné systémy, využívanie telemedicínskych služieb napr. teliagnostické systémy a ostatné systémy telematických služieb zdravotnej starostlivosti a digitalizovať obsah pre eHealth. Pre zefektívnenie fungovania poskytovateľov zdravotnej starostlivosti je potrebné zaviesť nemocničné informačné systémy (nemocničný portál, systém plánovania zdrojov zdravotnej starostlivosti, ostatné finančné a administratívne systémy) a ich prepojenie so zdravotnými poisťovňami. Pre lepšie využívanie času občanov a ich komfortu je potrebné umožniť občanom elektronické objednávanie sa k poskytovateľom zdravotnej aj mimonemocničnej starostlivosti.

3. Súčasný stav vo svete a jeho trendy

S rozvojom celosvetovej počítačovej siete **internet** sa rozvíja aj možnosť získavať prostredníctvom neho medicínske informácie. V súčasnosti už existuje veľké množstvo webových

stránok ponúkajúcich informácie zo zdravotníctva, rôznej kvality. **Švajčiarska webová stránka** (www.hon.ch) rieši práve tento problém. Cieľom tohto projektu bolo zabezpečiť, aby webové stránky, ktoré poskytujú informácie týkajúce sa zdravia a zdravotníctva spĺňali určité štandardy kvality.

Prevenii v spojení s informatikou sa venuje projekt **NHS Direct z UK**. Jeho motto znie: „Každých 100 libier, ktoré sa investujú na povzbudenie starostlivosti občana – pacienta o svoje zdravie, ušetrí 150 libier. Preto, čím viac prostriedkov sa investuje, tým viac sa vráti.“ Tomuto projektu sa venovala veľká pozornosť a otvoril ho britský premiér Tony Blair. Súčasťou projektu bolo zavedenie 22 verejných volacích centier, ktoré poskytovali služby 24 hodín denne a 7 dní v týždni. Zriadila sa webová stránka a rozdistribuovalo sa 1,7 milióna príručiek NHS Direct Self Help Guides.

Prevenia však nemusí pozostávať len z informovanosti pacientov. Ide tu napr. aj o špeciálne systémy výstrahy pred živelnými pohromami alebo privolania prvej pomoci. Niektorí výrobcovia áut ponúkajú takúto službu s pomocou **systému GPRS**, ktorý umožňuje lokalizáciu vozidiel v teréne. **Pri autonehode** sa automaticky vyšle signál najbližšiemu servisnému stredisku a kontaktuje sa najbližšia nemocnica. Vďaka tomu vodič, ktorý je po nehode dezorientovaný alebo nie je schopný privolať prvú pomoc sám, utrpí menšiu traumu. Takéto systémy mnohokrát zachraňujú životy.

Nemocnica v španielskom Son Llátzer získala ocenenie za to, že všetky údaje o pacientoch má zaznamenané v jednotnom elektronickom patientskom zázname. Široko využíva techniku dátových skladov pri manažovaní klinických a riadiacich procesov, všetka dokumentácia s pacientmi a inými nemocnicami sa uskutočňuje cez veľký IT a SMS (ak pacient nemá počítač alebo mobil, používa sa telefón). Procesy sú v tejto nemocnici automatizované :

- Keď lekár ráno prichádza, hlasové správy cez mobil mu oznamujú všetky úlohy a povinnosti na tento deň
- Pri príchode do ambulancie sa lekár prihlási do počítačového systému, v ktorom sú evidovaní všetci pacienti s kompletnými klinickými údajmi, navrhnutými vyšetreniami, výsledkami vyšetrení, predpísanými terapiami, atď.
- Patientské údaje sú stiahnuté do PDA alebo Tablet PC, ktoré lekár používa počas dňa
- V každom čase je možná komunikácia medzi pracovnou stanicou (PC, TabletPC, PDA) a centrálnou bázou dát.

Mobil Alarm – Mobiler Notruf (mobilný alarm – mobilné tiesňové volanie). Európsky projekt MobilAlarm odskúšava inovatívnu, nie na pevné miesto viazanú službu tiesňového volania, ktorá je určená a bola vyvinutá pre starších občanov a pre pocit bezpečia. Ale tiež chronicky chorí a ľudia s postihnutím získajú prostredníctvom mobilnej služby tiesňového volania výrazné zlepšenie kvality života. MobilAlarm umožňuje v každom čase a na každom mieste využiť tiesňové volanie. Služba odskúšava možnosti využitia a záujem na trhu. Na tomto európskom projekte sú zastúpení partneri tvoriaci reťaz, od výrobcu zariadenia cez servisné strediská až k patientským zväzom.

V Európe je celkom 5,5% domácností, v ktorých žijú osoby nad 50 rokov, prepojení na miesto viazanou službou domáceho tiesňového volania. Zodpovedajúc aktuálnym výskumom bude táto skupina užívateľov domáceho tiesňového volania v nasledujúcich 10-tich rokoch výrazne narastať. Existujú tiež dôkazy, že na základe meniaceho sa životného štýlu a zvyklostí budú požiadavky na Alarm-službu nezávislú na mieste ešte výraznejšie narastať.

Základným cieľom v rámci tohto projektu je odskúšanie technických a ekonomických charakteristík tejto inovatívnej, mobilnej a trans-európskej služby tiesňového volania, ako aj prípravy pre uvedenie na trh.

Rozšírenie normálnej domácej služby tiesňového volania pre použitie „za múrmi štyroch stien“ bude pre veľa ľudí veľkým prínosom. Nielen pre starších a chronicky chorých, ale aj pre postihnutých. Služba napomôže získať nezávislosť užívateľov a umožní ich sociálne aktivity mimo ich bytov a obydlií.

Konkrétne ciele sú:

- Vybavenie špičkovou technológiou (GPS, mobilné telefóny, na tele nosiaci Alarm-zariadenie, servisné strediská, Alarmsoftware) s tiesňovým volaním v rámci Európy
- Rozvoj obchodných stratégií na základe testovania trhu v rôznych národných a regionálnych prostrediach vrátane troch EU štátov Nemecko, Veľká Británia, Španielsko
- Zlepšenie podmienok pre začlenenie postihnutých osôb do spoločnosti a podpora ich nezávislosti a mobility
- Zabezpečenie spolupráce opatrovateľských, zdravotníckych a tiesňových služieb
- Otvorenie nových možností pre aktivity pre poskytovateľov služieb.
- Počas prebiehajúcej analýzy trhu bude sa skúmať situácia okolo verejného obstarávania, ako aj podmienky uvedenia na trh. Budú vyhodnotené špecifické vlastnosti a podmienky v jednotlivých krajinách.

V nasledujúcom kroku bude vyhodnotená inovatívna služba podľa podmienok na troch rôznych trhoch z hľadiska jazyka, mentality, právnych aspektov alebo zvláštností zdravotného systému.

Kombinácia dvoch techník GSM (mobilné telefóny) a cez satelit podporovaný GPS (Global Positioning System) v jednom zariadení umožní užívateľovi využiť Alarm kdekoľvek a kedykoľvek bude chcieť.

Kvalifikovaný personál v servisných strediskách môže na špecifické situácie užívateľov reagovať. Ak bude požadovať upresní sa jeho pozícia a pošle sa mu pomoc, čo najrýchlejšie to bude možné v rámci celej Európy.

Táto mobilná služba tiesňového volania umožňuje verejným a privátnym organizáciám zabezpečujúcim ošetrovateľskú starostlivosť, opatrovateľské a podporné služby

- rozšírenie ponuky služieb ako z geografického hľadiska, tak aj vo vzťahu k cieľovým skupinám
- zlepšenie súčasne poskytovaných služieb zodpovedajúcich požiadavkám trhu
- v budúcnosti spojenie týchto služieb s inými mobilnými ponukami ako telematické spracovanie dát vitálnych funkcií
- zníženie nákladov na formálnych a neformálnych opatrovateľov, pričom užívatelia týchto služieb si niektoré menšie záležitosti budú schopní sami zaobstarávať

MobilAlarm je služba, ktorá nie je viazaná na pevné miesto. To umožňuje pre tento účel vyvinuté zariadenie a mapping software pre zmluvné servisné strediská. Prístroj sa ľahko obsuhuje, má prijateľné rozmery, čo dokazuje nízka váha. Hlasové spojenie sa uskutočňuje cez mobilný telefón (GSM). Miesto (stanovište) užívateľa sa určuje satelitom podporovanou GPS technikou.

Rozmery: 83 x 45 x 22 mm

Váha: ca 100 g vrátane Akku

Batérie – životnosť ca 200 hodín

Batérie typ: lithiumion Akku

Siréna: 95 dB typický

Empirica spoločnosť pre komunikačné a technologické výskumy, Nemecko

Attendo response, Rotherdam, UK

Fundación Andaluzia de Servicios Sociales, Sevilla, Spain

Telehealth, Valencia, Spain

Projekt je podporený EK v rámci programu e-TEN

Na eHealth konferencii ministrov v roku 2003 bolo 40 príkladov z viac ako 180 uvedených príkladov skutočne realizovanej elektronizácie v zdravotníckych službách. Niektoré krajiny podporili zavedenie inteligentných čipových kariet, v iných sa jednalo o podporu a tvorbu rozsiahlych sietí informačných systémov v zdravotníckych službách ako napr. MEDCOM v Dánsku, EVISAND v Španielsku, SJUNET vo Švédsku a HYGEIANET v Grécku.

MedCom spracúva cez 80 000 informácií denne. 100% všetkých nemocníc, lekární, pohotovostných lekárov, 90% všetkých praktických lekárov, 98% laboratórií, 55% špecialistov a 20% obcí sú zapojení do informačného systému MedCom. Vďaka MedCom-u môžu nemocnice využívať elektronické poukazovanie pacientov a využívať aktualizované datové údaje. Stúpa odborná kvalita poukazaní pacientov a priamo sa uchováávajú prepúšťacie správy. Prvé štúdie poukazujú na to, že zavedením MedCom-u dochádza k úsporám. Na pracovnej sile bolo ušetrených viac ako 25 000 človeko/mesiacov. Pri priemernom príjme zamestnanca od 3 500 Euro to predstavuje úsporu 22,5 milióna Euro.

Health and Social Sector with an „e“ (2005)

V roku 2002 národné organizácie pre IT v zdravotnej starostlivosti v severských krajinách (Dánsko, Fínsko, Island, Nórsko, Švédsko, a Írsko) iniciovali vytvorenie spolupracujúcej siete. Partnermi boli MedCom, KITH, STAKES, MZ Írska a Carelink (švédska sieť pre komunikáciu v zdravotnej starostlivosti). V nadväznosti na konštruktívnu výmenu skúseností, táto sieť implementovala rôzne spojené aktivity. V auguste roku 2003 bol predstavený výskum v oblasti ICT podporovaná zdravotnícka a sociálna starostlivosť v severských krajinách. Vzhľadom na rôznorodosť kultúr, politik, zdravotných systémov boli aj rôznorodé výsledky, čo malo za následok aj zmenu stratégií, priorít a spôsobov pri podpore a implementácii ICT podporovanej zdravotnej a sociálnej starostlivosti.

IT v zdravotníckom a sociálnom sektore majú potencionálnu podporu v systéme starostlivosti, pretože súčasne narastá aj efektívnosť systému. Rozpočty sú však napäté, populácia starne, pracovný čas sa zvyšuje a ľudia požadujú individualizovanú a komplexnú starostlivosť.

ICT podporovaná zdravotnícka a sociálna starostlivosť strategicky plánuje a podporuje aktivity pre rozvoj IT v zdravotníckom sektore v severských krajinách prostredníctvom rôznych komponentov. Všeobecným cieľom je zvyšujúca informovanosť, s implementáciou viažúcou sa k EHR, bezpečnosť, telemedicínske konzultácie, klasifikácie a štandardizácie, regulácie a internetom podporované služby. Stratégie na národnej úrovni sú podporované a implementované v rôznych kontextoch v rámci severských krajín, od krajín líšiacich sa v cieľoch až po krajiny líšiace sa v zodpovednostiach na štátnej, regionálnej a miestnej úrovni. Vo všeobecnosti je zdravotnícky sektor v severských krajinách decentralizovaný. Štátna úroveň je zväčša zodpovedná za regulačné rámce (normotvorbu, zákonodarstvo), agentúry sú zodpovedné za kontrolu a dozor, kým regionálne a miestne jednotky sú dôležití poskytovatelia.

Vo Fínsku sú obce zodpovedné za primárnu starostlivosť, ale štát hrá významnú úlohu a od roku 2002 je zodpovedný za nemocničnú starostlivosť prostredníctvom 5 regionálnych nemocníc.

V Írsku má štát relatívne veľký vplyv, čím narastá požiadavka špecializácie a potreba centralizácie.

Vo Švédsku kraje majú dominantnú pozíciu v oboch, v primárnej aj špecializovanej starostlivosti. Avšak v priebehu 90-tych rokov švédske obce zohrávajú dôležitú úlohu v poskytovaní zdravotníckych služieb viažúcich sa k domácej starostlivosti pre starých a postihnutých ľudí.

Rovnako v **Dánsku** majú tradične zodpovednosť viac v sektore zdravotníckej starostlivosti kraje, hoci štát má viac vplyvu ako vo Švédsku.

Vo **Švédsku** nemožno povedať, že by mal plnú podporu rozvoj IT v zdravotníckom sektore. Avšak odvtedy, čo kraje sa stali relatívne nezávislými, oni podporujú stratégie pre rozvoj IT a kooperáciu na dobrovoľnej báze. Kraje, obce a súkromní poskytovatelia teda kooperujú na dobrovoľnej báze prostredníctvom Carelink a národnej siete organizácií zriadených na podporu využitia IT v zdravotníckej starostlivosti. Ťažisko v krajoch sa kladie na podporu a využitie telemedicíny.

V **Dánsku** MedCom inicioval v roku 1994 prostredníctvom MZ narastajúcu elektronickú komunikáciu. V roku 2003 bola spustená súčasná stratégia pod názvom „Národná stratégia pre informačné technológie v systéme zdravotnej starostlivosti 2003 – 2007“. Cieľom tejto stratégie bolo zabezpečenie informácií pre komplexnú starostlivosť s účasťou (zahrňujúca) pacienta. Základná štruktúra EHR je zhodná s verejnou národnou informačnou štruktúrou pre všetky budúce IT systémy zbierajúce klinické dáta v dánskom sektore zdravotnej starostlivosti. Dôležité iniciatívy pre nasledovné roky zahrňujú národný terminologický server a organizácie, ďalšiu podporu portálu verejného zdravia a registre klinických procesov a následnej starostlivosti.

V **Írsku** stratégia podpory informačnej spoločnosti (2004 – 2007)zahrňuje ciele pre zdravotnícky sektor. Jeden z cieľov je zriadiť zdravotnícku sieť, ktorá bude spájať všetky inštitúcie v sektore, do konca roku 2006. Úlohou je predstaviť EHR pre všetky zdravotnícke služby, v rovnakom rozsahu pre nemocnice, centrá zdravotnej starostlivosti a rovnako aj nezávislým operátorom zdravotníckej starostlivosti. Ďalším cieľom je umožniť elektronické transakcie medzi štátnym inštitútom pre sociálnu ochranu a pracovníkmi v zdravotnej starostlivosti a verejnými inštitúciami.

V **Nórsku** je teraz 3.národný plán e-Health. Predchádzajúci plán Si@! sa zameriaval na elektronickú komunikáciu medzi zdravotníckym a sociálnym sektorom, na telemedicínu, na národnú zdravotnú sieť a verejné informácie. Plán pre roky 2004 – 2007 - [Te@mwork](#) 2007 ([Se@mspill](#) 2007) má dve ťažiská. Prvé ťažisko je v ďalšej podpore informácií prúdiacich medzi spoločnosťami, ktoré predtým naštartovali elektronickú kooperáciu, predstavuje to zabezpečenie operačných systémov v nórskej zdravotníckej sieti, v terminológii, v kódoch a klasifikácii a v implementácii elektronického podpisu a oveľa extenzívnejším implementáciám EHR systému.

Druhým ťažiskom plánu je účasť na začlenení nových členov v elektronickej kooperácii. Nové skupiny by sa mali predstaviť a motivovať pre elektronickú kooperáciu. Včlenenie tých členov je určované ich ambíciou realizovať procesy komplexnej starostlivosti, včtenie členov, ale aj inštitúcií v obciach, ktoré sú zodpovedné za starostlivosť napr. rehabilitačné oddelenia a inštitúcie pre starých alebo postihnutých ľudí.

Vo **Fínsku** vláda iniciovala 4 medzi-ministerské programy, jeden z nich je program pre informačnú spoločnosť. Komunikačné technológie v zdravotníckom sektore sú hlavnou úlohou programu. Stratégia zahrňuje plány pre komplexnú sociálnu starostlivosť a služby zdravotnej starostlivosti a predstavuje a zriaďuje elektronický regionálny informačný systém. Navyše IT budú použité pre komplexnú starostlivosť, domácu starostlivosť a podporu zdravotníckeho portálu.

Švédsko, Dánsko a Nórsko sa sústreďovali na budovanie národných sietí v skorších stratégiách a teraz venujú pozornosť aktivitám, ktoré sú potrebné na zvyšovanie komunikácie v sieti, o.i. bezpečnosti, regulácii, štandardizácii a aplikácii.

IT pre špecifické cieľové skupiny – domáca starostlivosť pre prestárlych a iné cieľové skupiny podstupuje ďalší rozvoj vo všetkých severských krajinách a IT zohrávajú dôležitú úlohu.

V Dánsku projekt **CareMobil** je zacielený na podporu rozvoja nových, kreatívnych konceptov a demonštrácii vo využití a potenciálu IT v starostlivosti o prestárlych.

Taktiež projekt MedCom 4 – **Projekt pre lokálne úrovne** – cieľom tohto projektu je ísť na miestnu úroveň, aby PC systémy miestnych úrovní komunikovali s IS nemocníc. Prostredníctvom tohto projektu sa uskutočňuje elektronická výmena informácií medzi nemocnicami a domácou starostlivosťou.

Vo Fínsku projekt **ITSE** – jeho cieľom je podpora nezávislého života a komunikácia medzi staršími a postihnutými za využitia podporných technológií.

V Nórsku cieľom projektu „**GRO Comfort Zone for Elderly**“ je vytvoriť komplexný balík služieb pre seniorských občanov v ich vlastných domovoch. Projekt „**Smart Home Technology in Norwegian Home-based Health and Social Services**“ spracúva predstavenie technológií v obciach, ukazujúce iným obciam ako dosiahnuť úspech.

4. Súčasný stav na Slovensku

K tomu, aby sme charakterizovali súčasný stav na Slovensku je potrebné uviesť ako je definovaná mimonemocničná starostlivosť podľa súčasne platnej legislatívy.

4.1 Chápanie pojmu mimonemocničná starostlivosť

Zákon č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti,... v § 7 vymenúva zdravotnícke zariadenia. Rozdeľuje ich na zariadenia:

- a) ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- b) ústavnej zdravotnej starostlivosti
- c) lekárenskej starostlivosti

Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú :

- a) ambulancia
- b) zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti
- c) stacionár
- d) poliklinika
- e) agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- f) zariadenie spoločných vyšetrovacích zložiek

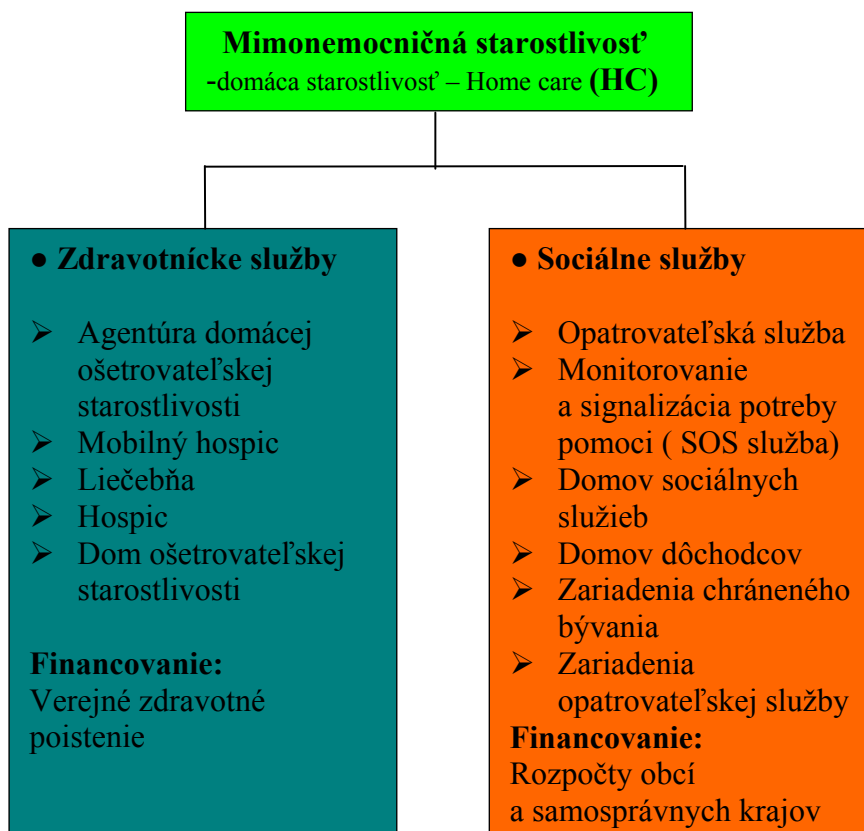
Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti sú:

- a) nemocnica
 - 1. všeobecná
 - 2. špecializovaná
- b) liečebňa
- c) hospic
- d) dom ošetrovateľskej starostlivosti
- e) prírodné liečebné kúpele
- f) zariadenie biomedicínskeho výskumu

Z uvedeného vyplýva, že pod pojem mimonemocničná starostlivosť by mohli patriť zariadenia ambulantného typu resp. iné ústavné zariadenia mimo nemocníc.

Pre potreby uvedeného projektu pod pojmom mimonemocničná starostlivosť rozumieme starostlivosť o pacienta resp. klienta, ktorému sa poskytuje následná starostlivosť (po diagnostikovaní, po ukončení akútnej liečby a pod.) vo vybraných typoch zdravotníckych a sociálnych služieb.

Mimonemocničná starostlivosť je v súčasnosti poskytovaná v rámci zdravotníckych služieb a v rámci sociálnych služieb. Sú to dva odlišné systémy, ktoré majú aj iný systém financovania. Zdravotnícke služby sú financované zo systému verejného zdravotného poistenia, kým sociálne služby sú financované zo zdrojov verejnej správy konkrétne z rozpočtov samospráv (obce a samosprávne kraje).



Pre potreby tejto štúdie sa budeme venovať informačno-komunikačnými technológiami podporovanej mimonemocničnej starostlivosti u vyššie vymedzených typov služieb v systéme zdravotníckych a sociálnych služieb.

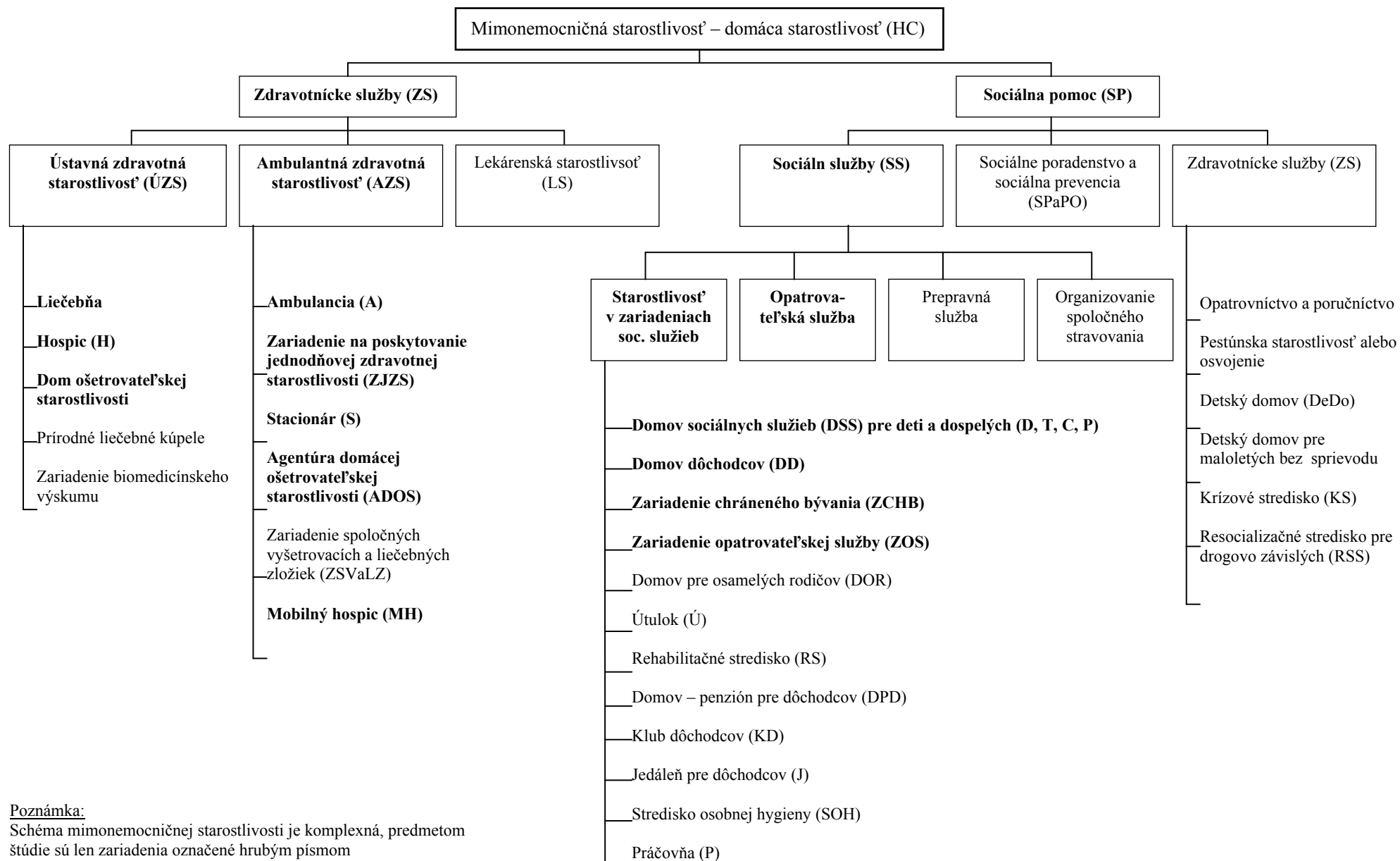
Pokiaľ by sme chceli charakterizovať mimonemocničnú starostlivosť podľa súčasne platnej legislatívy je potrebné podotknúť, že vymedzuje človeka/občana/pacienta/klienta pre oblasť zdravotnej a sociálnej starostlivosti zvlášť, čo vylučuje chápať starostlivosť ako integrovanú a komplexnú. Veľkou nevýhodou až prekážkou je chápanie starostlivosti podporované legislatívou, ktorá neprirodzene definuje človeka do hrubých rámcov rezortizmu bez akceptácie osobnosti v jej celostnej integrite. Tento systém vylučuje efektívnu koordináciu a kooperáciu starostlivosti zdravotníckych a sociálnych službách v prieniku.

Nepružné administrovanie, ktoré predchádza príjmu klienta do mimonemocničnej starostlivosti spôsobuje znechutenie samému klientovi aj jeho príbuzným a zaťažuje časovo, finančne a zbytočnou duplicitou všetky úrovne zainteresovaných v administrovaní aj v procese starostlivosti. Opakované podávanie návrhu zdravotnej poisťovni v prípade opodstatnenej potreby predĺženia starostlivosti si vyžaduje často náročnú koordináciu viacerých odborníkov, ktorí nemajú možnosť pružne nahliadnúť do dokumentácie klienta a dať jasné odborné stanovisko pre revízneho lekára príslušnej zdravotnej poisťovne alebo orgánu, ktorý rozhoduje o poskytnutí starostlivosti. Tak dochádza ku kolízii medzi indikáciou výkonov ošetrojúceho lekára a akceptáciou resp. modifikáciou revíznym lekárom alebo iným odborníkom. Podcenená alebo na druhej strane nie vždy opodstatnená vhodná forma starostlivosti sa nezakladá na nedostatku odbornosti zainteresovaných osôb, ale skôr na chýbajúcom informačnom systéme, ktorý by pomohol skoordinať jednotlivé postupy starostlivosti na všetkých úrovniach mimonemocničnej starostlivosti

Poznámka :

V nasledujúcom sa niekedy pre stručnosť bude uvádzať pojem domáca starostlivosť – home care (HC), ktorý bude reprezentovať všetky typy vyššie uvedených mimonemocničných zariadení t. zn., že pojmy mimonemocničná starostlivosť, domáca starostlivosť-home care (HC) sú pre potreby tejto štúdie identické rozsahom - reprezentujú vyššie načrtnutú schému.

4.2 Schéma mimonemocničnej starostlivosti (MNS) (HC)



Poznámka:

Schéma mimonemocničnej starostlivosti je komplexná, predmetom štúdie sú len zariadenia označené hrubým písmom

5. Cieľ štúdie

Cieľom tejto štúdie je charakterizovať systém poskytovania zdravotníckych a sociálnych služieb v rámci mimonemocničnej starostlivosti, cieľové skupiny resp. okruhy osôb, ktorí odoberajú služby mimonemocničnej starostlivosti a popísať najfrekvencovanejšie zdravotné profily v mimonemocničnej starostlivosti. Cieľom tejto štúdie je poskytnúť aj podklady a informácie pre vznik SW a HW produktov, pomocou ktorých budú poskytované nové, kvalitnejšie, dostupnejšie a komplexnejšie služby v rámci mimonemocničnej starostlivosti.

V ďalšej časti štúdie sú popísané špecifikácie potrebné pre riešenie projektu ICT podporovaná mimonemocničná starostlivosť v členení

- Mimonemocničná starostlivosť v systéme zdravotníckej starostlivosti
- Mimonemocničná starostlivosť v systéme sociálnej pomoci
- Cieľové skupiny a zdravotné profily
- Subjekty participujúce na mimonemocničnej starostlivosti
- Legislatívne rámce pri zabezpečovaní mimonemocničnej starostlivosti
- Návrhy na výstupy
- Záver

6. Mimonemocničná starostlivosť v systéme zdravotnej starostlivosti

Zákon č. 587/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v § 7 „Prevádzkovanie zdravotníckych zariadení“ vymenúva zdravotnícke zariadenia:

- g) ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- h) ústavnej zdravotnej starostlivosti,
- i) lekárenskej starostlivosti

odsek (2) vymenúva Zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti :

- a) ambulancia,
- b) zariadenie na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti,
- c) stacionár,
- d) poliklinika,
- e) agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- f) zariadenie spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek,
- g) mobilný hospic

odsek (3) Zariadenia ústavnej zdravotnej starostlivosti sú:

- a) nemocnica
 1. všeobecná,
 2. špecializovaná,
- b) liečebňa
- c) hospic,
- d) dom ošetrovateľskej starostlivosti
- e) prírodné liečebné kúpele,
- f) zariadenie biomedicínskeho výskumu.

odsek (4) Zariadenia lekárenskej starostlivosti upravuje osobitný predpis.

odsek (5) Upravuje Vyhláška MZ SR č. 770/2004 Z.z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

V tejto štúdií sa zameriavame na mimonemocničnú zdravotnú starostlivosť a preto, okrem nemocníc, kúpeľov a zariadení biomedicínskeho výskumu budeme postupne charakterizovať jednotlivé typy zdravotníckych zariadení.

6.1 Mimonemocničná starostlivosť v ústavných zdravotníckych zariadeniach

6.1.1 Liečebňa

Názov zariadenia: **Liečebňa pre dlhodobo chorých (LDCH)**

Charakteristika služby:

V liečebni je poskytovaná ústavná zdravotná starostlivosť v odbore (podľa zamerania liečebne) v tomto prípade v odbore geriatra a gerontológia u pacientov s chronickým, dlhodobým ochorením alebo viacerými ochoreniami.

Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti:

Pobyt a liečba v liečebni pre dlhodobo chorých je závislá od zdravotného stavu pacienta a od typu choroby, pre ktorý je pacient hospitalizovaný. Vo väčšine prípadov trvá hospitalizácia v priemere 6 týždňov. Hospitalizácie môžu byť opakované, ak to zdravotný stav pacienta vyžaduje. Poskytované sú všetky služby: lekárske vyšetrenia v rámci dennej vizity, primárska vizita (minim. 1 x týždenne), základná diagnostika, ošetrovateľská starostlivosť v plnom rozsahu, rehabilitačná starostlivosť, logopedická starostlivosť a pod.

Typy klientov - pacientov:

Služby tohto zariadenia sú určené všetkým vekovým kategóriám, aj keď odbornosťou je tento typ zariadenia zahrnutý do koncepcie odboru geriatra. Prakticky jediným kritériom prijatia pacienta je jeho zdravotný stav, ktorý vyžaduje uvedený typ zdravotnej starostlivosti a odporúčanie ošetrojúceho lekára. Je však dôležité, aby pacient bol poistencom takej zdravotnej poisťovne, ktorá má s daným zariadením zmluvu a neprekročený zmluvný limit, pre dané obdobie.

Súčasný stav:

Zriaďovateľom tohto typu zdravotníckeho zariadenia je vyšší územný celok alebo ministerstvo zdravotníctva. Liečebne sú samostatnými právnymi subjektami. Platná legislatíva umožňuje aj zriadenie neštátneho zariadenia LDCH. T.č. sú to zväčša štátne príspevkové organizácie alebo neziskové organizácie. Na základe štatistických výkazov NCZI možno konštatovať, že u dlhodobo chorých je cca 61% pacientov opakovane hospitalizovaných na uvedenú diagnózu, u psychiatrických liečební je to 42% pacientov.

Vybavenosť a využívanie IKT

Využívanie uvedených technológií je t.č. zväčša pri výkazníctve pre poisťovne, pre výkazníctve pre zdravotnú štatistiku, e-mailová komunikácia a využívanie možnosti internetu. Signalizačné zariadenia sú využívané len v základnom prevedení (zvonček).

Počet zariadení

7 zariadení liečební z toho 4 psychiatrické liečebne a 3 liečebne pre dlhodobo chorých.

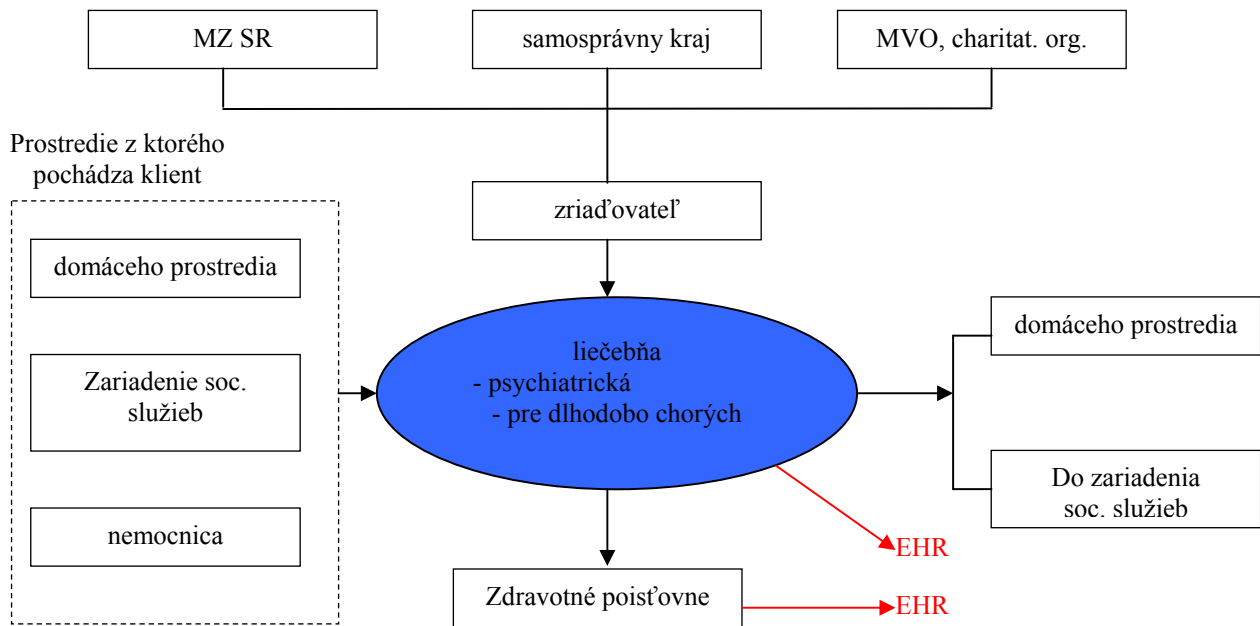
Poznámka:

Jednotlivé typy liečební sú rozdelené podľa toho, pre aký typ zdravotného postihnutia- ochorenia sú určené. Napr. Psychiatrické liečebne- pre chronické – dlhodobé psychiatrické ochorenia,

Liečbe pre tuberkulózu a ochorenia respiračného systému majú charakter – odborných ústavov, Detské liečebne a pod. Podľa typu ochorenia je zameraná aj odborná špecializácia zdravotníckych pracovníkov.

Zdroje financovania:

Financovanie je z prevážnej miery zabezpečované zdravotnými poisťovňami.



**Prehľad o rehospitalizáciách podľa základných ochorení (MKCH-10)
na jednotlivých oddeleniach**

Slovenská republika 2003 - LDCH

Oddelenie	Počet hosp.	Hospitalizácia pre uvedenú diagnózu					
		po prvýkrát		opakovane		neudané	
		počet	%	počet	%	počet	%
Dlhodobo chorých	4 330	1 644	37,97	2 660	61,43	26	0,60
Spolu	4 330	1 644	37,97	2 660	61,43	26	0,60

**Hospitalizovaní podľa naliehavosti prijatia
na jednotlivé oddeleniach**

Slovenská republika 2003 - LDCH

Oddelenia	Počet hosp.	Naliehavosť prijatia na oddelenie					
		neodkladné		na objednávku (plánované)		iný spôsob	
		počet	%	počet	%	počet	%
Dlhodobo chorých	4 330	582	13,44	3 365	77,71	383	8,85
Spolu	4 330	582	13,44	3 365	77,71	383	8,85

Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Bratislava

**Prehľad o rehospitalizáciách podľa základných ochorení (MKCH-10)
na jednotlivých oddeleniach**

Slovenská republika 2004 – LDCH

Oddelenie	Počet hosp.	Hospitalizácia pre uvedenú diagnózu					
		po prvýkrát		opakovane		neudané	
		počet	%	počet	%	počet	%
Dlhodobo chorých	4 997	1 915	38,32	3 037	60,78	45	0,90
Spolu	4 997	1 915	38,32	3 037	60,78	45	0,90

**Hospitalizovaní podľa naliehavosti prijatia
na jednotlivé oddeleniach**

Slovenská republika 2004 – LDCH

Oddelenia	Počet hosp.	Naliehavosť prijatia na oddelenie					
		neodkladné		na objednávku (plánované)		iný spôsob	
		počet	%	počet	%	počet	%
Dlhodobo chorých	4 997	691	13,83	3 856	77,17	450	9,01
Spolu	4 997	691	13,83	3 856	77,17	450	9,01

Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Bratislava

**Prehľad o rehospitalizáciách podľa základných ochorení (MKCH-10)
na jednotlivých oddeleniach**

Slovenská republika 2003 – Psychiatrické liečebne

Oddelenie	Počet hosp.	Hospitalizácia pre uvedenú diagnózu					
		po prvýkrát		opakovane		neudané	
		počet	%	počet	%	počet	%
Tuberkulóza a pľúcne choroby	200	131	65,50	69	34,50	-	-
Psychiatria	2 090	1 181	56,51	903	43,21	6	0,29
Liečba alkoholizmu a toxikománií	941	606	64,40	335	35,60	-	-
Gerontopsychiatria	167	59	35,33	108	64,67	-	-
Spolu	3 398	1 977	58,18	1 415	41,64	6	0,18

**Hospitalizovaní podľa naliehavosti prijatia
na jednotlivé oddeleniach**

Slovenská republika 2003 – Psychiatrické liečebneLDCH

Oddelenia	Počet hosp.	Naliehavosť prijatia na oddelenie					
		neodkladné		na objednávku (plánované)		iný spôsob	
		počet	%	počet	%	počet	%
Tuberkulóza a pľúcne choroby	200	1	0,50	184	92,00	15	7,50
Psychiatria	2 090	982	46,99	753	36,03	355	16,99
Liečba alkoholizmu a toxikománií	941	190	20,19	747	79,38	4	0,43
Gerontopsychiatria	167	161	96,41	6	3,59	-	-
Spolu	3 398	1 334	39,26	1 690	49,74	374	11,01

Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Bratislava

Prehľad o rehospitalizáciách podľa základných ochorení (MKCH-10)

na jednotlivých oddeleniach

Slovenská republika 2004 – Psychiatrické liečebne

Oddelenie	Počet hosp.	Hospitalizácia pre uvedenú diagnózu					
		po prvýkrát		opakovane		neudané	
		počet	%	počet	%	počet	%
Tuberkulóza a pľúcne choroby	177	92	51,98	85	48,02	-	-
Psychiatria	2 063	1 116	54,10	944	45,76	3	0,15
Liečba alkoholizmu a toxikománií	996	615	61,75	380	38,15	1	0,10
Gerontopsychiatria	231	114	49,35	117	50,65	-	-
Spolu	3 467	1 937	55,87	1 526	44,01	4	0,12

Hospitalizovaní podľa naliehavosti prijatia na jednotlivé oddeleniach

Slovenská republika 2004 – Psychiatrické liečebne

Oddelenia	Počet hosp.	Naliehavosť prijatia na oddelenie					
		neodkladné		na objednávku (plánované)		iný spôsob	
		počet	%	počet	%	počet	%
Tuberkulóza a pľúcne choroby	177	5	2,82	124	70,06	48	27,12
Psychiatria	2 063	987	47,84	810	39,26	266	12,89
Liečba alkoholizmu a toxikománií	996	263	26,41	726	72,89	7	0,70
Gerontopsychiatria	231	216	93,51	14	6,06	1	0,43
Spolu	3 467	1 471	42,43	1 674	48,28	322	9,29

Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Bratislava

6.1.2 Hospic

Charakteristika služby

Hospic klientovi poskytuje paliatívnu, predovšetkým symptomatickú liečbu a starostlivosť a súčasne sa snaží uspokojiť i jeho psychické, sociálne a spirituálne potreby.

Klientovi v hospici sa má garantovať, že:

- nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou,
- za všetkých okolností sa bude rešpektovať jeho ľudská dôstojnosť,
- hospicovým tímom sa bude imperatívne ctiť jeho autonómia,
- sa bude plne rešpektovať jeho individuálne právo i právo blízkych osôb,
- v posledných chvíľach života nezostane osamotený.

Hospic z časového hľadiska zahŕňa úsek: „ante finem“ – „prae finem“ (pred smrťou), „in fine“ (pri smrti) a „post finem“ (po smrti).

Neposkytuje kauzálnu liečbu, ale jeho cieľom je udržať možnú kvalitu života človeka až do smrti (porov. WHO 1947, s.1). Kvalitu života možno nateraz definovať cez merateľné parametre:

- fyziké (bio)**: mobilita, schopnosť komunikácie, funkčné parametre, neprítomnosť bolesti,
- psychické (psycho)**: pocit zdravia, radosť, neprítomnosť strachu, vyrovnanosť,
- sociálne (socio)**: rodinná situácia, okruh priateľov, ekonomické aspekty, pracovné miesto,
- duchovné (spirito)**: zmysel života, ciele, hodnoty, metafyzicko-náboženské vzťahy.

Kvalita života má rozhodne subjektívne zložky, ktoré sa vytvárajú z prijatých hodnôt. Tieto hodnoty sú určované nielen samým človekom, čiže cez subjektívne sebahodnotenie, ale cez objektívne dané skutočnosti. Nakoľko funkčné parametre môžu byť extrapolované len cez normatívne zhodnotenie na konečnú hodnotu, sú všeobecné normy rozhodujúcimi faktormi. Základným očakávaním od hodnotenia kvality života je **zlepšenie individuálnej starostlivosti (intervencie) s možnosťou nezávislého života** v určitom stupni.

MNS je poskytovaná klientom v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.

O výbere príslušného hospicu rozhoduje klient (príbuzní), nie ošetrojúci alebo iný lekár.

Rozsah poskytovanej zdravotnej starostlivosti

V hospici sa vykonáva:

- lekárska starostlivosť (diagnostika a liečba s dôrazom na bolesť),
- ošetrovateľská starostlivosť,
- rehabilitácia,
- psychologická starostlivosť,
- liečebno-pedagogická starostlivosť,
- duchovná starostlivosť,
- sociálne poradenstvo a supervízia (podpora osobe a pomoc jej rodine).

Typy klientov

Ku klientom v terminálnom štádiu ochorenia vo všeobecnosti patria ľudia,:

- ktorých stav vyžaduje kvalifikovanú liečbu bolesti a kontrolu symptómov,
- u ktorých musí byť podávanie liekov proti bolesti citlivo prispôbené ich potrebám,
- ktorí sa zaoberajú koncom svojho života,
- ktorí sa vyrovnávajú so svojím umieraním a smrťou.

Sú to osobitne

1. klienti s infaustnou (nevyliciteľnou) prognózou:
 - a) ktorí už ukončili liečbu,
 - b) ktorým paliatívna liečba (chemo-radioterapia, operácia) umožnila zlepšenú kvalitu života,
 - c) ktorí napriek diagnóze žijú svoj život a hľadajú zmysel bytia, svojho života i utrpenia,
 - d) ktorí sa vyrovnali so svojou nevyliciteľnou chorobou,
 - e) ľudia v duševnom otrase, ktorý vedie k smrti.
2. klienti s chronickou bolesťou s progredujúcimi ochoreniami.
3. geriatrickí klienti „prae finem“ – „ante finem“ (pred smrťou).

Klienti hospicu môžu byť z rôznych vekových kategórií.

Bližšia typológia indikácií na hospitalizáciu v hospici:

1. onkologický pacient s nevyliciteľným, aktívne progredujúcim nádorovým ochorením s/so bolesťou rôzneho pôvodu - somatickou, viscerálnou, neuropatickou a v kombinácii), ich diferenciálnou diagnostikou, vrátane CT a/alebo MRI, liečbou, vrátane invazívnych analgetických postupov (napr. epidurálnou analgéziou), dýchavicou, kašľom, diferenciálnou diagnostikou a liečbou, vracaním, hnačkami, obštipáciou, obštrukciou gastrointestinálneho traktu neriešiteľnou chirurgicky, obštrukciou uropoetického traktu, indikáciou na zavedenie vnútorných alebo vonkajších stentov, opuchmi, ascitom, pleurálnym výpotkom s potrebou ich opakovanej evakuácie, intrakraniálnou hypertenziou, diagnostikou, liečbou, vrátane rádioterapie, útlakom miechy neriešiteľným neurochirurgicky alebo recidivujúcim, s neurologickými príznakmi a bolesťami, fraktúrami kostí pri metastázach, neriešiteľnými chirurgicky, krvácaním z dýchacích ústrojov, z gastrointestinálneho traktu neriešiteľného chirurgicky, indikáciou podania transfúzných liekov /alebo transfúzných prípravkov ambulantných pacientov, povrchovými mokvajúcimi tumormi alebo fistulami (tumorokutánnymi, vezikorektálnymi a podobne.), dekubitmi, narušenou celistvosťou kože, akútnymi metabolickými poruchami dehydratáciou, hyperkalciémiou, hypokaliémiou, a inými), paliatívnu chemoterapiou zameranou na zmiernenie symptómov nádorového ochorenia, psychiatrickou poruchou (depresiou, zmätenosťou, a inými), potrebou akútnej psychologickú intervencie.
2. pacient s progredujúcim neurodegeneratívnym ochorením, pacient s progredujúcim demyelinizačným ochorením, pacient s progredujúcou neuromuskulárnou dystrofiou s/so dýchavicou, bolesťou, renálnym postihnutím, intenzívnou rehabilitáciou.
3. pacient s chronickou obštrukčnou bronchopulmonálnou chorobou v terminálnom štádiu s /so globálnou respiračnou insuficienciou, dýchavicou vyžadujúcou medikamentóznú liečbu, bolesťami.
4. pacient s chronickou renálnou insuficienciou v terminálnom štádiu, aj v chronickom intermitentnom dialyzačnom programe s/so terminálnym štádiom renálnej insuficiencie bez možnosti hemodialýzy, zdravotnými komplikáciami spojenými s rozhodovaním o ukončení dialyzačného programu, bolesťami, peritonitídou pri peritoneálnej dialýze.
5. pacient v perzistentnom vegetatívnom stave (po kraniocerebrálnom poranení, kardiopulmonálnej resuscitácii).
6. pacient so závažnými bolesťami neonkologického pôvodu, ktorého nemožno nastaviť na analgetickú liečbu ambulantne.

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).

Popis súčasného stavu

Ústavná paliatívna starostlivosť na Slovensku sa ubera dvoma cestami. Vytváraním paliatívnych lôžok v nemocniciach a zriaďovaním hospicov.

Poskytovanie holistických služieb terminálne chorým v hospici nie je diagnosticky ani legislatívne determinované. Hlavnou indikáciou je nepriaznivý zdravotný stav pacienta, ktorý vyžaduje kontrolu symptómov progredujúceho nevyliciteľného ochorenia v terminálnom štádiu. V hospici sa poskytujú aj respitné formy starostlivosti. Zdravotné poisťovne spravidla vyžadujú súčasné splnenie týchto indikátorov: chronická, nevyliciteľná a zároveň progredujúca choroba s časovo obmedzeným prežívaním.

O prijatie do hospicu žiada klient, blízke osoby, ošetrojúci lekár, ošetrojúca sestra a ostatné fyzické alebo právnické osoby (nemocnice, domovy dôchodcov, zariadenia sociálnych služieb, LDCH a iné štátne, verejne i neverejne subjekty) ústnou, písomnou alebo elektronickou formou.

Prijatie klienta anticipuje uzatvorenie zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa platnej legislatívy a vnútorného poriadku príslušného subjektu. Tomu predchádza *Žiadosť o poskytovanie hospicovej starostlivosti*, *Informovaný súhlas* klienta, schválenie poskytovania zdravotnej starostlivosti revíznym lekárom príslušnej zdravotnej poisťovne klienta na základe odporúčania ošetrojúceho alebo odborného lekára klienta.

V prípade, že klientom je dieťa alebo osoba zbavená svojprávosti podľa platnej legislatívy SR, relevantnou osobou k podpísaniu *Informovaného súhlasu* a *dohody* je zákonný zástupca.

Vybavenosť a využívanie IKT

Minimálne požiadavky na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie hospicov nie je legislatívne upravené. Štandardy zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína je v koncepcnej príprave na MZ SR.

Informačno-komunikačné technológie v hospici je treba využívať veľmi citlivo vzhľadom na terminálne štádium človeka a ak, tak najmä vo vzťahu ku kontrole symptómov bolesti (subjektívne a objektívne sledovanie a vyhodnocovanie). Využívanie kamier a iných prostriedkov informačných technológií musí byť v písomnej forme odobrené a založené v dokumentácii. Vzhľadom na vysoký počet úmrtí v hospici je vhodné elektronizovať hlásenia pre Národné centrum zdravotníckych informácií v Bratislave, ktoré sa týkajú onkologických ochorení (hlásenie smrti pacienta s nádorovým ochorením), hlásenia nozokomiálnych nákaz, hlásenia nežiaducich účinkov liekov a iné informácie zainteresovanému tímu (ošetrojúci lekár, ADOS) a príslušným subjektom (sociálna poisťovňa, matrika).

Dokumentácia

Vedie sa podľa zákona č. 576/2004 Z.z. a odborného usmernenia MZ SR.

Súčasne podľa platnej legislatívy, vymedzuje len zdravotnú anamnézu klienta. Je žiadúce pripraviť a zaviesť do praxe elektronickú dokumentáciu, ktorá bude počítať s možnosťou podať komplexnú informáciu o klientovi v prepojení na ošetrojúceho lekára, odborných lekárov, poisťovne, ADOS, sociálnu poisťovňu, ÚPSVaR a registrované subjekty ktoré poskytujú rôzne druhy služieb s vymedzenou možnosťou kompetentných vstupovať do systému na rôznych úrovniach a dotknutým odborníkom pracovať s relevantnými informáciami. Zabezpečiť tak predkladanie dokumentov v elektronickej podobe jednotlivým inštitúciám a subjektom poskytujúcim služby a minimalizovať požadované predkladanie dokumentov v písomnej forme od klienta alebo medzi inštitúciami.

Počet zariadení v SR

Mimo nemocníc sú na Slovensku v súčasnosti v prevádzke tri typické hospice (Bardejovská Nová Ves (rekonštrukcia), Ľubica (novostavba), Trenčín (rekonštrukcia)). Vo výstavbe je hospic v Nitre.

Zdroje financovania

Zdravotná starostlivosť (vrátane liečiv a zdravotníckych pomôcok) v hospicoch je hradená zo zdravotného poistenia v rozsahu a na základe zmluvy subjektu s príslušnou ZP poistenca (klienta). Cena za ošetrovací deň a lôžko je v rozmedzí 500 až 900 Sk.

Systém financovania je poddimenzovaný (pri súčasných cenách by mal byť v rozsahu 1 300 až 2 000 Sk). ZP obmedzujú limitom rozsah služieb.

6.1.3 Dom ošetrovateľskej starostlivosti (DošS)

Charakteristika služby:

Tento typ zdravotníckeho zariadenia je novým typom zdravotníckeho zariadenia, ktoré určuje zákon č.587/2004 Z.z.. Ministerstvo zdravotníctva vydalo odborné usmernenie, ktorým sa určujú náležitosti prislúchajúce danému typu zdravotníckeho zariadenia. Uvedený typ zdravotníckeho zariadenia ďalej len DošS. môže byť súčasťou iného zdravotníckeho zariadenia, alebo ako samostatné zdravotnícke zariadenie s právnou subjektivitou.

Rozsah poskytovaných zdravotnej starostlivosti:

V dome ošetrovateľskej starostlivosti sa poskytuje nepretržitá ošetrovateľská starostlivosť a rehabilitácia. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti v dome je udržať a zlepšiť kvalitu života v pooperačnom a post hospitalizačnom období, prechádzať zdravotným komplikáciám a dosiahnuť maximálnu samostatnosť osoby. Tento typ zdravotnej starostlivosti poskytujú sestry s odbornou spôsobilosťou. Samozrejme spolupracovať môžu aj iní zdravotnícki pracovníci ak si to zdravotný stav pacientov vyžaduje. Doba pobytu pacienta v tomto zariadení závisí od zdravotného stavu osoby a potreby ošetrovateľskej starostlivosti. Maximálna dĺžka pobytu je jeden mesiac. Táto doba sa však so súhlasom revízneho lekára príslušnej poisťovne môže vo výnimočných prípadoch predĺžiť.

Typy pacientov:

Dom ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len „dom“) je zdravotnícke zariadenie ústavnej zdravotnej starostlivosti, v ktorom sa poskytuje nepretržitá ošetrovateľská starostlivosť, rehabilitácia a služby s nimi súvisiace osobám, ktorých zdravotný stav je natoľko stabilizovaný, že si nevyžaduje sústavnú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom a nie je možné ju poskytovať v prirodzenom sociálnom prostredí.

Jedná sa o takých pacientov, ktorých zdravotný stav je stabilizovaný a nevyžaduje nepretržitú zdravotnú starostlivosť poskytovanú lekárom, ale nie je možné im poskytovať zdravotnú starostlivosť ambulantne resp. v domácnosti (ošetrovanie rán, ošetrovanie dekubitov, ošetrovateľská rehabilitácia a pod.), ktorí vyžadujú intenzívnejšiu liečbu aplikovanú viac razy za deň. Do domu ošetrovateľskej starostlivosti sa prijímajú pacienti na základe odporúčania lekára ústavnej zdravotnej starostlivosti, ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo ADOS.

Popis súčasného stavu

Uvádzaný typ zdravotníckeho zariadenia nemá zatiaľ dlhú tradíciu. Zriaďovateľom môže byť právnická alebo fyzická osoba. Právna forma zariadenia môže mať taktiež rôzny charakter, tak, ako to umožňuje obchodný zákonník.

Vybavenosť a využívanie IKT

Novozriaďované zdravotnícke zariadenia bývajú v prevážnej väčšine vybavované prístupom k internetovej sieti z pracovného miesta personálu aj z izieb pacientov. Taktiež sú budované aj intranetové prepojenia v rámci vlastného zariadenia. Pacienti sú pod dohľadom videokamier, aby sa tak zlepšil a zrýchlil prístup personálu v prípade potreby pacienta. Komunikácia tak nie je obmedzená len na aktívnu signalizáciu zo strany pacienta (zvonček prípadne hlasové prepojenie/

a osobné sledovanie personálom (obchádzaním jednotlivých izieb),ale zjednodušuje a zlepšuje sledovanie pacientov, bez nároku na väčší počet personálu.

Počet zariadení

Momentálne je v prevádzke Ošetrovateľské centrum Humenné a novovznikajúce v Prešove a inde minimálne v každom samosprávnom kraji.

Spôsob financovania a náklady na klienta

Financovanie je realizované zo zdravotných poisťovní, na základe zmluvy zdravotníckeho zariadenia s jednotlivými poisťovňami. Náklady na pacienta nie sú jednoznačne špecifikované. V prípade nedostatočného krytia nákladov úhradami zo zdravotných poisťovní, môžu neštátne zdravotnícke zariadenia žiadať dopĺčanie od pacientov, prípadne hľadať iné zdroje.

6.2 Mimonemocničná starostlivosť - ambulantná zdravotná starostlivosť

Zariadenia ambulantného typu (podľa zák. č. 587/2004 Z. z.)

- a) ambulancia
- b) zariadenie jednodňovej zdrav. starostlivosti
- c) stacionár
- d) poliklinika
- e) agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- f) zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek
- g) mobilný hospic

Z pohľadu tejto štúdie sa zameriame len na tie typy zariadení, kde sa zdržiava pacient. Krátkodobý pobyt pacienta je v ambulanciách praktických lekárov – primárna ambulantná starostlivosť (PAS) a v ambulanciách špecializovanej zdravotnej starostlivosti – špecializovanej ambulantej starostlivosti (ŠAS) , vrátane polikliniky. Poliklinika je zdravotnícke zariadenie zložené z viacerých zložiek ambulantej zdravotnej starostlivosti, organizačne spojené do polikliniky.

Dlhodobejší pobyt pacienta, ktorý však nepresahuje 24 hodín, je v zariadeniach, zaradených vyššie citovaným zákonom, medzi zariadenia ambulantného typu a sú to:

- a) zariadenia pre poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti
- b) stacionár

6.2.1 Ambulancie – praktických lekárov (PAS) – špecialistov (ŠAS)

Charakteristika služby:

V ambulanciách sa poskytuje zdravotná starostlivosť pacientom, ktorí prichádzajú na vyšetrenie a ošetrovanie z prostredia, kde bývajú.

Službu poskytuje v prvom rade lekár (praktický lekár v PAS a lekár špecialista v ŠAS). Lekárovi pomáha pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti v ambulancii zdravotná sestra. Kontakt lekára a zdravotnej sestry s pacientom je priamy, nesprostredkovaný, v niektorých prípadoch táto komunikácia vyžaduje aj účasť blízkej osoby pacienta.

Rozsah poskytovaných služieb:

Časový rozsah služieb poskytovaných v ambulancií je zväčša v trvaní niekoľkých desiatok minút. Pacient je však v danej ambulancii evidovaný, má s lekárom zmluvu- v PAS a je evidovaný alebo

dispenzarizovaný – v ŠAS. To znamená, že konkrétnu ambulanciu a lekára navštevuje vo väčšine prípadov opakovane.

Ambulanciu navštevuje pacient z vlastného podnetu, najčastejšie pri akútnom zhoršení zdravotného stavu, alebo prichádza na plánované vyšetrenie či ošetrovanie (v rámci kontrolných vyšetrení alebo v rámci dispenzára)

Podľa nových zákonných opatrení, ktorými sa umožňuje slobodná voľba lekára je prístup k praktickému lekárovi na základe dohody pacienta a lekára, (s možnosťou zmeny 1 krát za 6 mesiacov) Taktiež voľba špecialistu je na rozhodnutí pacienta, ktorý podľa nových právnych noriem nepotrebuje odporúčanie od praktického lekára.

Ambulancia praktického lekára plní úlohu prvého kontaktu so všeobecným zameraním na zdravotný stav pacienta.

Ambulancia lekára špecialistu sa zameriava na jednotlivé skupiny chorôb, resp. na jednotlivé telesné systémy a ich ochorenia, podľa ktorých sa ambulancie a lekári špecializujú, prípadne na jednotlivé vekové skupiny (geriatria).

Popis súčasného stavu:

Ako je uvedené vyššie priama komunikácia pacienta s lekárom pri ambulatnom vyšetrení je nesprostredkovaná. Napriek tomu, dôležitým ostáva, predávanie informácií o doterajšom stave a liečbe pacienta. Nové zákony pozmenili povinnosti vo vzťahu k nakladaniu so zdravotnou dokumentáciou a zrušili povinnosť vydávať kompletnú zdravotnú dokumentáciu jedného lekára inému. Podľa platných predpisov lekár je povinný urobiť výpis zo zdravotnej dokumentácie, čo je vecne neúplné a časovo veľmi náročné. Do popredia sa tak dostáva potreba elektronicky ukladaných a prenášaných informácií, s dostupnosťou pre jednotlivých lekárov.

Vybavenosť a využívanie IKT:

Väčšina ambulancií je vybavená základnou výpočtovou a telekomunikačnou technológiou. To sa využíva na rýchlejšie a jednoduchšie vypisovanie lekárskej správy a tiež na pohotovejšie sledovanie často sa meniacich pravidiel pri predpisovaní liekov, ako aj na zjednodušenie a urýchlenie samotného vypisovania receptov na lieky a špeciálny zdravotný materiál. Telefónne spojenie sa využíva na priamu telefonickú komunikáciu, ale aj na pripojenie do internetovej siete. Už na tejto úrovni komunikácie sa dá podstatne zlepšiť prenos informácií-(správ a nálezov), za predpokladu využívania overeného elektronického podpisu.

V budúcnosti pri aplikácii elektronických chorobopisov a elektronickej komunikácie pacient-lekár je vhodné aplikovať „vzorce“, ktoré pacient sleduje a preposiela svojmu lekárovi, ktorý ich v zapätí „vkladá“ do systému zdravotnej dokumentácie, kde sa automaticky môžu vyhodnotiť aj vo vzťahu k doterajším nálezhom a určiť tak smer vývoja konkrétneho, momentálneho stavu pacienta.

Spôsob financovania a náklady na klienta:

Financovanie je prostredníctvom zdravotných poisťovní na základe zmluvy poskytovateľa s poisťovňou. U praktických lekárov prevažuje spôsob financovania formou paušálnej úhrady na jedného pacienta – tzv. kapitácia. U špecialistov prevažuje financovanie za výkony, ktoré lekár každý mesiac vykazuje poisťovni podľa univerzálneho katalógu výkonov (planý pre všetky poisťovne a pre ambulancie na celom Slovensku), vydané ako Nariadenie vlády.

Výkony sú zasielané do poisťovni na magnetickom nosiči. Zmluvne je dohodnutá cena jedného bodu a tiež maximálny limit výkonov, ktorý je poisťovňa ochotná uhradiť. Nad zmluvný limit je povinná uhradiť len poskytnutie neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Tento typ zdravotnej starostlivosti je definovaný v zákone o Zdravotnej starostlivosti č. 576/2004. V praxi nie je súčasne platný systém ohodnocovania výkonov jednotlivých špecializácií vyvážený. To spôsobuje nerovnosť šancí pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti jednotlivými špecialistami. Preto sa nedajú určiť objektívne náklady na pacienta.

6.2.2 Zariadenie na poskytovanie jednodňovej starostlivosti

Charakteristika:

Jedná sa o nový typ zdravotnej starostlivosti, ktorý je definovaný zákonom 587/2004 Z.z. Tento typ zdravotníckeho zariadenia má za cieľ efektívnejšie využiť finančné prostriedky, zjednodušiť a urýchliť priebeh poskytovania zdravotnej starostlivosti, najmä v chirurgických odboroch a pri jednoduchších zákrokoch.

Zriaďovateľom môže byť fyzická alebo právnická osoba, rovnako aj právna forma môže byť rôzna.

Rozsah poskytovaných služieb

Tento typ zdravotníckej starostlivosti trvá do 24 hodín a následne je pacient prepustený zo zariadenia. V prípade komplikácie je preložený do iného, nemocničného zariadenia. Tento typ starostlivosti sa poskytuje všetkým vekovým kategóriám. Pacienti sú prijímaní za účelom vykonania konkrétneho, najčastejšie operačného, výkonu menšieho rozsahu. Zoznam výkonov podľa jednotlivých medicínskych odborov je uverejnený v cenovom opatrení Ministerstva zdravotníctva SR.

Popis súčasného stavu.

V súčasnosti sa tento typ zdravotnej starostlivosti len rozbieha. Problémom je aj obmedzená kapacita poisťovní uzatvárať zmluvy tohto typu, pri už existujúcich zmluvách s nemocnicami.

Vybavenosť a využívanie IKT:

Vzhľadom na skutočnosť, že sa jedná o novo vytvárané zdravotnícke zariadenia, je vybavenosť IKT dostatočná. Sledovanie a monitorovanie pacienta je tiež na dostatočnej úrovni.

Spôsob financovania a náklady na klienta:

Financovanie je realizované cestou verejného zdravotného poistenia, aj keď je možná aj priama platba. Každé zariadenie musí mať povolenie na prevádzku od Ministerstva zdravotníctva SR alebo od príslušného vyššieho územného celku. Zdravotnícke zariadenie má zmluvy s pobočkami jednotlivých poisťovní. Financovanie je realizované formou úhrady za jednotlivé presne definované výkony, zoznam ktorých je uvedený a pravidelne aktualizovaný v Cenovom opatrení MZ SR. Tam sú uvedené aj maximálne ceny za jednotlivé výkony v príslušných odboroch. Poisťovne so zariadením dojednávajú konkrétne ceny za každý definovaný výkon, do výšky maximálnej ceny a tiež počty výkonov do dohodnutého limitu.

6.2.3 Stacionár

Charakteristika služby

Tento typ zdravotníckeho zariadenia slúži pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti pacientovi v trvaní niekoľkých hodín počas dňa, s každodenným návratom pacienta do prostredia, kde býva. Poskytovanie tohto typu zdravotnej starostlivosti prebieha počas pracovných dní, počas sviatkov a dní pracovného pokoja sa táto zdravotná starostlivosť väčšinou neposkytuje. Zdravotná starostlivosť je pod vedením lekára špecialistu, sestry alebo iného vysokoškolsky vzdelaného zdravotníckeho pracovníka, väčšinou špecialistu na okruh problémov, na ktorý je stacionár zameraný.

Denné stacionáre sú najčastejšie zriaďované v odbore psychiatria so zameraním na rôzne nemedikamentózne typy terapie (pracovná terapia, skupinová terapia, individuálna psychoterapia a pod.) Typickým príkladom sú stacionáre pre pacientov so závislosťami (drogová, hráčková, alkoholová). Denné stacionáre sú zriaďované aj pre geriatrických pacientov, prevážne pre gerontopsychiatrických, či dementných pacientov vôbec. V tomto prípade sa zameriava starostlivosť na udržiavanie sociálnych a dôležitých osobných návykov a to pomocou rozličných, odborne vypracovaných metód. Úspech liečby je hodnotený testami sebestačnosti, mentálnymi testami pacienta a pod.

Tento typ zdravotnej starostlivosti by sme mohli zaradiť medzi následnú zdravotnú starostlivosť. Viac ako pri iných typoch zdravotnej starostlivosti, túto starostlivosť v prevážnej miere poskytujú resp. vedú iní zdravotnícki pracovníci (špeciálny pedagóg, klinický psychológ, logopéd, rehabilitačný pracovník a pod.)

Rozsah zdravotnej starostlivosti

V závislosti od diagnózy a celkového stavu pacienta, ako aj od priebežnej úspešnosti tohto typu liečby, je jeden pobyt pacienta v stacionári odhadovaný na niekoľko týždňov, až mesiacov. Predlžovanie pobytu pacienta musí byť odsúhlasené revíznym lekárom zdravotnej poisťovne, v ktorej je pacient poistený. Medikamentózna liečba a ďalšie vyšetrenia pacienta sa uskutočňujú v iných ambulanciách, s ohľadom na potreby zdravotného stavu pacienta.

Typy pacientov:

Denné stacionáre sú určené pre všetky vekové kategórie. Samozrejme stacionáre pre detských pacientov sú samostatné. Ostatné vekové kategórie sa rozdeľujú len podľa diagnóz a stavu pacientov. Do stacionára sa dostáva pacient na odporúčanie príslušného odborného lekára, podľa odboru, ktorému stacionár patri.

Popis súčasného stavu:

V súčasnosti sú stacionáre zriaďované najmä v odbore psychiatria, s rôznymi špecifickými zameraniami stacionára. Zriaďovateľom môže byť právnická alebo fyzická osoba, po splnení zákonom stanovených podmienok. V praxi je to najčastejšie nemocnica, vyšší územný celok, obec, alebo iná, väčšinou charitatívne zameraná, právnická osoba. Rôzna môže byť aj právna forma tohto zdravotníckeho zariadenia (príspevková organizácia, nezisková organizácia, spoločnosť s ručením obmedzeným, občianske združenie a pod.)

Vybavenosť a využívanie IKT

V našich podmienkach je využívanie inform. technológií v stacionároch minimálne. Nanajvýš sa využíva pri spracovaní zdravotného záznamu- vypisovaní správy o priebehu liečby pri jej ukončení a pri vykazovaní výkonov pre zdravotné poisťovne.

Aj v budúcnosti sa predpokladá pri tomto type zdravotnej starostlivosti prevažne osobný kontakt a priama komunikácia pacienta s ošetrojúcim personálom. Snímacie a monitorovacie systémy by mali mať len podpornú, pomocnú úlohu.

Spôsob financovania a náklady na pacienta:

Financovanie sa realizuje prostredníctvom zdravotných poisťovní, s ktorými musí mať dané zdravotnícke zariadenie zmluvu. Financuje sa pobyt jedného pacienta na jeden deň. Maximálna výška ceny za jeden deň pobytu je určená Cenovým opatrením MZ SR

V praxi sa však maximálna cena zväčša neuhrádza. V našich podmienkach sa uvedená cena pohybuje okolo 300 Sk na osobu a deň.

6.2.4 Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS)

Charakteristika služby

Odborná ošetrovateľská starostlivosť je ošetrovateľská prax uskutočňovaná prostredníctvom ADOS. Radí sa k ambulantnej starostlivosti poskytovanej prednostne v domácom prostredí alebo v prirodzenom prostredí klienta, najmä po ukončení ústavnej formy liečby (prepustenie z nemocnice), nie je potrebná ďalšia hospitalizácia, ale je žiaduce kontinuálne pokračovať v starostlivosti v domácom prostredí klienta, ďalej pre akútne chorých bez potreby hospitalizácie a chronicky chorých. Indikačná skupina nie je vekovo ohraničená.

Ide o praktické uskutočňovanie činnosti sestry a pôrodnej asistentky pri určení sesterských diagnóz, poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti a pôrodnej asistencii metódou ošetrovateľského procesu. Metóda ošetrovateľského procesu zahŕňa najmä:

- vyhodnocovanie ošetrovateľských potrieb a zdrojov ich zabezpečenia,
- vedenie dokumentácie a jej vyhodnocovanie,
- poskytovanie informácií pre klienta, blízkych a pre ošetrovateľský tím.

Zoznam tzv. sesterských diagnóz je určený všeobecným záväzným predpisom MZ SR vyhláška č. 306/2005 z 30. júna 2005.

MNS je poskytovaná klientom v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a podľa zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.

O výbere príslušnej ADOS rozhoduje klient, nie ošetrojúci alebo iný lekár.

Rozsah poskytovaných služieb

Poskytujú sa v rozsahu ako určuje Katalóg zdravotných výkonov (Nariadenie vlády SR č. 223/2005). Bližšie špecifikuje lekár, väčšinou všeobecný, ktorý vychádza z odborných odporúčaní uvedených v prepúšťacej správe z nemocnice alebo z nálezov lekárov -špecialistov.

Presne špecifikované výkony podľa katalógu uvedie lekár v návrhu na domácu starostlivosť (indikačný formulár) a ADOS spolu s ďalšími odbornými nálezmi a kópiou poistenca odovzdáva materiály na schválenie do zdravotnej poisťovne, ktorej poistencom je dotknutý klient. Konečný rozsah odborných výkonov vymedzí revízny lekár zdravotnej poisťovne. Časový harmonogram starostlivosti je zväčša ohraničený na 1 až 3 mesiace. V prípade potreby predĺženia starostlivosti je nevyhnutný nový návrh odporúčajúceho lekára. Služby sa spravidla v súčasnosti uskutočňujú v jednosmennej prevádzke, prípadne delenej. Potreba služby je v kontinuálnej prevádzke. Minimálne však v dvojsmennej a delenej prevádzke.

Typy klientov

Klienti ADOS sú chronicky chorí, čiastočne alebo úplne imobilní, bez rozdielu veku. ADOS poskytuje služby aj krátkodobo chorým, ktorí sú dočasne imobilní, ale nemôžu prichádzať na ošetrovanie do ambulancie.

Najčastejšie indikácie pre starostlivosť v ADOS sú stavy po mozgových príhodách, úrazoch, výmene bedrových kĺbov a iné pooperačné stavy, systémové ochorenia vedúce k zníženej mobilite, klienti, ktorí majú indikovanú liečebnú rehabilitáciu. Vážnou indikáciou pre ADOS sú klienti s pooperačnými ranami, vredmi predkolenia, ranami v dôsledku nádorov, ošetrovaním preležanín a ich prevenciou, klienti s katétrami, klienti neschopní prijímať potravu a tekutiny, klienti s chronickými bolesťami rôzneho pôvodu. Starostlivosť v ADOS môžu využívať aj ženy v šestonedeli a detskí klienti ak je indikácia pre túto starostlivosť.

Popis súčasného stavu

Súčasná platná legislatíva uvedená vyššie vymedzuje človeka/občana/pacienta/klienta len v oblasti zdravotnej a vylučuje chápať starostlivosť ako integrovanú a komplexnú.

Nepružné administrovanie, ktoré predchádza príjem klienta do starostlivosti ADOS spôsobuje znechutenie samému klientovi aj jeho príbuzným a zaťažuje časovo, finančne a zbytočnou duplicitou všetky úrovne zainteresovaných v administrovaní aj proces starostlivosti. Opakované podávanie návrhu zdravotnej poisťovni v prípade opodstatnenej potreby predĺženia starostlivosti si vyžaduje často náročnú koordináciu viacerých odborníkov, ktorí nemajú možnosť pružne nahliadnuť do dokumentácie klienta a dať jasné odborné stanovisko pre revízneho lekára príslušnej zdravotnej poisťovne. Tak môže dôjsť ku kolízii medzi indikáciou výkonov ošetrojúceho lekára a akceptáciou, resp. modifikáciou výkonov revíznym lekárom. Podcenená alebo nie najvhodnejší typ zdravotnej starostlivosti sa nezakladá na nedostatku odbornosti zainteresovaných osôb, ale skôr na chýbajúcom informačnom systéme, ktorý by pomohol skoordinať jednotlivé postupy starostlivosti na všetkých úrovniach.

Na základe štatistických výkazov NCZI možno konštatovať, že prevažnú mieru pacientov/klientov ADOS tvoria imobilní pacienti alebo pacienti s obmedzenou pohyblivosťou a z hľadiska vekového sú to prevažne pacienti nad 60 rokov.

Vybavenosť a využívanie IKT

Určuje Vyhláška 428 MZ SR z 12. júna 2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v V. Časti Agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti.

Informačno-komunikačné technológie sa v ADOS nevyužívajú s výnimkou PC, pevnej telefónnej linky a mobilných telefónov. Pre skvalitnenie a zefektívnenie služieb je nutné zavádzať dištančné monitorovanie prostredia klienta a jeho zdravotného stavu prostredníctvom technických prostriedkov, ktoré iniciujú signál na dispečerské pracovisko, kde sa vyhodnocujú informácie a realizuje sa nevyhnutná zdravotná starostlivosť.

Pre efektívnosť, pružnosť, transparentnosť systému je nevyhnutné, aby každá sestra disponovala prenosným počítačom s možnosťou pripojenia na internet, dispečing ADOS a ostatné subjekty tímovej práce. Každá sestra by mala byť vybavená tzv. mobilnou jednotkou, a to špeciálne upravený osobný automobil s palubným počítačom (miestne orientácie – mapy), základné prístrojové vybavenie s jednotkami elektronizácie a komunikácie s klientom. Každá ADOS by mala byť vybavená špeciálnym elektronickým systémom hlásenia počas noci a vysielaczkou s vlastnou sieťou.

Dokumentácia

Vedie sa podľa odborného usmernenia MZ SR č. 68. Záznam ošetrovateľskej starostlivosti obsahuje základné informácie o zdravotnom stave klienta, údaje o potrebách a problémoch klienta z ošetrovateľského hľadiska. O poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti sa vedie zdravotná dokumentácia podľa osobitného predpisu. Zdravotná dokumentácia obsahuje:

- a) dohodu o poskytovaní domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- b) identifikačný formulár pre poskytovateľov domácej ošetrovateľskej starostlivosti,
- c) ošetrovateľskú dokumentáciu podľa Odborného usmernenia Ministerstva zdravotníctva SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie uverejnené vo Vestníku MZ SR čiastka 35-46, ročník 53 zo dňa 4.7.2005 osobitného predpisu.

Súčasne podľa platnej legislatívy, vymedzuje len zdravotnú anamnézu klienta. Je žiadúce pripraviť a zaviesť do praxe elektronickú dokumentáciu, ktorá bude počítat' s možnosťou podať komplexnú informáciu o klientovi v prepojení na ošetrojúceho lekára, odborných lekárov, poisťovne, ADOS, sociálnu poisťovňu, ÚPSVaR a registrované subjekty ktoré poskytujú rôzne druhy služieb s vymedzenou možnosťou kompetentných vstupovať do systému na rôznych úrovniach a dotknutým odborníkom pracovať s relevantnými informáciami. Zabezpečiť tak predkladanie dokumentov v elektronickej podobe jednotlivým inštitúciám a subjektom poskytujúcim služby a minimalizovať požadované predkladanie dokumentov v písomnej forme od klienta alebo medzi inštitúciami.

Počet zariadení v SR

Podľa údajov na stránke MZ SR www.health.gov.sk, kde sa nachádza zoznam ADOS, je ich na Slovensku 162.

Zdroje financovania OS

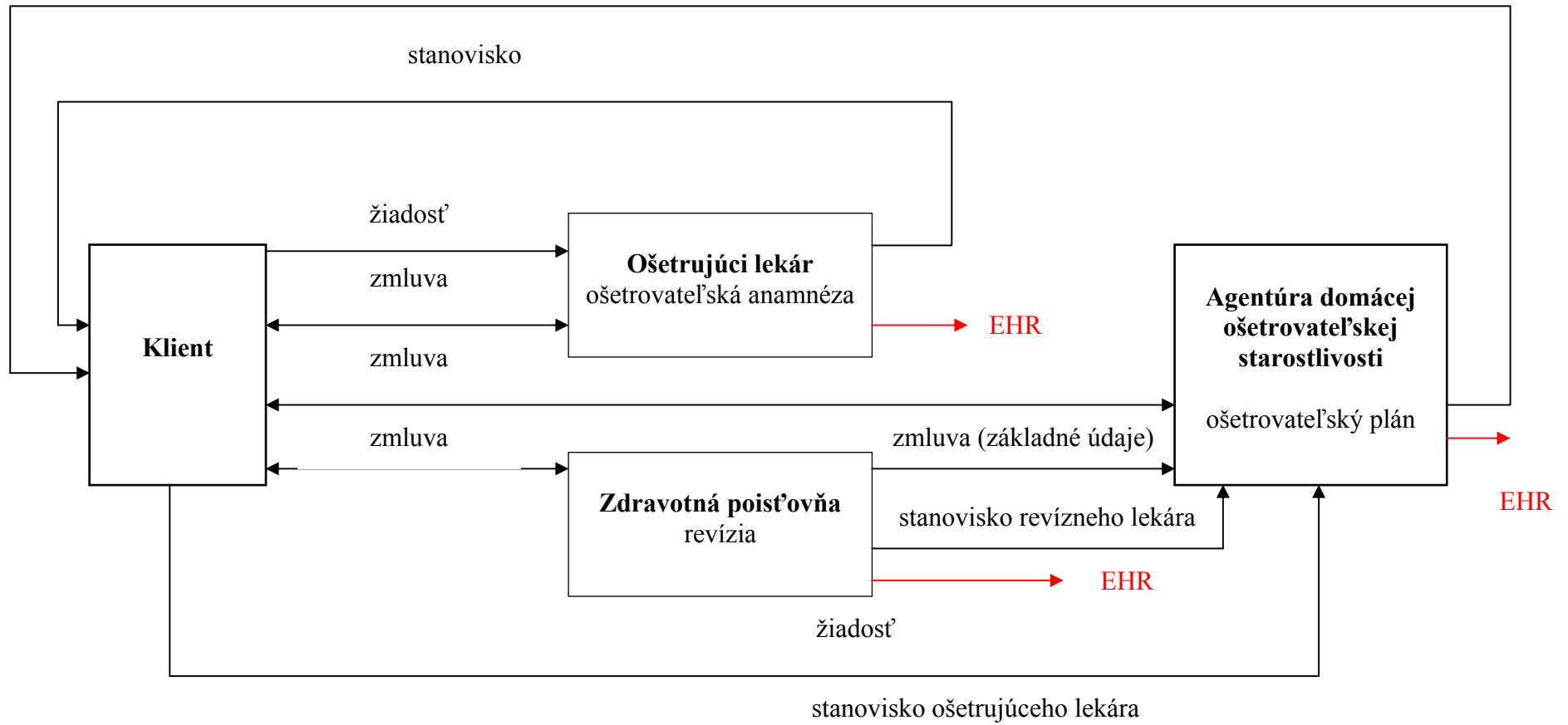
Domáca ošetrovateľská starostlivosť je hradená zo zdravotného poistenia v rozsahu uvádzanom v Katalógu zdravotných výkonov a podľa zmluvy medzi ADOS (zriaďovateľský subjekt) a ZP. Úhrada závisí od výšky bodového hodnotenia výkonov a ceny bodu. V súčasnosti je cena bodu priemerne 0,40 Sk.

Systém financovania je neprehľadný, veľmi komplikovaný a byrokratický. Financovanie by malo zahŕňať prvky paušalizácie platby na klienta a deň podľa hrubého členenia na päť až osem typologických cieľových skupín ADOS. Aj revíznym lekárom ZP uznané výkony nad limit nie sú ZP uhrádzané.

ADOS

Subjekt	Objekt komunikačný	Objekt cieľový
---------	--------------------	----------------

ošetrovanie



Ročný výkaz o činnosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti za rok 2003

A (MZ SR) 20-01

územie	02. modul	Ošetrované osoby	č.r.	Vekové skupiny			
				0 - 5 rokov	6 - 18 rokov	19 - 60 rokov	nad 60 rokov
Slovenská republika	Imobilní pacienti		01	73	210	48 250	73 747
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	27	149	45 588	110 260
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	1	17	6 129	12 961
	Mentálne retardovaní pacienti		04	13	53	312	830
Bratislavský kraj 1	Imobilní pacienti		01	0	1	38	297
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	2	3	65	330
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	0	0	14	198
	Mentálne retardovaní pacienti		04	4	0	2	10
Trnavský kraj 2	Imobilní pacienti		01	2	1	243	1 236
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	0	2	491	14 329
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	1	2	71	298
	Mentálne retardovaní pacienti		04	1	1	25	207
Trenčiansky kraj 3	Imobilní pacienti		01	0	5	621	3 941
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	0	3	737	6 547
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	0	0	235	1 003
	Mentálne retardovaní pacienti		04	0	0	22	53
Nitriansky kraj 4	Imobilní pacienti		01	0	0	1 074	1 937
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	0	13	1 153	1 633
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	0	2	110	130
	Mentálne retardovaní pacienti		04	1	2	24	13
Žilinský kraj 5	Imobilní pacienti		01	0	0	9 432	12 494
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	0	1	13 674	6 169
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	0	0	1 384	2 102
	Mentálne retardovaní pacienti		04	0	0	70	361
Bansko-bystrický kraj 6	Imobilní pacienti		01	5	7	386	1 125
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	0	1	3 930	7 254
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	0	1	1 094	1 346
	Mentálne retardovaní pacienti		04	0	29	19	22
Prešovský kraj 7	Imobilní pacienti		01	62	150	1 714	3 316
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou		02	20	117	2 744	7 943
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou		03	0	0	915	2 324
	Mentálne retardovaní pacienti		04	0	5	85	108

Košický kraj 8	Imobilní pacienti	01	4	46	34 742	49 401
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	5	9	22 794	66 055
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	12	2 306	5 560
	Mentálne retardovaní pacienti	04	7	16	65	56

Zdroj: NCZI

Ročný výkaz o činnosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti za rok 2004

A (MZ SR) 20-01

územie	Počet postihnutí u osôb ošetrovaných zamestnancami ADOS	č.r.	Vekové skupiny ošetrovaných osôb				
			03. modul	0 - 5 rokov	6 - 18 rokov	19 - 60 rokov	61 a viac r.
Slovenská republika	Imobilní pacienti	01		1	56	11 023	32 065
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02		1	33	20 191	56 521
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03		0	5	2 240	4 514
	Mentálne retardovaní pacienti	04		4	9	277	303
	Ostatní pacienti	05		2	29	2 124	14 170
Bratislavský kraj 1	Imobilní pacienti	01		0	1	100	750
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02		1	0	44	385
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03		0	1	19	240
	Mentálne retardovaní pacienti	04		0	1	11	0
	Ostatní pacienti	05		0	22	3	0
Trnavský kraj 2	Imobilní pacienti	01		1	1	629	1 970
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02		0	0	1 362	4 159
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03		0	0	62	86
	Mentálne retardovaní pacienti	04		1	0	9	39
	Ostatní pacienti	05		2	1	353	2 473
Trenčiansky kraj 3	Imobilní pacienti	01		0	0	552	1 876
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02		0	0	157	1 538
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03		0	0	47	225
	Mentálne retardovaní pacienti	04		0	0	10	17
	Ostatní pacienti	05		0	0	46	254
Nitriansky kraj 4	Imobilní pacienti	01		0	3	256	4 059
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02		0	12	5 452	16 289
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03		0	2	81	300
	Mentálne retardovaní pacienti	04		0	4	15	11
	Ostatní pacienti	05		0	0	855	3 457

Žilinský kraj 5	Imobilní pacienti	01	0	2	1 664	9 505
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	3	4 230	7 726
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	44	144
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	0	6	13
	Ostatní pacienti	05	0	0	50	107
Bansko-bystrický kraj 6	Imobilní pacienti	01	0	13	1 277	3 005
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	9	858	2 840
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	214	558
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	1	60	106
	Ostatní pacienti	05	0	1	115	235
Prešovský kraj 7	Imobilní pacienti	01	0	3	256	1 896
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	0	316	2 026
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	84	371
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	2	22	48
	Ostatní pacienti	05	0	0	337	5 326
Košický kraj 8	Imobilní pacienti	01	0	33	6 289	9 004
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	9	7 772	21 558
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	2	1 689	2 590
	Mentálne retardovaní pacienti	04	3	1	144	69
	Ostatní pacienti	05	0	5	365	2 318

Zdroj: NCZI

Ročný výkaz o činnosti agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti za rok 2004

A (MZ SR) 20-01

územie	Počet výkonov podľa postihnúť u osôb ošetrovaných zamestnancami ADOS 04. modul	č.r.	Vekové skupiny ošetrovaných osôb			
			0 - 5 rokov	6 - 18 rokov	19 - 60 rokov	61 a viac r.
Slovenská republika	Imobilní pacienti	01	11	2 312	2 134 778	1 350 397
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	26	445	5 026 298	4 177 724
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	606	41 863	125 909
	Mentálne retardovaní pacienti	04	45	824	3 752	5 837
	Ostatní pacienti	05	89	1 004	375 416	1 323 739
Bratislavský kraj 1	Imobilní pacienti	01	0	346	6 913	63 973
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	19	0	3 679	90 636
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	38	720	6 063
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	37	294	0
	Ostatní pacienti	05	0	812	796	1 801

Trnavský kraj 2	Imobilní pacienti	01	11	15	8 545	32 714
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	7	0	10 454	39 702
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	354	1 876
	Mentálne retardovaní pacienti	04	10	0	79	142
	Ostatní pacienti	05	89	150	12 567	82 325
Trenčiansky kraj 3	Imobilní pacienti	01	0	0	6 558	37 280
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	0	6 671	27 349
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	968	5 213
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	0	289	432
	Ostatní pacienti	05	0	0	1 389	12 652
Nitriansky kraj 4	Imobilní pacienti	01	0	26	17 595	110 076
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	255	49 661	118 972
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	19	9 776	10 924
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	100	371	438
	Ostatní pacienti	05	0	0	13 579	12 435
Žilinský kraj 5	Imobilní pacienti	01	0	31	1 924 020	470 461
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	61	4 591 195	2 456 677
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	6 246	14 857
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	0	463	1 936
	Ostatní pacienti	05	0	0	328 431	905 641
Bansko-bystrický kraj 6	Imobilní pacienti	01	0	803	13 050	34 554
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	9	15 119	32 581
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	1 459	4 525
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	624	499	316
	Ostatní pacienti	05	0	10	11 994	26 701
Prešovský kraj 7	Imobilní pacienti	01	0	436	129 250	528 235
	Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	0	333 231	1 311 705
	Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	0	17 039	70 787
	Mentálne retardovaní pacienti	04	0	51	658	663
	Ostatní pacienti	05	0	0	1 772	266 693
Košický kraj 8	Imobilní pacienti	01	0	655	28 847	73 104

Pacienti s obmedzenou pohyblivosťou	02	0	120	16 288	100 102
Pacienti s psychiatrickou diagnózou	03	0	549	5 301	11 664
Mentálne retardovaní pacienti	04	35	12	1 099	1 910
Ostatní pacienti	05	0	32	4 888	15 491

Zdroj: NCZI

6.2.5 Mobilný hospic (MH)

Charakteristika služby

Prostredníctvom MH sa poskytuje klientom odborná paliatívna starostlivosť v zmysle zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

MH poskytuje špecifickú komplexnú starostlivosť klientom **v ich prirodzenom domácom prostredí** s chronickou, nevyliciteľnou, pokročilou, aktívne progredujúcou chorobou, ktorá už neodpovedá na kauzálnu liečbu. Klienta v MH definujeme ako klienta v terminálnom štádiu života. Podstatou tejto služby je zmiernovanie bolesti, dôstojné zomieranie a sprevádzanie nielen zomierajúceho človeka, ale aj jeho príbuzných, pričom podmienky a priebeh choroby nevyžadujú ústavnú starostlivosť.

Úlohou paliatívnej starostlivosti v mobilnom hospici je:

- zlepšiť kvalitu života pacienta až do smrti,
- poskytnúť pacientovi úľavu od bolesti a iných závažných symptómov ochorenia,
- zmierniť utrpenie pacienta a stabilizovať jeho zdravotný stav,
- neurýchľovať ani neodďaľovať smrť,
- zabezpečiť pacientovi komplexnú liečbu a starostlivosť tímom zdravotníckych pracovníkov s odbornou spôsobilosťou,
- integrovať psychologické a spirituálne aspekty starostlivosti o pacienta, poskytovať podporný systém, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti, poskytovať pomoc príbuzným, blízkym osobám pacienta na zvládnutie problémov počas jeho choroby a aj po jeho smrti v čase smútenia.

Rozsah poskytovaných služieb

Starostlivosť legislatívne nie je z hľadiska času ohraničená, napríklad v Spišskej katolíckej charite sa predpokladá na dobu 6 týždňov až 3 mesiace, ojedinele 6 mesiacov, čo je prognosticky stanovené pravdepodobné prežívanie terminálne chorých podľa WHO.

Starostlivosť o klienta v MH je 24 hodinová. K dispozícii pre klienta je multidisciplinárny tím odborníkov (lekári, sestry, psychológ, kňaz atď.), ktorí majú byť dostupní telefonicky, internetom a kedykoľvek osobne, ak si to stav klienta vyžaduje.

V mobilnom hospici sa vykonáva:

- lekárska starostlivosť (diagnostika a liečba s dôrazom na bolesť),
- ošetrovateľská starostlivosť,
- rehabilitácia,
- psychologická starostlivosť,
- liečebno-pedagogická starostlivosť,
- duchovná starostlivosť,
- sociálne poradenstvo a supervízia (podpora osobe a pomoc jej rodine).

Typy klientov

Klienti MH sú zväčša onkologicky chorí, mobilní, čiastočne alebo úplne imobilní, bez rozdielu veku.

Ku klientom v terminálnom štádiu ochorenia vo všeobecnosti patria ľudia,:

- e) ktorých stav vyžaduje kvalifikovanú liečbu bolesti a kontrolu symptómov,
- f) u ktorých musí byť podávanie liekov proti bolesti citlivo prispôbené ich potrebám,
- g) ktorí sa zaoberajú koncom svojho života,
- h) ktorí sa vyrovnávajú so svojim umieraním a smrťou.

Sú to osobitne:

1. klienti s infaustnou (nevyliciteľnou) prognózou:
 - f) ktorí už ukončili liečbu,
 - g) ktorým paliatívna liečba (chemo-radioterapia, operácia) umožnila zlepšenú kvalitu života,
 - h) ktorí napriek diagnóze žijú svoj život a hľadajú zmysel bytia, svojho života i utrpenia,
 - i) ktorí sa vyrovnali so svojou nevyliciteľnou chorobou,
 - j) ľudia v duševnom otrase, ktorý vedie k smrti.
2. klienti s chronickou bolesťou s progredujúcimi ochoreniami.
3. geriatrickí klienti „prae finem“ – „ante finem“ (pred smrťou).

Klienti hospicu môžu byť z rôznych vekových kategórií.

Bližšia typológia indikácií na služby v mobilnom hospici:

1. onkologický pacient s nevyliciteľným, aktívne progredujúcim nádorovým ochorením s/so bolesťou rôzneho pôvodu - somatickou, viscerálnou, neuropatickou a v kombinácii), ich diferenciálnou diagnostikou, vrátane CT a/alebo MRI, liečbou, vrátane invazívnych analgetických postupov (napr. epidurálnou analgéziou), dýchavicou, kašľom, diferenciálnou diagnostikou a liečbou, vracaním, hnačkami, obštipáciou, obštrukciou gastrointestinálneho traktu neriešiteľnou chirurgicky, obštrukciou uropoetického traktu, indikáciou na zavedenie vnútorných alebo vonkajších stentov, opuchmi, ascitom, pleurálnym výpotkom s potrebou ich opakovanej evakuácie, intrakraniálnou hypertenziou, diagnostikou, liečbou, vrátane rádioterapie, útlakom miechy neriešiteľným neurochirurgicky alebo recidivujúcim, s neurologickými príznakmi a bolesťami, fraktúrami kostí pri metastázach, neriešiteľnými chirurgicky, krvácaním z dýchacích ústrojov, z gastrointestinálneho traktu neriešiteľného chirurgicky, indikáciou podania transfúzných liekov /alebo transfúzných prípravkov ambulantných pacientov, povrchovými mokvajúcimi tumormi alebo fistulami (tumorokutánnymi, vezikorektálnymi a podobne.), dekubitmi, narušenou celistvosťou kože, akútnymi metabolickými poruchami dehydratáciou, hyperkalciémiou, hypokaliémiou, a inými), paliatívnu chemoterapiou zameranou na zmiernenie symptómov nádorového ochorenia, psychiatrickou poruchou (depresiou, zmätenosťou, a inými), potrebou akútnej psychologickej intervencie.
2. pacient s progredujúcim neurodegeneratívnym ochorením, pacient s progredujúcim demyelinizačným ochorením, pacient s progredujúcou neuromuskulárnou dystrofiou s/so dýchavicou, bolesťou, renálnym postihnutím, intenzívnou rehabilitáciou.
3. pacient s chronickou obštrukčnou bronchopulmonálnou chorobou v terminálnom štádiu s /so globálnou respiračnou insuficienciou, dýchavicou vyžadujúcou medikamentóznou liečbu, bolesťami.
4. pacient s chronickou renálnou insuficienciou v terminálnom štádiu, aj v chronickom intermitentnom dialyzačnom programe s/so terminálnym štádiom renálnej insuficiencie bez možnosti hemodialýzy, zdravotnými komplikáciami spojenými s rozhodovaním o ukončení dialyzačného programu, bolesťami, peritonitídou pri peritoneálnej dialýze.

5. pacient v perzistentnom vegetatívnom stave (po kraniocerebrálnom poranení, kardiopulmonálnej resuscitácii).
6. pacient so závažnými bolesťami neonkologického pôvodu, ktorého nemožno nastaviť na analgetickú liečbu ambulantne.

Popis súčasného stavu

Súčasná platná legislatíva vymedzuje človeka/občana/pacienta/klienta len v oblasti zdravotnej a vylučuje chápať starostlivosť ako integrovanú a komplexnú, čo je v rozpore s filozofiou a princípmi paliatívnej starostlivosti. MH ako zdravotnícke zariadenie je definované v legislatíve SR s účinnosťou od 1. 1. 2005. Praktická starostlivosť o terminálne chorých sa uskutočňuje len v niektorých rozbiehajúcich sa hospicioch na Slovensku (Spišská katolícka charita prevádzkuje 10 MH Caritas, detský mobilný hospic Plamienok Bratislava).

Vyjadrenie o zaradení klienta do starostlivosti v MH vydá lekár, ktorý klienta má v starostlivosti a dobre ho pozná, má k dispozícii jeho dokumentáciu (onkológ, praktický lekár, neurológ, chirurg, pediater a pod.). Lekár MH – odborný garant rozhodne o prijatí do starostlivosti v MH a definuje terminálne štádium. Podľa platného právneho poriadku klient musí dať súhlas s poskytovaním zdravotnej starostlivosti tzv. Informovaný súhlas, ktorému predchádza poučenie klienta.

Presne špecifikované výkony podľa katalógu uvedie lekár v návrhu na starostlivosť v MH (indikačný formulár) a spolu s ďalšími odbornými nálezmi a kópiou preukazu poistenca odovzdáva sestra MH na schválenie do zdravotnej poisťovne, ktorej poisťencom je klient. Konečný rozsah odborných výkonov lekára aj sestry vymedzí revízny lekár zdravotnej poisťovne. Keďže ide o klienta zomierajúceho nie je možné dopredu vymedziť ani predvídať s určitosťou všetky výkony lekára, ani sestry. V prípade potreby predĺženia starostlivosti je nevyhnutný nový návrh odporúčajúceho lekára, spravidla po 3 týždňoch starostlivosti.

Starostlivosť o klienta v MH si vyžaduje náročnú koordináciu viacerých odborníkov, ktorí nemajú možnosť pružne nahliadnuť do dokumentácie klienta a dať jasné odborné stanovisko pre revízneho lekára ZP, ani sa vzájomne informovať stave klienta tak, aby pomoc bola efektívna a čím rýchlejšia. Zvládnutie symptómového manažmentu (kontrola bolesti, dýchací komfort, nauzei, kŕčov atď.) je základnou zásadou paliatívnej liečby.

Filozofia komplexnej starostlivosti vlastná pre službu v MH je vo veľkom rozpore s chápaním starostlivosti, ktorá neprirodzene definuje človeka do rámcov rezortizmu bez akceptácie osobnosti v jej celostnej integrite. Tento systém vylučuje efektívnu koordináciu a kooperáciu starostlivosti hospicových, sociálnych, duchovných, psychologických a iných služieb v prieniku.

Vybavenosť a využívanie IKT

Určuje Vyhláška 428 MZ SR z 12. júna 2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení v VI. Časti Mobilný hospic.

Informačno-komunikačné technológie sa v MH nevyužívajú, s výnimkou PC, pevnej telefónnej linky a mobilných telefónov. Pre skvalitnenie a zefektívnenie služieb je nutné zavádzať dištančné monitorovanie prostredia klienta a jeho zdravotného stavu prostredníctvom technických prostriedkov, ktoré iniciujú signál na dispečerské pracovisko, kde sa vyhodnocujú informácie a realizuje sa nevyhnutná zdravotnícka pomoc. Technická integrácia viacerých zložiek systému je nevyhnutná.

Dokumentácia

Vedie sa podľa odborného usmernenia MZ SR č. 68. Záznam starostlivosti (nešpecifikovaný pre paliatívneho klienta, len všeobecne) obsahuje základné informácie o zdravotnom stave klienta, údaje o potrebách a problémoch klienta z ošetrovateľského hľadiska.

Súčasne podľa platnej legislatívy, vymedzuje len zdravotnú anamnézu klienta. Je žiadúce pripraviť a zaviesť do praxe elektronickú dokumentáciu, ktorá bude počítať s možnosťou podať komplexnú informáciu o klientovi v prepojení na ošetrojúceho lekára, odborných lekárov, poisťovne, ADOS, MH, sociálnu poisťovňu, ÚPSVaR a registrované subjekty ktoré poskytujú rôzne druhy služieb s vymedzenou možnosťou kompetentných vstupovať do systému na rôznych úrovniach a dotknutým odborníkom pracovať s relevantnými informáciami. Zabezpečiť tak predkladanie dokumentov v elektronickej podobe jednotlivým inštitúciám a subjektom poskytujúcim služby a minimalizovať požadované predkladanie dokumentov v písomnej forme od klienta, jeho príbuzných alebo medzi inštitúciami.

Počet zariadení v SR

11

Zdroje financovania OS

Starostlivosť v MH je hradená zo zdravotného poistenia v rozsahu uvádzanom v Katalógu zdravotných výkonov a podľa zmluvy medzi MH a ZP. Úhrada závisí od výšky bodového hodnotenia výkonov sestier a lekárov a ceny bodu. Cena bodu je v súčasnosti stanovená na úroveň 0,60 SKK.

7 Mimonemocničná starostlivosť v systéme sociálnej pomoci

Zákon č. 195/1998 Z.z. vznp o sociálnej pomoci vymedzuje právne rámce pre poskytovanie sociálnej pomoci. Cieľom sociálnej pomoci je riešiť *sociálnu núdzu* občana. V sociálnej núdzi sa občan nachádza vtedy, ak pre vek a nepriaznivý zdravotný stav si nemôže sám zabezpečiť starostlivosť o svoju osobu a svoju domácnosť. Cieľovou skupinou by podľa vyššie vymedzeného mali byť prevažne **občania starší** (kde sociálnou udalosťou indikujúcou stav sociálnej núdze je staroba a často krát pridružený nepriaznivý zdravotný stav) a **občania s ťažkým zdravotným postihnutím**, ktorí na základe nepriaznivého zdravotného stavu sa stali invalidnými a potrebujú pomoc pri zmiernení sociálnych dôsledkov ťažkého zdravotného postihnutia. Nástrojom na riešenie sociálnej núdze sú **sociálne služby**. Sociálne služby z hľadiska miesta ich poskytovania členíme na: ústavné (pobytové) a terénne.

7.1 Mimonemocničná starostlivosť v ústavných zariadeniach sociálnych služieb

V ústavných zariadeniach sociálnych služieb sa poskytuje starostlivosť občanovi vtedy, keď poskytovanie terénnej sociálnej služby nie je postačujúce resp. nie je možné v terénnych podmienkach zabezpečiť starostlivosť zodpovedajúcu zdravotnému stavu a z toho vyplývajúcej miere závislosti na pomoci. Medzi ústavné zariadenia sociálnych služieb poskytujúce sociálne služby pre cieľové skupiny starších občanov (starobní dôchodcovia) a občanov s ťažkým zdravotným postihnutím (invalidní dôchodcovia) patria najmä:

- d) domov dôchodcov
- e) domov sociálnych služieb
- f) zariadenie chráneného bývania
- g) zariadenie opatrovateľskej služby

7.1.1 Domov dôchodcov

Názov zariadenia: **Domov dôchodcov**

Charakteristika služby:

V domove dôchodcov sa poskytujú služby občanom, ktorí sú poberatelia starobného dôchodku a ich nepriaznivý zdravotný stav si vyžaduje sústavnú starostlivosť inej osoby, pričom túto starostlivosť nemôže zabezpečiť rodina ani poskytovanie opatrovateľskej služby.

Rozsah poskytovaných služieb:

V domove dôchodcov sa podľa zákona o sociálnej pomoci (zákon č. 195/1998 Z.z. vznp) poskytuje: nevyhnutná starostlivosť (stravovanie, bývanie, zaopatrenie – pod zaopatrením sa myslí upratovanie, pranie, žehlenie posteľnej a osobnej bielizne a poskytovanie pomoci na zabezpečenie nevyhnutných životných úkonov ako úkony osobnej hygieny, kúpanie, pomoc pri podávaní jedla, sprievod na lekárske vyšetrenie a pod.)

d'alsia starostlivosť (poradenstvo, záujmová, kultúrna činnosť, rehabilitačná činnosť)

Typy klientov resp. pacientov:

V domovoch dôchodcov sa nachádzajú prevažne starší občania – dôchodci, ktorí sú z dôvodu zhoršeného zdravotného stavu odkázaní na pomoc pri sebaobslužných činnostiach resp. potrebujú dohľad. Sú to prevažne klienti s chronickým alebo dlhodobým ochorením (sú to ochorenia kardiovaskulárne – ICHS, hypertenzia, onkologické, choroby metabolizmu – diabetes mellitus, osteoporóza, choroby pohybového aparátu a neurologické ochorenia, mentálne ochorenia, postihnutie zmyslových orgánov – sluch, zrak, čuch)

Popis súčasného stavu:

Súčasne platná legislatíva, vyššie uvedená, predpokladá v zariadeniach sociálnych služieb, medzi ktoré aj domovy dôchodcov patria, poskytovanie len sociálnych služieb. Zdravotnícke služby sa poskytujú prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ďalej len ADOS), primárnej ambulantnej starostlivosti (ďalej len PAS) a ústavných zdravotníckych služieb (nemocnice – hospitalizácie podľa potreby). Súčasný systém starostlivosti zakladá nároky na kooperáciu a koordináciu starostlivosti medzi systémom sociálnych a systémom zdravotníckych služieb. Pre efektívne poskytovanie a fungovanie týchto služieb je potrebné prepojenie informačno – komunikačnými technológiami, ktoré je v súčasnosti „nulové“ a potreby sa riešia individuálne, na základe telefonických konzultácií resp. privolaním rýchlej zdravotnej pomoci.

V domoch dôchodcov sú pre klientov so psychiatrickými diagnózami, ktorí musia byť „pod dohľadom“ vytvorené tzv. gerontopsychiatrické oddelenia. Na týchto oddeleniach sa poskytuje starostlivosť pre psychiatrických klientov nad 65 rokov s najčastejšími ochoreniami sú : demencie rôznej etiológie, depresívne poruchy, rôzne typy somatických ochorení vyššieho veku so sprievodnými psychiatrickými poruchami a prakticky všetky závažné duševné ochorenia, ktoré sa manifestujú v tejto vekovej skupine. Klientov zvyčajne podľa závažnosti zdravotného stavu možno deliť na: klientov s ťažšími a imobilnými stavmi, ktoré vyžadujú stálu intenzívnu opatrovateľsko-ošetrovateľskú starostlivosť , ľahšie stavy vyžadujúce dohľad.

Tieto oddelenia spolupracujú so špeciálnym psychoterapeutom, rehabilitačným pracovníkom a sociálnym pracovníkom.

Vybavenosť a využívanie IKT:

Vybavenosť informačno-komunikačnými technológiami v domovoch dôchodcov (ďalej len DD) je na nízkej úrovni, sú to len signalizačné zariadenia z lôžka klienta na sesterskú izbu na signalizáciu pomoci (aj to nie v každom DD)

Počet zariadení v SR:

V 186 domovoch dôchodcov (vrátane zlúčených zariadení so domovami sociálnych služieb DD + DSS) sa poskytuje starostlivosť cca 13 214 klientom. Údaj o počte klientov je orientačný, nakoľko nie sú k dispozícii aktuálne údaje (zdroj: zariadenia sociálnych služieb v SR 2004, ŠÚSR).

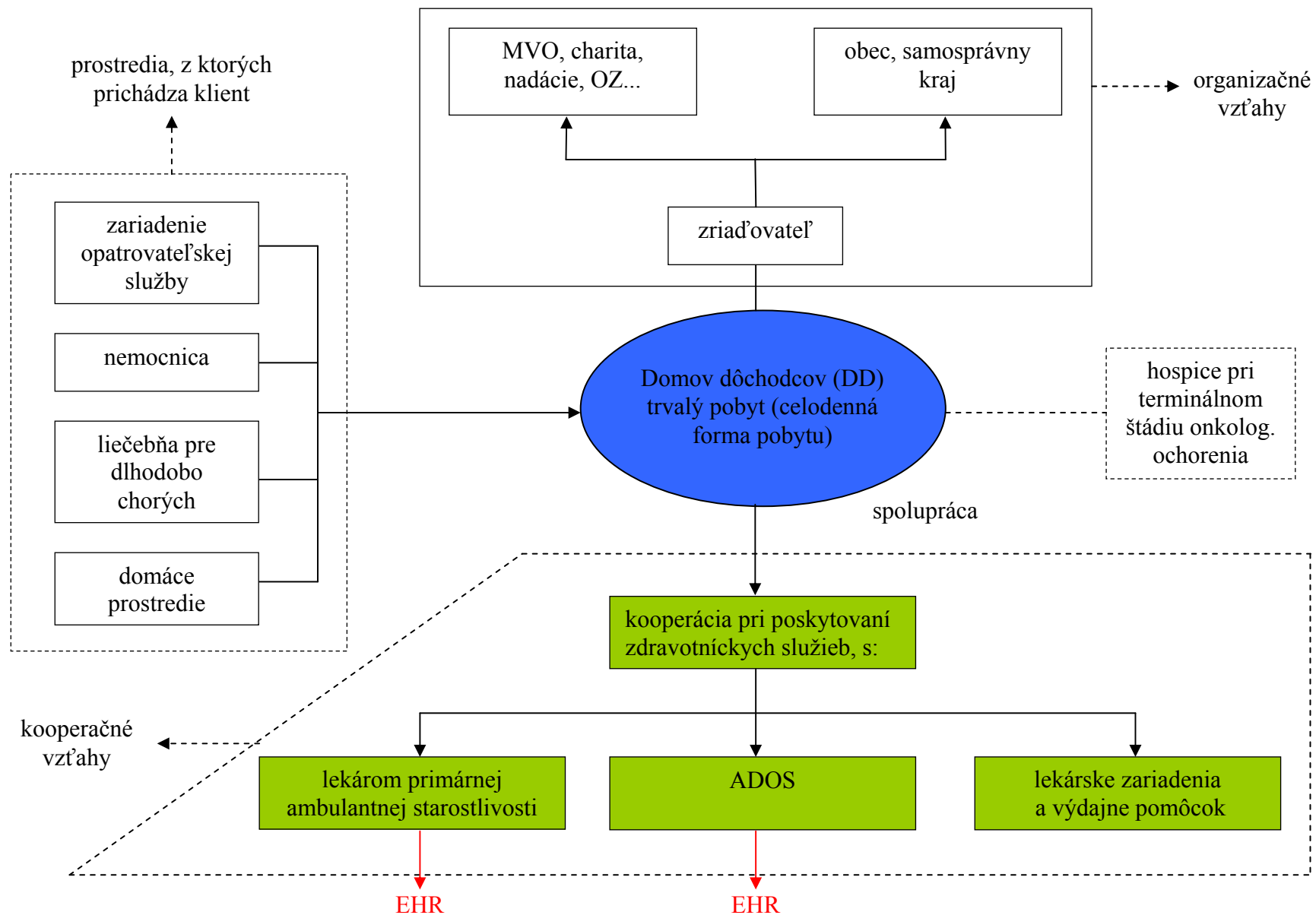
K 31.12.2005 počet miest v DD je 10199 (zdroj: V (MPSVR SR 10-01)

Domovy dôchodcov sú v zriaďovateľskej pôsobnosti obcí a samosprávnych krajov. Iných neverejných poskytovateľov týchto služieb vedie v registri príslušný samosprávny kraj, v ktorého územnej pôsobnosti sa domov dôchodcov nachádza a uplatňuje si požiadavku na financovanie sociálnej služby.

Zdroje financovania služieb poskytovaných v DD:

Rozpočty obcí a samosprávnych krajov, úhrady od klientov.

Schéma prevádzkových väzieb pri jednotlivých typoch sociálnych služieb – Domov Dôchodcov (DD)



7.1.2 Domov sociálnych služieb

Názov zariadenia: **Domov sociálnych služieb (ďalej len DSS)**

Charakteristika služby:

V domove sociálnych služieb (DSS) sa poskytuje starostlivosť občanom – klientom so zdravotným postihnutím ako sú telesné postihnutia, duševné poruchy, poruchy správania alebo zmyslové postihnutie alebo kombinácie týchto postihnutí podľa prílohy č. 2 zákona č. 195/1998 Z.z. vznp o sociálnej pomoci.

Poskytovanie služieb v DSS je možné iba u klientov, ktorí majú posudok Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny (ďalej len ÚPSVaR) o miere funkčnej poruchy (miera funkčnej poruchy musí byť najmenej 50 %).

Rozsah poskytovaných služieb:

V DSS sa poskytuje nevyhnutná starostlivosť – stravovanie, bývanie, zaopatrenie (pod zaopatrením sa myslí upratovanie, poskytovanie, pranie a žehlenie posteľnej bielizne, poskytovanie pomoci pri zabezpečení nevyhnutných životných úkonoch – úkony osobnej hygieny, kúpanie, pomoc pri podávaní jedla, dohľad, sprievod na lekárske vyšetrenie), ďalšia starostlivosť – poradenstvo, záujmová činnosť, pracovná terapia, rekreačná činnosť, rehabilitačná činnosť a utvárajú sa podmienky pre pracovné uplatnenie.

Typy klientov resp. pacientov:

V DSS sú klienti podľa druhu postihnutí napr. DSS pre telesne postihnutých, DSS pre mentálne postihnutých, DSS pre zrakovo, sluchovo postihnutých. Často krát sa u klientov vyskytuje kombinácia postihnutí napr. telesné a mentálne postihnutie alebo kombinácia zmyslových postihnutí a mentálneho postihnutia. Rôznorodá býva aj veková štruktúra a niektoré zariadenia DSS sú pre mládež s postihnutím. Vzhľadom na to, že mnohé druhy zdravotných postihnutí sa spájajú s vekom dochádza k obmedzeniu sebestačnosti v dôsledku kombinácie zdravotného postihnutia a veku. Z týchto dôvodov pre potrebu zvýšenej starostlivosti domovy dôchodcov, kde u prevažnej časti klientov okrem veku bol zhoršený zdravotný stav boli pretransformované takéto domovy dôchodcov a penzióny pre dôchodcov na domovy sociálnych služieb. Mnohé domovy dôchodcov v súčasnosti poskytujú preto kombinovane aj služby domova sociálnych služieb. Zdravotnícke služby sú zabezpečované prostredníctvom zmluvných lekárov v ambulantnej starostlivosti.

Popis súčasného stavu:

V kombinovaných DD a DSS sú v súčasnosti umiestňovaní aj klienti v terminálnych štádiách onkologických ochorení, klienti s potrebou dlhodobej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach alebo liečebniach. Spôsobuje to nedostatok kapacít resp. nedostatok informácií o sieti jednotlivých typoch služieb a ich nerovnomerné pokrytie v jednotlivých regiónoch.

Vybavenosť a využívanie IKT:

Vybavenosť DSS IKT je tak ako aj u iných zariadení sociálnych služieb na nízkej úrovni. Je to vybavenie PC s pripojením na internet. PC sa však využíva na spracovanie administratívno-správnej agendy .

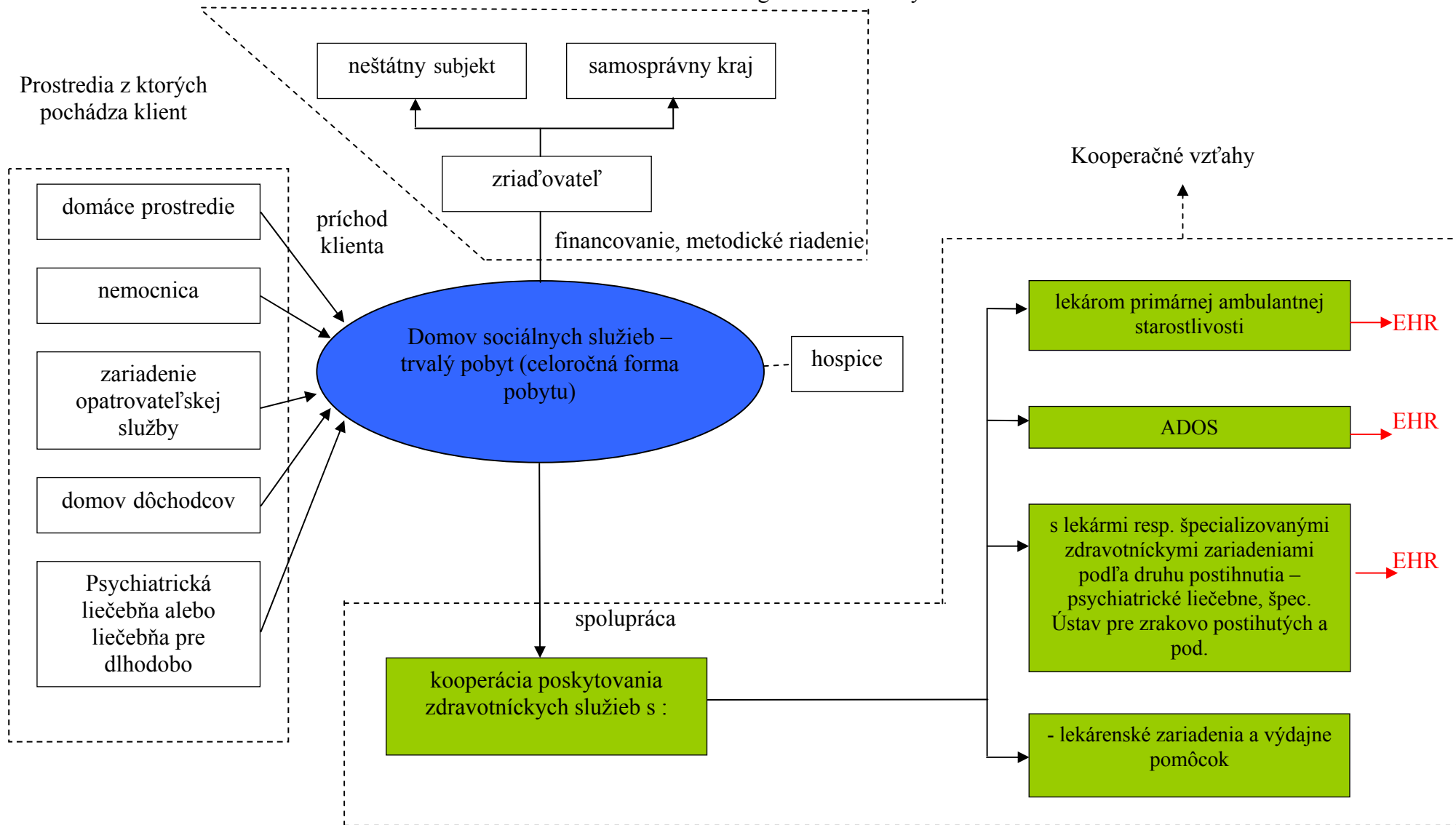
Počet zariadení v SR: 118 zariadení, 9902 miest (zdroj: ŠÚSR 2004) K 31.12.2005 je v DSS pre dospelých 10191 miest (zdroj: V (MPSVR) 10-01), DSS pre deti 2426 miest.

Spôsob financovania a náklady na klienta :

DSS sú financované z rozpočtov samosprávnych krajov a z úhrad od klientov. Zdravotná starostlivosť je zabezpečovaná prostredníctvom primárnej ambulantnej starostlivosti a financovaná na základe zmluvného vzťahu klienta a lekára, ktorý ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti má uzavretú zmluvu s príslušnou poisťovňou. V ojedinelých prípadoch môže mať DSS uzavretú zmluvu s lekárom – geriatrom popr. s lekárom špecialistom (psychiater a pod.)

Schéma prevádzkových väzieb pri jednotlivých typoch sociálnych služieb
– Domov sociálnych služieb (DSS)

Organizačné vzťahy



7.1.3 Zariadenie chráneného bývania

Názov zariadenia: **Zariadenie chráneného bývania** (ďalej len **ZCHB**)

Charakteristika služby:

V zariadení chráneného bývania (ZCHB) sa poskytuje bývanie a dohľad občanovi so zdravotným postihnutím podľa prílohy č. 2 zákona č. 195/1998 Z.z. vznp o sociálnej pomoci a občanovi s duševnou poruchou uvedenou v prílohe č. 3 zákona č. 195/1998 Z.z. vznp o sociálnej pomoci. Podmienkou pre poskytovanie tejto služby občanovi je schopnosť viesť samostatný život s pomocou inej osoby. Schopnosť viesť samostatný život osvedčuje posudok o zdravotnom postihnutí a posudok o duševnej poruche, ktorý vydáva príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR) podľa miesta trvalého pobytu občana.

Rozsah poskytovaných služieb:

V ZCHB sa poskytuje bývanie – užívanie podlahovej plochy obytnej miestnosti, príslušenstva obytnej miestnosti a spoločných priestorov a vecné plnenia spojené s bývaním, dohľad – sledovanie správania a činnosti občana, ktorému sa poskytuje starostlivosť v zariadení chráneného bývania.

Typy klientov resp. pacientov:

V ZCHB sú umiestňovaní občania so zdravotným postihnutím uvedeným v prílohe č. 2 zákona č. 195/1998 Z.z. vznp o sociálnej pomoci

- telesné postihnutia – nervový systém, pohybový a podporný aparát, postihnutie končatín, ochorenie močových ciest, hlava a tvár,
- duševné poruchy a poruchy správania – poruchy duševného vývoja detí, poruchy osobnosti a správania u dospelých, mierne narušenie sociálnej prispôsobivosti, mentálna retardácia, chronické formy psychotických porúch, neurotické stresové a somatoformné poruchy a ďalšie duševné poruchy a poruchy správania porovnateľné s uvedenými zdravotnými postihnutiami,
- zmyslové postihnutia – zrak, sluch a poruchy ústroja rovnováhy, ďalšie zmyslové postihnutia porovnateľné s uvedenými zdravotnými postihnutiami,

občania s duševnou poruchou uvedenou v prílohe č. 3 zákona č. 195/1998 Z.z. vznp o sociálnej pomoci

- schizofrénia, schizotopické poruchy a poruchy s bludmi,
- afektívne poruchy,
- poruchy osobnosti, chronifikované poruchy, neurotické poruchy a organické duševné poruchy,
- špecifické poruchy osobnosti dospelých,
- mentálna retardácia – ľahká mentálna retardácia, stredná mentálna retardácia, ťažká mentálna retardácia

Popis súčasného stavu:

ZCHB je v súčasnosti v SR málo, nakoľko filozofia starostlivosti o občanov so zdravotným postihnutím v minulosti „nepreferovala“ princíp nezávislého života a integrácie do spoločnosti do tej miery ako umožňuje zdravotný stav týchto občanov, uplatňoval sa paternalistický prístup. Služby chráneného bývania alebo bývanie s podporou vyžaduje individuálny prístup ku klientovi, jeho sledovanie, dohľad, monitorovanie pri naplňaní princípov samostatného života v rôznych životných situáciách pri danom zdravotnom stave a možnosti operatívneho zásahu v záujme bezpečnosti klienta a prostredia, v ktorom sa nachádza.

Súčasnú ZCHB poskytujú aj služby, ktoré súvisia s prípravou klientov na samostatný život, čím vytvárajú alebo supľujú služby, ktoré pripravujú klientov pre tento typ služby (reintegračné centrá), čím služby poskytované ZCHB „sú niečo medzi domovom sociálnych služieb (DSS) a chráneným bývaním (ZCHB)“. Na základe tejto skutočnosti nie všetci klienti v uvedenom type zariadení sú schopní viesť samostatný život.

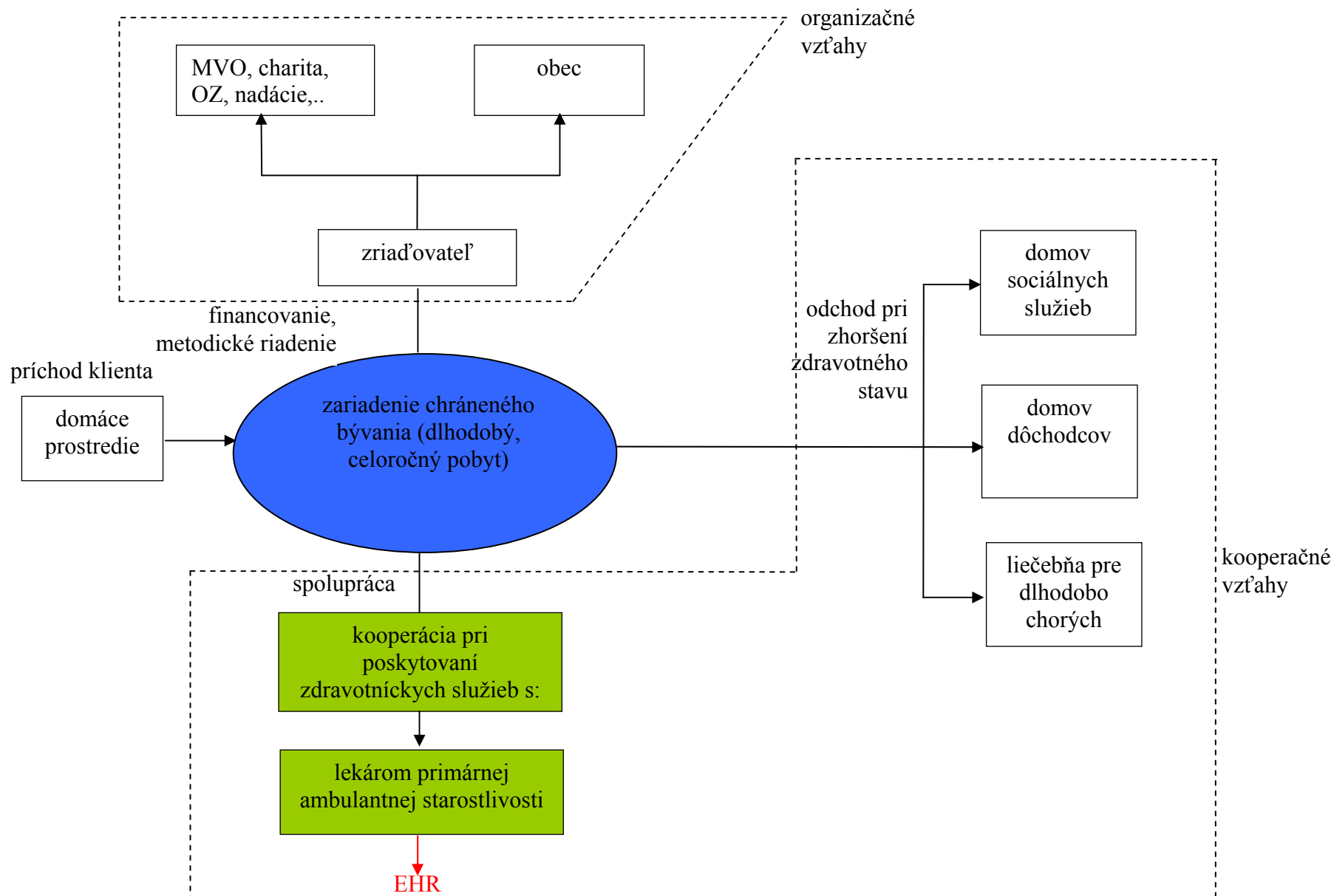
Vybavenosť a využívanie IKT:

ZCHB sú v súčasnosti vybavené IKT na veľmi nízkej úrovni, preferovaná je individuálna sociálna práca, čo v doplnení IKT a monitorovaním zdravotného stavu, správania klienta v rôznych situáciach prostredníctvom neinvazívnych snímačov, ktoré automaticky vysielajú informácie k odbornému personálu sa dá zefektívniť kvalita sociálnej práce a zvýšiť miera osamostatňovania.

Počet zariadení v SR:

K 31.12.2005 je v ZCHB 50 miest (zdroj: V (MPSVR SR 10-01))

Schéma prevádzkových väzieb pri jednotlivých typoch sociálnych služieb
– Zariadenie chráneného bývania (ZCHB)



7.1.4 Zariadenie opatrovateľskej služby

Názov zariadenia: **Zariadenie opatrovateľskej služby (ďalej len ZOS)**

Charakteristika služby:

V zariadení opatrovateľskej služby – ZOS sa poskytujú služby klientom, ktorí podľa odporúčania zdravotníckeho zariadenia sú odkázaní na zabezpečenie základných životných úkonov. Spravidla sa služby v uvedenom zariadení poskytujú len určitý čas (max. po dobu 3 mesiacov), po dobu rekonvalescencie klienta po operácií resp. po ukončení akútnej liečby v nemocničnom zariadení a klient je závislý na pomoci inej osoby a uvedenú pomoc mu nemožno zabezpečiť prostredníctvom opatrovateľskej služby. ZOS je aj odľahčovacou službou pre rodinných príslušníkov, ktorí sa starajú o svojich chronicky alebo dlhodobo chorých v domácom prostredí a potrebujú si oddýchnuť (dovolenka opatrovateľa).

Rozsah poskytovaných služieb:

V ZOS sa poskytuje nevyhnutná starostlivosť , ktorou je stravovanie, bývanie a zaopatrenie. Pod zaopatrením sa myslí upratovanie, poskytovanie, pranie a žehlenie posteľnej bielizne, poskytovanie pomoci na zabezpečenie nevyhnutných životných úkonov ako úkony osobnej hygieny, kúpanie, pomoc pri podávaní jedla, dohľad a sprievod na lekárske vyšetrenia.

Zdravotnícke služby ošetrovateľské sa poskytujú prostredníctvom agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, na základe zmluvného vzťahu s klientom . Lekársku zdravotnú starostlivosť zabezpečuje ošetrojúci lekár v ambulantnej starostlivosti, ktorý v rámci návštevnej služby navštívi klienta – pacienta a koordinuje následnú zdravotnú starostlivosť s odborným personálom ZOS.

Typy klientov resp. pacientov:

V ZOS sú klienti v rámci následnej starostlivosti po operáciách resp. akútnej liečbe, keď zdravotný stav neumožňuje klientovi viesť samostatný život resp. je závislý na pomoci inej osoby. Taktiež sa v ZOS umiestňujú klienti chronicky a dlhodobo chorí, ktorí sú v domácej starostlivosti blízkej osoby, ktorá si potrebuje oddýchnuť. Do ZOS sa umiestňujú aj klienti, ktorí sú závislí na pomoci v sebaobslužných činnostiach v dôsledku nepriaznivého zdravotného stavu, poskytovanie opatrovateľskej služby v domácom prostredí je nepostačujúce a čakajú na umiestnenie v príslušnom zariadení dlhodobej starostlivosti (napr. domov dôchodcov, domov sociálnych služieb a lebo liečebňa pre dlhodobo chorých).

Popis súčasného stavu:

V ZOS sa umiestňujú najčastejšie klienti po ukončení nemocničnej starostlivosti, často so žalúdočnou sondou (PEK), s močovým katétrom, s colostómiou, po endoprotézach po zlomeninách krčka stehennej kosti a pod. Zdravotnícka starostlivosť sa poskytuje v kooperácii s lekármi primárnej ambulantnej starostlivosti a s ADOS –mi. Potrebné lieky a zdravotnícke pomôcky zabezpečujú príbuzní na základe zdravotného poistenia klienta.

Vybavenosť a využívanie IKT:

ZOS majú nízku úroveň vybavenosti IKT. Ak sa takéto zariadenia vyskytujú v tomto type zariadení sú to najčastejšie signalizačné zariadenia na signalizáciu potreby pomoci pre obslužný personál ZOS. Niektoré ZOS sú vybavené aj PC technikou, ktorá sa však využíva zväčša v administratívno-správnej agende.

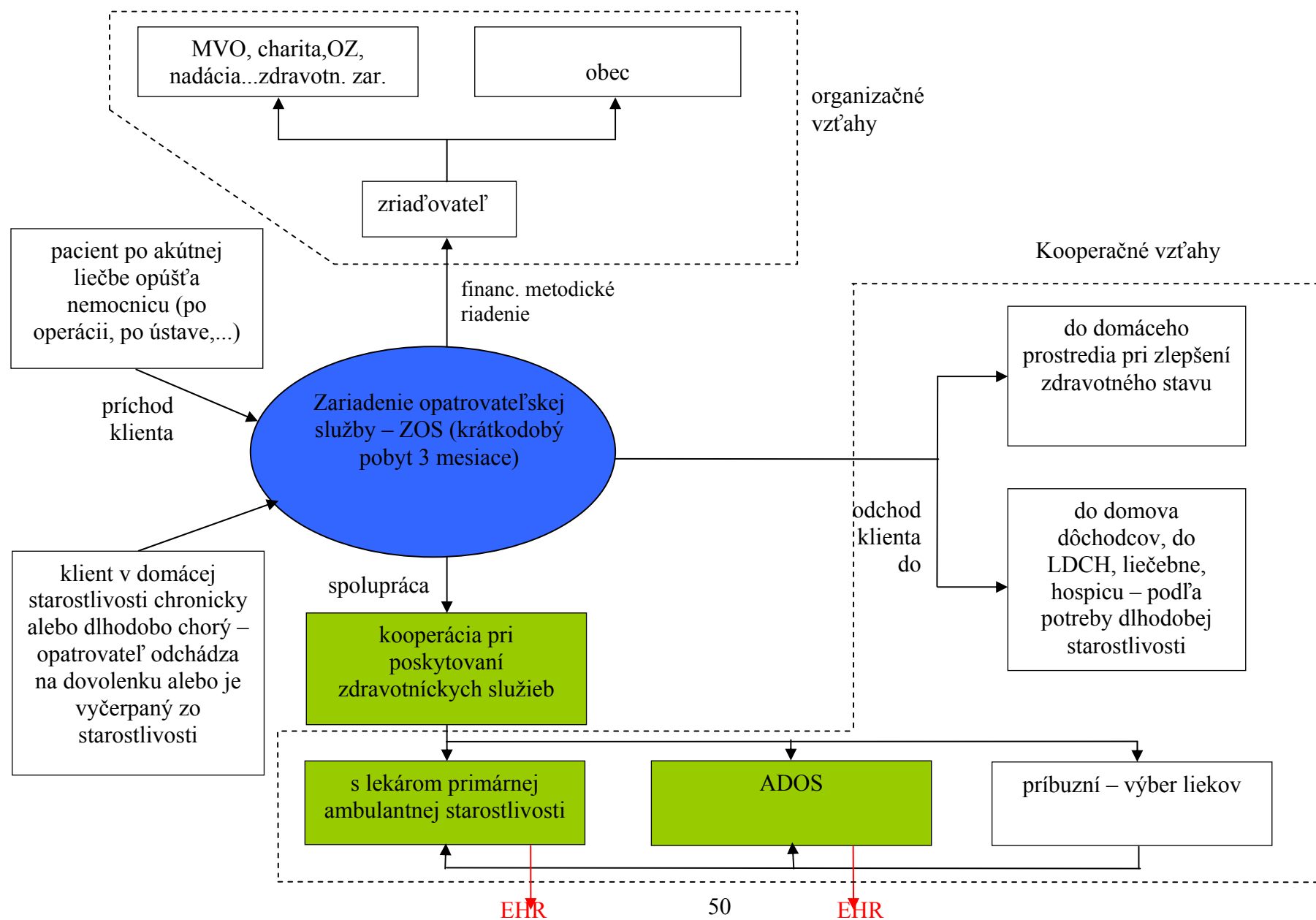
Počet zariadení v SR:

K 31.12.2005 je 68 ZOS s počtom miest 1132 (zdroj: V (MPSVR SR) 11-01)

Spôsob financovania a náklady na klienta :

Prevádzka ZOS je zväčša financovaná z rozpočtov obcí a samosprávnych krajov a z úhrad klientov. Služby v rámci zdravotnej starostlivosti poskytované ADOS a lekárom ambulantnej starostlivosti sú uhrádzané prostredníctvom príslušnej zdravotne, v ktorej je klient poistený.

Schéma prevádzkových väzieb pri jednotlivých typoch sociálnych služieb
– Zariadenie opatrovateľskej služby (ZOS)



7.2 Mimonemocničná starostlivosť v terénnych sociálnych službách

7.2.1 Opatrovateľská služba

Názov zariadenia: **Opatrovateľská služba (ďalej len Osl)**

Charakteristika služby:

Opatrovateľská služba je terénna sociálna služba, ktorá sa poskytuje prednostne v byte občana. Opatrovateľská služba sa poskytuje občanovi, ktorý si pre svoj nepriaznivý zdravotný stav nedokáže zabezpečiť nevyhnutné životné úkony, nevyhnutné práce v domácnosti a potrebuje k tomu pomoc inej osoby ako aj pomoc pri zabezpečení kontaktu so spoločenským prostredím. Opatrovateľská služba sa poskytuje aj matkám, ktorým sa narodili trojičky alebo v priebehu dvoch rokov dvojičky.

Rozsah poskytovaných služieb:

Pri opatrovateľskej službe sa poskytujú

nevyhnutné životné úkony – úkony osobnej hygieny, kúpanie, pomoc pri podávaní jedla a pití, dohľad, nevyhnutné práce v domácnosti – nákupy, práce spojené s udržiavaním domácnosti, príprava raňajok obeda, večere, pranie, žehlenie bielizne

kontakt so spoločenským prostredím – sprievod na lekárske vyšetrenie, vybavovanie úradných záležitostí, tlmočenie v posunkovej reči pre nepočujúcich, predčítavanie pre nevidiacich

Typy klientov resp. pacientov:

Opatrovateľská služba sa poskytuje klientom s nepriaznivým zdravotným stavom, ktorí potrebujú pomoc inej osoby. Odkázanosť na pomoc z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu potvrdzuje a poskytnutie služby odporúča zdravotnícke zariadenie (lekár primárnej ambulantnej starostlivosti alebo iný ošetrojúci lekár). O rozsahu opatrovateľskej služby ako aj o nároku na ňu rozhoduje na základe odporúčania lekára obec.

Popis súčasného stavu:

Opatrovateľská služba je terénna sociálna služba, ktorá sa poskytuje v domácnosti klienta a za jej zabezpečenie je zodpovedná obec. Obce po prenose kompetencií a fiskálnej decentralizácii neboli pripravené personálne, technicky ani odborne na kvalifikovaný výkon tejto služby. Problémy pri zabezpečovaní tejto služby v obciach spôsobujú aj finančné náklady na poskytovanie týchto služieb. U mnohých klientov v oblasti dohľadu by boli postačujúce infomačno-komunikačné prostriedky, ktoré by monitorovali klienta a signalizovali potrebu pomoci. Taktiež sledovanie zdravotného stavu pri týchto klientov je zabezpečované len prostredníctvom primárnej ambulantnej starostlivosti, ktorú si zabezpečujú príbuzní. V prípade potreby ošetrovateľskej starostlivosti je táto zabezpečovaná prostredníctvom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, čo je zabezpečované na základe zmluvného vzťahu ADOS s klientom. Niektoré subjekty si manažujú starostlivosť sociálnu a zdravotnú a zabezpečujú starostlivosť o klienta. Nie je to však všeobecné a systémové, skôr sa poskytujú tieto služby jednotlivo, nezávisle na sebe (bez kooperácie) alebo paralelne. Niektoré subjekty s koncepciou filozofie komplexnej starostlivosti zabezpečujú starostlivosť sociálnu, zdravotnú, duchovnú, psychologickú a inú podľa potrieb klienta „pod jednou strechou“ pri vzájomnej koordinácii služieb aj kvalifikovaného personálu. Sú to skôr výnimky, ktoré anticipujú moderné ponímanie služieb bez adekvátneho vzoru koncepcie štátnej či regionálnej sociálnej politiky.

Vybavenosť a využívanie IKT:

Pri poskytovaní opatrovateľskej služby sa v súčasnosti nevyužívajú takmer žiadne IKT, ktoré by zefektívňovali a skvalitňovali starostlivosť o klienta v domácom prostredí. Ako podporná služba k opatrovateľskej službe by bola vhodná služba, ktorá sa pripravuje (v novom zákone o sociálnych službách) pod názvom monitorovanie a signalizácia potreby pomoci. Ide o dištančné monitorovanie pohybu a zdravotného stavu klienta prostredníctvom technických prostriedkov, ktoré iniciujú signál na dispečerské pracovisko, kde po vyhodnotení sa realizujú nevyhnutné úkony či už zdravotnícke alebo sociálne.

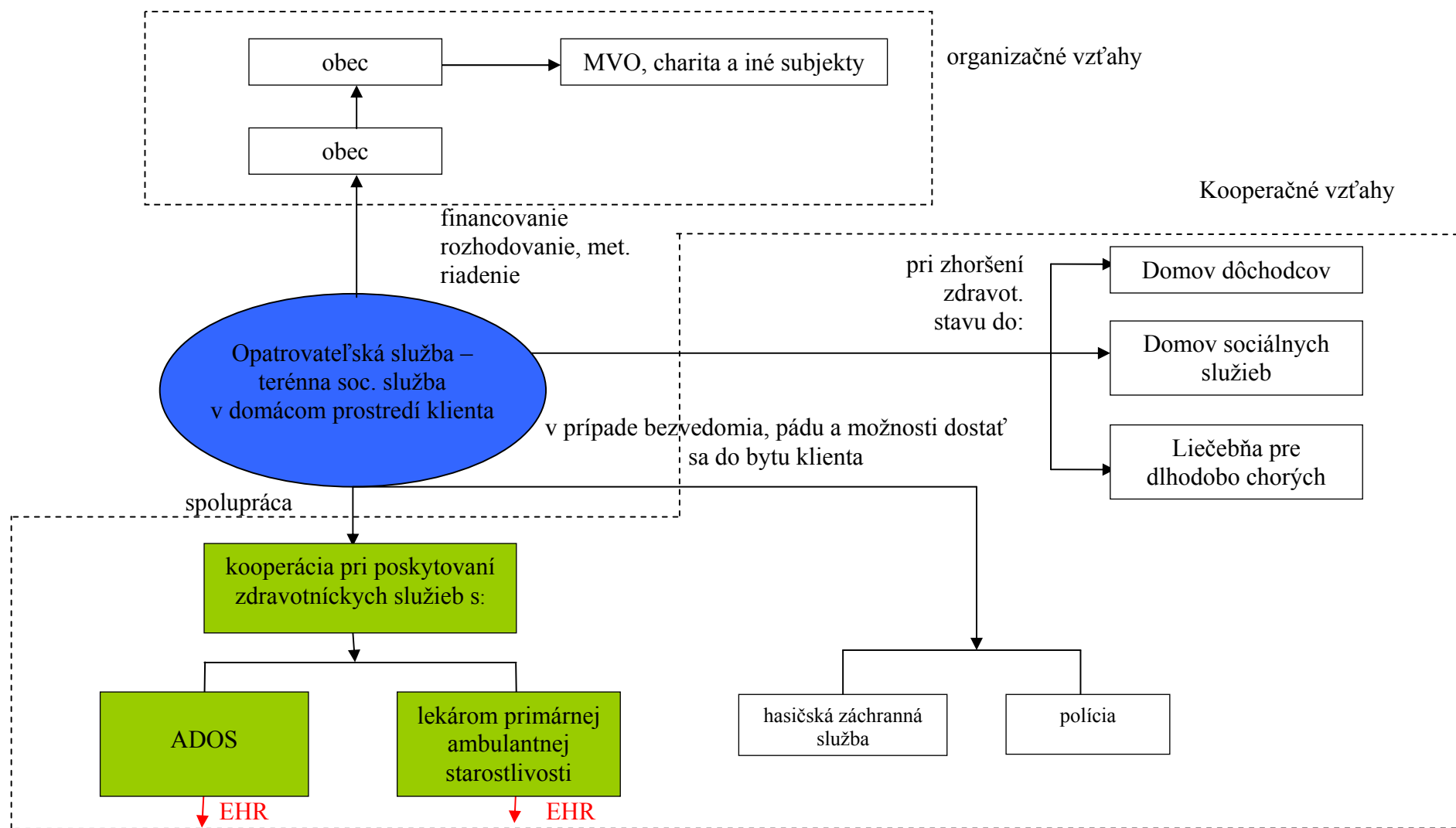
Počet opatrovaných v SR:

K 31.12.2005 sa poskytovala Osl v byte 19880 klientom a bolo zamestaných 233 678 zamestnancov poskytujúcich Osl. (zdroj: V (MPSVR) 10-01)

Spôsob financovania a náklady na klienta :

Opatrovateľská služba je financovaná z rozpočtu obcí a z úhrad od klientov. V prípade potreby ošetrovateľskej služby je táto financovaná zo zdravotnej poisťovne, ak poskytovateľ má uzavretú zmluvu s príslušnou poisťovňou.

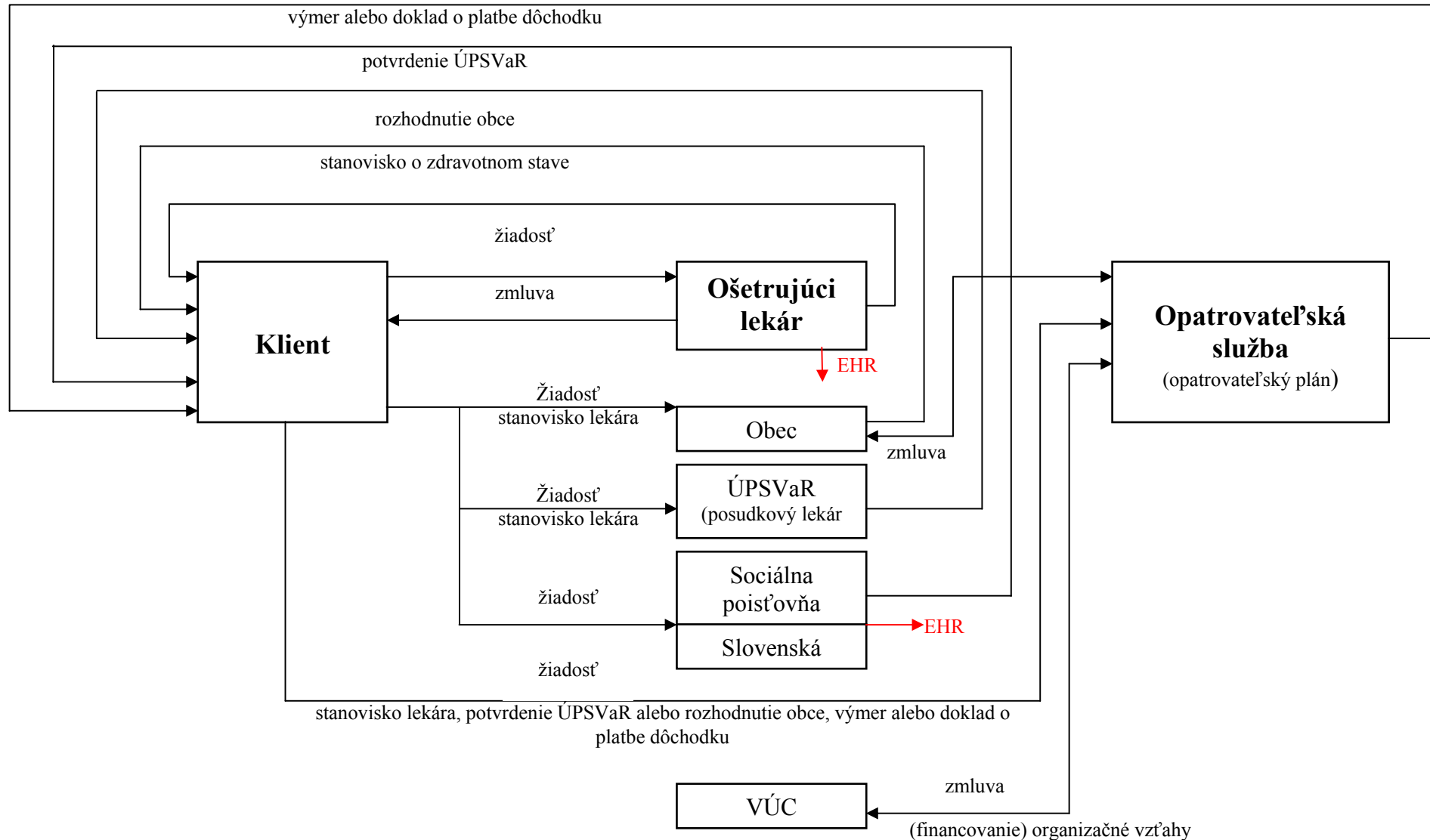
Schéma prevádzkových väzieb pri jednotlivých typoch sociálnych služieb
– Opatrovateľská služba (Osl)



Subjekt	Objekt komunikačný	Objekt cieľový
----------------	---------------------------	-----------------------

opatrovanie

kooperačné vzťahy



7.2.2 Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci (SOS služba)

Názov zariadenia: (služby) **Monitorovanie a signalizácia potreby pomoci (SOS Senior)**

Charakteristika služby:

Je to terénna služba, ktorá umožňuje klientovi zotrvať čo najdlhšie v domácom, prirodzenom prostredí. Jej účelom je vytvoriť pre klienta pocit bezpečia a istoty v prípade náhlej udalosti, ktorá zhoršuje zdravotný stav resp. by sa klient mohol ocitnúť v ohrození života. Je to služba, ktorá má preventívny charakter a eliminuje riziko u tých klientov, ktorí sú v riziku napr. kardiovaskulárne ochorenia, alergické ochorenia, ochorenia obmedzujúce pohyblivosť s rizikom pádov a pod.

Rozsah poskytovaných služieb:

Pri tomto type služby sa monitoruje zdravotný stav klienta, ktorý na základe svojich pocitov (náhle zhoršenie zdravotného stavu – nevoľnosť, bezvedomie, pády) signalizuje potrebu pomoci. Na základe signálu tiesňového volania dôjde k spojeniu s dispečerským pracoviskom prvej pomoci, kde po vyhodnotení sa poskytne adekvátne pomoc.

Typy klientov resp. pacientov:

V súčasnosti sa tieto služby poskytujú klientom – seniorom žijúcim osamotene, osobám s rizikovým ochorením, seniorom, u ktorých je riziko pádu, pacientom, ktorí sa zotavujú v domácom prostredí, osobám s ťažkým zdravotným postihnutím, ženám v rizikovitom tehotenstve a pod.

Popis súčasného stavu:

Uvedený typ služby sa pripravuje ako doplnková služba v systéme sociálnych služieb. V súčasnosti je poskytovanie tejto služby v podmienkach Slovenska vo fáze pilotného zavádzania (mesto Banská Bystrica, mesto Nitra, nezisková organizácia v Bratislave).

V meste Banská Bystrica uvedenú službu zabezpečuje samospráva. Občan o poskytovanie služby požiadajú samosprávu, ktorá s ním uzatvorí dohodu o poskytovaní tejto služby. Služba sa poskytuje bezplatne počas pilotnej prevádzky služby.

Systém fungovania: pokiaľ vznikne neočakávaná situácia vyžadujúca si potrebnú pomoc užívateľ zatlačí tlačidlo, ktoré má neustále pri sebe (zavesené buď na krku alebo na zápästí). Týmto sa odošle signál tiesňového volania na domácu základnú jednotku vybavenú citlivým mikrofónom a hlasitým reproduktorom, ktorá je pripojená v domácnosti klienta na pevnú telefónnu linku. Táto hlasovo spojí seniora v neočakávanej situácii s dispečingom stanice prvej pomoci. Užívateľ pritom popíše svoju situáciu. Operátor má pritom identifikáciu volajúceho účastníka prostredníctvom softvéru e-Care, kde sa operátorovi na obrazovke počítača zobrazí okno so všetkými dôležitými informáciami o volajúcom (meno, adresa, dátum narodenia, rodné číslo, príbuzní, držiteľia kľúčov od bytu, údaje o zdravotnom stave, ošetrojúci lekár, informácie o užívaných liekoch, poradie osôb koho v rizikovej situácii kontaktovať a pod.) v rozsahu akom boli zaevidované do databázy. Odborný personál dispečingu rozhodne o najvhodnejšom spôsobe riešenia pomoci pri vzniknutej situácii. V prípade potreby je možné telefonicky spojiť seniora s rodinou či určenou osobou. Spojenie po zatlačení tlačidla v prípade tiesňového volania nastane do cca 25 sekúnd.

Vybavenosť a využívanie IKT:

Operátorské pracovisko – hardware SmartCall 5500 HW – pobočková ústredňa, počítač operátora, aplikačná databázová nadstavba e-care (kapacita 1000 klientov), domáce jednotky SmartCall 4200.

Počet zariadení v SR:

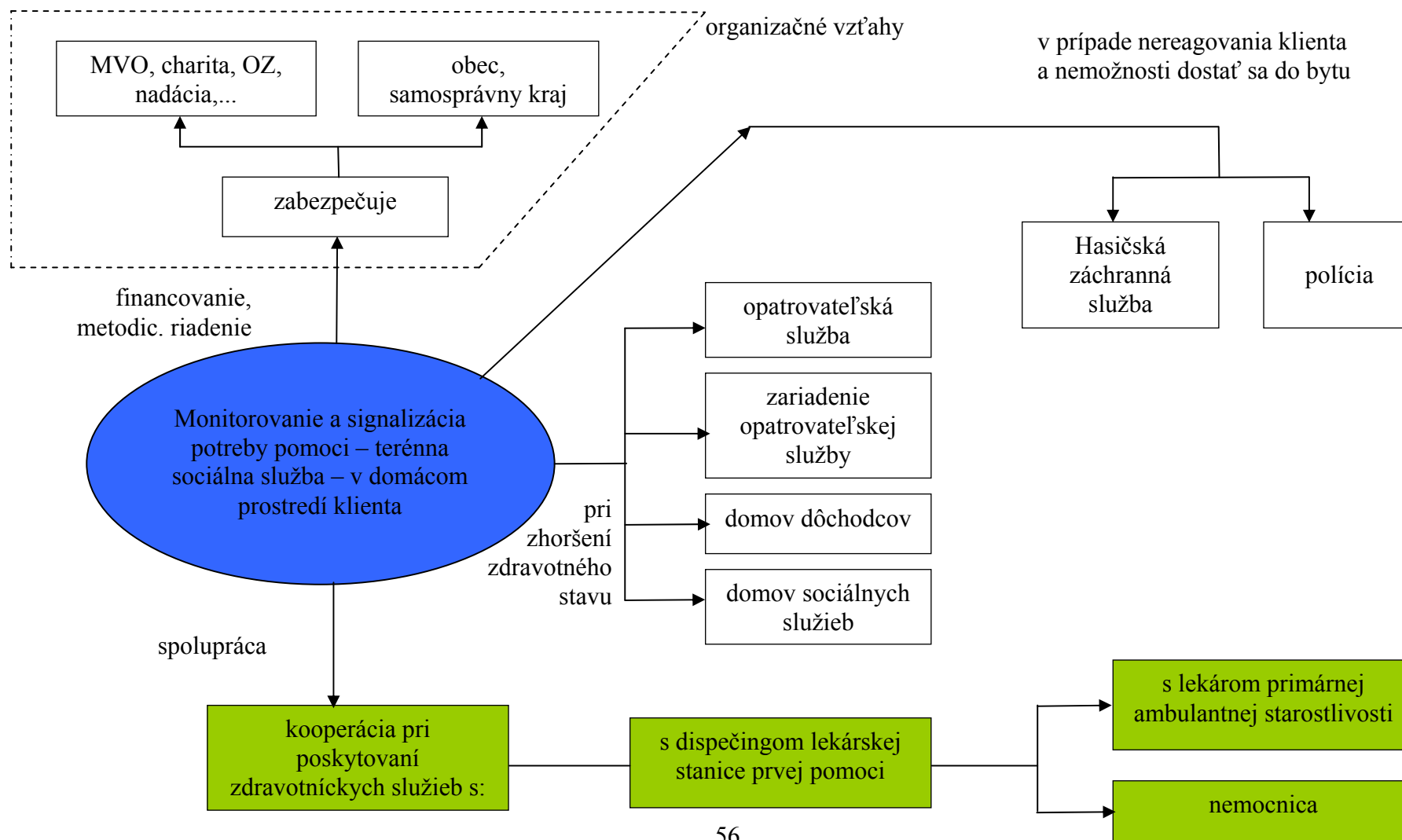
Uvedený typ služby je vo fáze pilotného zavádzania a podľa dostupných informácií ju prevádzkujú 3-4 subjekty na Slovensku v rozsahu cca 60 až 80 klientov

Spôsob financovania a náklady na klienta :

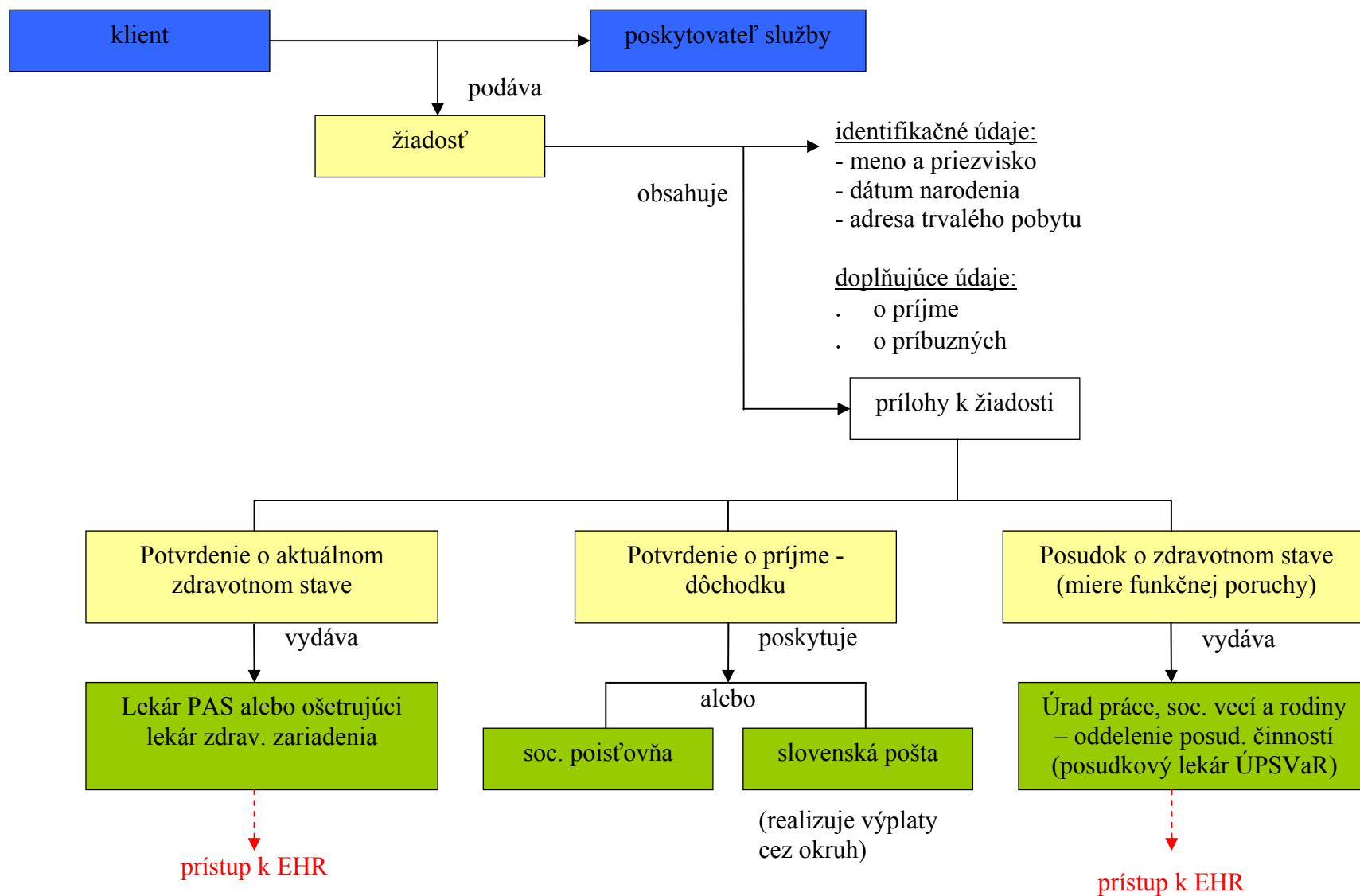
Vzhľadom na to, že ide o nový typ služby jej financovanie je na základe zdrojov z grantov a projektov. V budúcnosti sa predpokladá financovanie viaczdrojové z rozpočtov obcí, samosprávnych krajov ako aj zdravotníckych poisťovní, nakoľko včasným predchádzaním rizík a poskytnutia pomoci sa môže predísť hospitalizáciám, ktoré by vznikli pri oneskorenom poskytnutí pomoci.

Schéma prevádzkových väzieb pri jednotlivých typoch sociálnych služieb

* monitorovanie a signalizácia potreby pomoci (SOS Senior)



7.2.3 Schéma postupu a potrebných informácií pri prijímaní do zariadení sociálnych služieb



8. Cieľové skupiny a zdravotné profily

Cieľové skupiny, ktorým sa služby mimonemocničnej starostlivosti poskytujú môžeme rozdeliť podľa:

- veku
 - deti
 - mládež
 - dospelí
 - starí

- nedostatku zdravia
 - postihnutí
 - . mentálne a kombinovane postihnutí
 - . fyzicky postihnutí
 - . zmyslovo postihnutí (zrak, čuch, hlas, chuť,...)
 - chorí
 - . somaticky
 - . psychicky
 - . kombinovane
 - . v a po úraze
 - . infekčné
 - . dyxfunkcia imunitného systému (alergie, HIV,...)
 - ochorenia z hľadiska časového
 - . krátkodobé
 - . dlhodobé
 - . terminálne štádia ochorenia

- sociálnych núdzí
 - mobilní
 - imobilní

- mobility
 - týraní a zneužívaní
 - závislí (alkohol, drogy, iné psychotropné a návykové látky, hry, počítače, práca,...)
 - po krízových situáciách (vojna, prírodná katastrofa, technické a technologické zlyhania, epidémie,...)
 - opustení
 - osamelí (ovdovelí, siroty, polosiroty, neúplné rodiny)
 - negramotní
 - bezdomovci
 - ľudia vo výkone trestu
 - HIV pozitívni
 - Nezamestananí

- podľa marginalizácie
 - migranti, odídenci, utečenci
 - Rómovia
- podľa náboženstva

- veriaci
 - kresťania
 - židia
 - moslimovia
 - budhisti, hinduisti
 - ateisti
 - iné
- podľa poistenia
- so štandardným zdravotným poistením
 - s doplnkovým zdravotným poistením

Možno konštatovať, že služby MNS – HC sa v prevažnej miere poskytujú starým občanom a občanom so zdravotným postihnutím. Vychádzajúc zo štatistických výkazov ADOS možno konštatovať, že väčšinu ošetrovaných osôb tvoria imobilní pacienti a pacienti s obmedzenou pohyblivosťou. Pri tvorbe systému ICT v HC však je potrebné rozlišovať typológiu cieľových skupín z rôznych hľadísk.

V ďalšej časti sú popísané zdravotné profily s ohľadom na potreby monitorovania s nasledovnou štruktúrou:

- . stručná charakteristika ochorenia
- . príznaky a prejavy
- . parametre a funkcie, ktoré je potrebné sledovať
- . schémy snímania a zadávania údajov – monitorovanie
- . uplatňovanie smerníc liečebnej, ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti

Všeobecné potreby človeka možno rozdeliť na:

- . fyziologické
- . psychosociálne
- . spirituálne

Pri zabezpečovaní mimonemocničnej starostlivosti informačno-komunikačnými technológiami sa zameriava na sledovanie a monitorovanie fyziologických potrieb.

8.1 Zdravotný profil pacientov podľa jednotlivých diagnóz:

10.medzinárodná klasifikácia chorôb rozdeľuje diagnózy do XXI kapitol. Základné diagnózy v jednotlivých kapitolách sú označované veľkým písmenom abecedy a najmenej dvoma arabskými číslicami. Pri podrobnejšej špecifikácii diagnóz sa naviac dáva za dvojčíslo bodka a ďalšia číslica podľa poradia.

Základné rozdelenie podľa kapitol:

- I. Infekčné a parazitárne choroby (A00 – B99)
- II. Nádory (C00 – D48)
- III. Choroby krvi a krvotvorných orgánov a niektoré poruchy imunitných mechanizmov (D50 – D89)
- IV. Choroby žliaz s vnútorným vylučovaním, výživy a premeny látok (E00 - E90)

- V. Duševné poruchy a poruchy správania (F00 – F99)
- VI. Choroby nervového systému (G00 – G99)
- VII. Choroby oka a jeho adnexov. (H00 – H59)
- VIII. Choroby ucha a hlávkového výbežku (H60 – H99)
- IX. Choroby obehovej sústavy (I 00 – I 99)
- X. Choroby dýchacej sústavy (J00 – J99)
- XI. Choroby tráviacej sústavy (K00 – K93)
- XII. Choroby kože a podkožného tkaniva (L00 – L99)
- XIII. Choroby svalovej a kostrovej sústavy a choroby spojivového tkaniva (M00 – M99)
- XIV. Choroby močovej a pohlavnej sústavy (N00 – N99)
- XV. Ťarchavosť, pôrod a popôrodie (O 00 – O 99)
- XVI. Niektoré choroby vznikajúce v perinatálnej perióde (P 00 – P 96)
- XVII. Vrodené chyby, deformácie a chromozómové anomálie (Q 00 – Q 99)
- XVIII. Subjektívne a objektívne príznaky a abnormálne laborat. a klinické nálezy nezaradené inde (R00 – R99)
- XIX. Poranenia, otravy a daktoré iné následky vonkajších príčin (S00 – T98)
- XX. Vonkajšie príčiny chorobnosti a úmrtnosti (V01 – Y98)
- XXI. Faktory ovplyvňujúce zdravotný stav a styk so zdravotnými službami (Z00 – Z99)

Všetky uvedené sústavy diagnóz majú rôzne syndrómy, ktoré sú niekedy viac a inokedy menej špecifické pre tú ktorú diagnózu. Je bežné, že rovnaký symptóm –príznak sa vyskytuje u viacerých diagnóz. Tu je potrebné použiť doplnujúce otázky – kritéria, ktoré pomôžu špecifikovať ochorenie. Je však veľmi dôležité poznať závažnosť symptómov- príznakov, t.j. vedieť, aké nebezpečenie hrozí pacientovi pri objavení sa toho-ktorého príznaku, a zároveň vedieť ako najefektívnejšie zasiahnúť. Toto je dôležitejšie ako vedieť odhadnúť- rsp. určiť diagnózu. V niektorých prípadoch totiž môže už známa diagnóza odvieť pozornosť nesprávnym smerom. Napr. popisované príznaky tlaku vpredu na hrudníku môžu mať pôvod v žalúdočno- pažerákových poruchách, vo vyžarovaní z chrbtice, ale je tiež aj prejavom tzv. stenokardie- t.j. bolesti pri nedokrvení srdcového svalu, čo môže a býva príznakom infarktu myokardu.

Navrhujeme pri zostavovaní dotazníka pýtať sa na jednotlivé symptómy, príznaky a tie dávať do vzájomnej súvahy a odporúčať liečbu, či zákrok.

Na tento účel by bolo potrebné využiť známe knihy napr. Od symptómu k diagnóze a na základe takejto databázy zostaviť dotazníkový program.

Je to veľmi rozsiahla záležitosť, aby ju bolo možné vyčerpávajúco rozviesť v tejto štúdii. Ale algoritmus je v celku jednoduchý a známy.

Okrem anamnestických údajov, t.j. to čo pacient vie o svojich doterajších chorobách a aké má teraz subjektívne ťažkosti je potrebné pýtať sa na základné vegetatívne funkcie. (Ako sa vám dýcha, ako rýchlo vám bije srdce, nepotíte sa, môžete bez ťažkostí ležať v horizontálnej polohe a pod..

V prípadoch, keď adekvátny verbálny kontakt nie je možný, je vhodné inštalovať do prostredia, kde sa pacient zdržiava videokamery a tiež prípadne zvukový smímač ale aj spätný zvukový výstup na podávanie hlasných pokynov.

Zároveň môžu byť vhodné detektory pohybu, (napríklad prekročenie dvier, opustenie nejakého priestoru) taktiež detektory vlhkosti umiestnené na vhodných miestach. Odstránenie šmyklavých plôch, ale aj bariér, kde by mohlo dôjsť k pádom. Odstránenie ostrých predmetov a predmetov, pomocou ktorých by mohol vzniknúť oheň. Zabezpečiť okná, aj vchodové dvere. V niektorých prípadoch môžu dobre poslúžiť aj cielene trénované psy.

Pomocou by boli určite aj programovateľné polohovacie postele s antidekubitovými matracmi, ktoré by znížili nároky na ľudskú pracovnú silu a zároveň by zabezpečili dostatočnú prevenciu preležanín.

8.2 Diagnostický a štatistický manuál chorôb u klientov v MNS (ADOS, MH)

1. ONKOLOGICKÉ OCHORENIA

- C 16 Zhubný nádor žalúdka
- C 19 Zhubný nádor rektosigmoidného spojenia
- C 20 Zhubný nádor konečníka
- C 25 Zhubný nádor podžalúdkovej žľazy
- C 34 Zhubný nádor priedušiek a pľúc
- C 41 Zhubný nádor kosti a kĺbovej chrupky iných nešpecifikovaných lokalizácií
- C 44 Iné zhubné nádory kože
- C 50 Zhubný nádor prsníka
- C 56 Zhubný nádor vaječníka
- C 61 Zhubný nádor prostaty
- C 64 Zhubný nádor obličky
- C 71 Zhubný nádor mozgu
- C 90 Mnohonásobný myelóm (plazmocytón) a zhubné nádory z plazmatických buniek
- D 06 Karcinómy *in situ* krčka maternice
- D 33 Nezhubný nádor mozgu a iných častí CNS
- D 27 Nezhubný nádor maternice

2. KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA

- I 11 Hypertenzná choroba srdca
- I 10 Esenciálna (primárna) hypertenzia
- I 25 Chronická ischemická choroba srdca
- I 64 Apoplexia – nešpecifikovaná ako krvácanie alebo infarkt
- I 70 Ateroskleróza
- I 77 Iné choroby tepien a tepničiek
- I 74 Arteriálna embólia a trombóza
- I 80 Zápal žíl – phlebitis et trombophlebitis

3. NEUROLOGICKÉ OCHORENIA

- G 20 Parkinsonova choroba
- G 21 Sekundárny parkinsonizmus
- G 35 Sclerosis multiplex
- I 61 Mozgové intracelebrálne krvácanie
- I 69 Neskoré následky cievnych mozgových chorôb
- I 63 Mozgový infarkt

4. INTERNÉ OCHORENIA

- E 3 Iné hypotyreózy

- E 10 Diabetes mellitus závislý od inzulínu
- E 11 Diabetes mellitus nezávislý od inzulínu
- E 14 Nešpecifikovaný diabetes mellitus
- E 72 Iné poruchy metabolizmu aminokyselín
- F 32 Choroby tymusu
- J 64 Nešpecifikovaná pneumokonióza
- K 85 Akútny zápal podžalúdkovej žľazy

5. INÉ OCHORENIA

- L 08 Iné lokálne infekcie kože a podkožného tkaniva
- L 23 Alergická kontaktná dermatitída
- L 25 Nešpecifikovaná kontaktná dermatitída
- L 89 Dekubitálny vred – preležanina
- L 97 Vred dolnej končatiny – nezatriedený inde
- L 98 Iné choroby kože a podkožného tkaniva pri chorobách zatriedených inde
- M 05 Séropozitívna reumatoidná artritída
- M 15 Polyartróza
- M16 Koxartróza (artróza bedrového kĺbu)
- M 54 Bolesť chrbtice –dorzalgia
- M 80 Osteoporóza s patologickou fraktúrou
- M 82 Osteoporóza pri chorobách zatriedených inde
- N 39 Iné choroby močovej sústavy
- R 32 Nešpecifikovaná inkontinencia moču
- S 14 Poranenie krčných nervov a krčnej miechy
- S 32 Zlomenina drierkovej chrbtice a panvy
- S 72 Zlomenina stehnovej kosti
- S 82 Zlomenina predkolenia vrátane členka
- S 98 Traumatická amputácia členkového kĺbu a nohy

8.3 Diagnostický a štatistický manuál chorôb u klientov v MNS (HOSPIC)

1. ONKOLOGICKÉ OCHORENIA

- C 18 Zhubný nádor hrubého čreva
- C 25 Zhubný nádor podžalúdovej žľazy
- C 33 Zhubný nádor priedušnice
- C 34 Zhubný nádor priedušiek a pľúc
- C 41 Zhubný nádor kosti a kĺbovej chrupky iných nešpecifikovaných lokalizácií
- C 50 Zhubný nádor prsníka
- C 56 Zhubný nádor vaječníka
- C 64 Zhubný nádor obličky okrem obličkovej panvičky
- C 71 Zhubný nádor mozgu
- C 76 Zhubný nádor inej a bližšie neurčenej lokalizácie
- C 78 Sekundárny zhubný nádor dýchacích a tráviacích orgánov
- C 79 Sekundárny zhubný nádor na iných miestach
- C 80 Zhubný nádor bez bližšieho určenia lokalizácie
- C 91 Lymfatická leukémia

2. KARDIOVASKULÁRNE OCHORENIA

- I 10 Esenciálna (primárna) hypertenzia
- I 25 Chronická ischemická choroba srdca
- I 64 Apoplexia – nešpecifikovaná ako krvácanie alebo infarkt
- I 70 Ateroskleróza

3. NEUROLOGICKÉ OCHORENIA

- G 10 Huntingtonova choroba
- G 20 Parkinsonova choroba
- G 31 Iné degeneratívne choroby nervového systému nezatriedené inde
- G 45 Prechodné mozgové ischemické ataky a príbuzné syndrómy
- I 61 Mozgové intracerebrálne krvácanie
- I 63 Mozgový infarkt
- I 67 Iné cievne choroby mozgu
- I 69 Neskoré následky cievnych mozgových chorôb
- R 40 Somnolencia, stupor, kóma

4. INTERNÉ OCHORENIA

- I 26 Pľúcna embólia
- J 84 Iné choroby interstícia pľúc
- K 74 Fibróza a cirhóza pečene
- N 18 Chronické zlyhanie obličiek

5. INÉ OCHORENIA

- F 07 Poruchy osobnosti a správania zapríčinené chorobou, poškodením a disfunkciou mozgu

8.4 Infekčné a parazitárne ochorenia: (A00 – B99)

Charakteristika:

jedná sa o prenosné ochorenie- nákazlivé s rôznym stupňom nákazlivosti a prenosu (z človeka na človeka, zo zvierat'a na človeka. Postihuje rôzne systémy

Anamnéza:

Aká je telesná teplota (TT)?

býva zvýšená nad 37,0 st. C, až horúčka nad 38 st.C

Nemal pacient triašku a/alebo zimnicu ?

Pri septikémiách (vyplavenie baktérií alebo ich toxínov do krvného obehu).

Sú nejaké zmeny- vyrážky na koži (aj sfarbenie kože)?

Toto je častý výskyt pri infekčných ochoreniach.

Nemá pacient hnačku a/alebo zvracanie?

Býva pri črevných infekciách a črevných chrípkach.

Nemá kašeľ a nádchu?

Pri chorobách z prechladnutia, pri chrípkach a pod.

Nebol pacient v predošlých týždňoch uštipnutý hmyzom?

Býva pri borelióze aj kliešťovej encefalitíde.

Sledovať:

teplotu, močenie (množstvo a sfarbenie moča), zmeny na koži, aj sfarbenie kože a spojiviek (žlté pri žltacke), zmeny stolice, (zápcha/hnačka aj sfarbenie stolice), výskyt zimnice alebo triašky, vystupňovaná malátnosť, slabosť a pod., kašeľ, aj dlhodobejší, zvracanie ...

Monitorovať:

tlesnú teplotu (TT) a bilanciu tekutín (PVT), stolicu a jej charakter, za pomoci tele video záznamu aj zmeny sfarbenia kože, rsp výskyt kožných zmien.

Odporúčanie:

izolovať pacienta, cielene dovyšetrovať (kultivačný záchyt, sérologia atď) Cielene liečiť t.j. antibiotiká, antivirotiká, antimykotiká a iné chemoterapeutiká + podporná liečba t.j. rehydratácia , doplnenie minerálií a živín, antipyretiká, symptomatická liečba

8.5 Nádorové ochorenia

Hlavná diagnóza

C-18 – zhubný nádor hrubého čreva

C-19 – zhubný rektosigmoidného spojenia

C-20 – zhubný nádor konečníka

Charakteristika ochorenia

Kolorektálny karcinóm (rakovina hrubého čreva a konečníka) patrí medzi najčastejšie nádorové ochorenia. Tri štvrtiny karcinómov vznikajú v kolóne a zvyšok v rekte. Najčastejším histologickým

typom (90-95%) je adenokarcinóm, zvyšok tvoria epidermoidné (skvamózne), adenoskvamózne a nediferencované karcinómy.

Časť karcinómov je geneticky podmienená. 80% podiel na vzniku ochorenia má nesprávna životospráva a zlý životný štýl (strava s vysokým obsahom živočíšnych tukov a červeného mäsa, nedostatok zeleniny a ovocia, nedostatočný príjem vlákniny, konzumácia alkoholu, nadmerná hmotnosť, málo pohybu, fajčenie), stavy po operáciách rakoviny prsníka alebo vaječníkov a vek nad 50 rokov.

Príznaky a prejavy

Striedanie zápchy a hnačky, časté a bolestivé nutkanie na stolicu, tenezmy. Prítomnosť tzv. ceruzkovej stolice. Pocit nedokonalého vyprázdnenia čreva a bolesti pri defekácii. Prítomnosť krvi alebo hlienu v stolici. Anémia pri okultnom krvácaní do stolice. Tráviace ťažkosti a zvýšená plynatosť, pocit plnosti, kŕčovité bolesti brucha), subileózný stav alebo náhle vzniknutý ileus. Nechutenstvo, zníženie telesnej hmotnosti, slabosť, únava. Zvýšená telesná teplota, žltáčka (pri metastázach v pečeni), dýchavica (pri pľúcnych metastázach), bolesti v kostiach (pri metastázach do kostí). Zvýšená podráždenosť a nervozita a strach zo smrti.

Parametre a funkcie, ktoré treba sledovať

- **vitálne funkcie:** tlak krvi, pulz, telesná teplota, dýchanie,
- **lokalizácia a charakter bolesti:** pri podávaní analgetík všímať si ich žiaduce i nežiaduce účinky,
- **zmeny v zdravotnom stave:** únava, slabosť, závraty, kolapsové stavy, nespavosť, bolesti hlavy, nepokoj, nauzea, nechutenstvo, vracanie, zmeny vo vyprázdňovaní moču a stolice, dysrytmie, lokálne zmeny na koži po ožarovaní,
- **sledovať kožu okolo stómie:** koža v okolí stómie musí byť suchá, čistá a neporušená,
- **sledovať charakter stolice:** farba, konzistencia, zápach, tvar, množstvo, prímiesy,
- **sledovať faktory, ktoré môžu ovplyvňovať vylučovanie stolice:** strava, tekutiny, lieky, diagnostické a terapeutické výkony, podávanie opiátov,
- **psychologické činitele:** psychická pohoda, emočné zázemie, verbálne i neverbálne prejavy u p/k aj u príbuzných, najmä vyjadrenie účasti a podpory, zvlášť podielu zodpovednosti a aktívnej spolupráce na komplexnej starostlivosti, prípadne sprevádzaní v terminálnom štádiu,
- **sledovať ktoré nefarmakologické postupy „ušíte na mieru“ aplikovať:** (úľavové polohy, pomalé a rytmické dýchanie spojené s masážou, relaxačné techniky, muzikoterapia, atď.)
- **sledovať stupeň obmedzenosti fyzickej aktivity**
- **spánok** – poruchy spánku až nespavosť,
- **psychologické údaje:** nálada (depresívna, euforická), sebahodnotenie a sebaúcta, informovanosť (nedostatočná alebo nadmerná),

Schémy snímania a zadávania údajov – monitorovanie (na základe ordinácie lekára a podľa stavu, situácie a potrieb p/k)

- **vitálne funkcie**
- **lokalizácia a charakter bolesti**
- **zmeny v zdravotnom stave**
- **sledovať kožu okolo stómie**
- **sledovať charakter stolice**
- **sledovať faktory, ktoré môžu ovplyvňovať vylučovanie stolice**
- **psychologické činitele**
- **sledovať ktoré nefarmakologické postupy „ušíte na mieru“ aplikovať**
- **sledovať stupeň obmedzenosti fyzickej aktivity**
- **spánok**
- **psychologické údaje**

Uplatňovanie smerníc liečebnej, ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o znení a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.

Odborné usmernenie MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie, uverejnené vo Vestníku MZ SR 4. júla 2005, ročník 53, čiastka 35 – 36.

Vyhláška MZ SR č. 306/2005, kde sú uvedené kódy výkonov podľa katalógu zdravotníckych výkonov a štandardizované skratky.

Vyhláška MZ SR č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

8.6 Choroby krvi, krvotvorných orgánov a niektoré poruchy imunitných mechanizmov. (D 50 –D 89)

Charakteristika:

Ochorenia postihujúce červené alebo biele krvinky, alebo trombocyty, či plazmocyty (bunky produkujúce imunoglobulíny) Manifestujú sa v tzv. periférnej krvi (krv zo žily) ale aj v kostnej dreni (pri punkcii kostnej drene), medzi orgány, ktorých sa ochorenia dotýkajú patrí aj slezina.

Príznaky a prejavy:

V popredí je celková slabosť, dýchavičnosť, zvýšené teploty až hočky, niekedy sa objaví rôznorodé krvácanie (aj z ďasien), krvné pod liatiny, búšenie srdca, bledosť kože, hmotnostný úbytok, objavenie sa zväčšených, zdurených lymfatických uzlín (na krku, v podpazuší a v slabinách), ktoré zväčša nie sú bolestivé.

Je potrebné sledovať:

telesnú teplotu, hmotnosť pacienta, vyšetrenie krvného obrazu a ďalších laboratórnych parametrov (sedimentácia červených krviniek, hladiny imunoglobulínov, hemokoagulačné parametre, počet trombocytov ... subjektívne ťažkosti pacienta.

Schémy snímania:

monitorovanie tel. teploty, pulzu, možné sledovanie parametrov z kvapky krvi, sledovanie hmotnosti.

Ďalšia starostlivosť:

Kompletné vyšetrenie v hematologickej ambulancii, následná liečba – cieleňá, aj symptomatická, zabezpečiť pacienta z pohľadu zvýšenej náklonnosti získania infekcie (čiasočná izolácia), nesťkať sa s chorými ľuďmi. Časokráť nutnosť transfúzie krvi, rsp. erytropoézu podporujúcich liečiv. Imunomodulačná liečba. Pamäťaať na možnosť zvýšeneho krvácania.

8.7 Choroby žliaz s vnútorným vylučovaním, výživy a premeny látok (E00-E90)

Charakteristika:

Významné sú najmä príznaky signalizujúce akútne zmeny alebo extrémne vyhrotené stavy. Napríklad prejavy ťažkej hypoglykémie, ťažkej dlhotrvajúcej hypo alebo hyperfunkcie niektorej žľazy s vnútorným vylučovaním.

Príznaky a prejavy:

Slabosť, chudnutie alebo prudké priberanie na váhe, farebné zmeny pokožky (hlavne tváre a to: bledosť, ale aj začervenenie, napnutosť pokožky, pri niektorých ochoreniach zvýraznenie tmavých rýh v kožných záhyboch aj na dlaniach (hypofunkcia nadobličky) zväčšovanie obvodu brucha, Cushingova choroba.

Hypertyreóza = tyreotoxikóza: pocit búšenia srdca, pocit chvenia rúk a celého tela (aj objektívne), pocit nervozity, častejšie stolice, pokles hmotnosti, potenie, neznášanie tepla, to všetko môže byť prejavom hypertyreózy.

Hypotyreóza, znížená činnosť štítnej žľazy je charakterizovaná suchou pokožkou, aj so šupinami, priberanie na váhe, spavosť, neznášanie chladu, pomalšie prejavy (spomalenosť) zápcha, pomalá činnosť srdca...

Pri iných chorobách štítnej žľazy je treba sledovať zmeny na krku, (zhrubnutie, nepravidelnosti, tlak na krku, poruchy prehltania...)

Diabetes mellitus I. typu, sa vyskytuje v mladom veku, pacienti nebývajú obézni, naopak, pridruží sa zmena pocitu smädu a iné najčastejšie vegetatívne príznaky.

Diabetes mellitus II. typu, zvýšená hmotnosť, priberanie na váhe, pocit prudkého hladu až s vnútorným chvením (pri hyperinzulinizme, ktorý je predšťađiom diabetu), pocit smädu pri hyperglykémii s vysokou osmolaritou séra, ďalšie príznaky, ktoré súvisia priamo s diabetom, alebo

s jeho komplikáciami. Orgánové poškodenia (komplikácie) sú pri diabete veľmi dôležité (poškodenie ciev, obličiek, periférnych nervov a očného pozadia je najčastejšie).

Diabetes insipidus, je charakterizovaný mimoriadne vysokým príjmom a výdajom tekutín (10 aj viac litrov denne)

Akútne stavy – až kómy pri poruchách žliaz s vnútorným vylučovaním:

Na tieto diagnózy je nutné myslieť pri akýchkoľvek postupných alebo náhlych zmenách správania: apatia, spavosť, dezorientovanosť, schvátanosť až porucha vedomia a kóma. Tieto prejavy sa môžu vyskytnúť okrem už spomínaných porúch funkcie žliaz aj pri poruchách funkcie nadobličiek.

Parametre a funkcie, ktoré je potrebné sledovať:

Hmotnosť pacienta, množstvo prijatých tekutín a množstvo vylúčeného moča. Pri diabete mellite aj domáce sledovanie glykémii (s následnou možnosťou konzultácie na diaľku), hustotu moča (pri zberaní moča za 24 hodín bežným hustomerom) Pulz pacienta aj možnosť monitorovania a sledovania na diaľku. Ostatné podľa jednotlivých príznakov (uvedené vyššie)

Schémy sledovania a zadávania údajov – monitorovanie:

Podľa aktuálneho stavu a diagnózy sledovať a vyhodnocovať jednotlivé údaje ako je uvedené vyššie). Kontroly by mohli byť robené aj na diaľku, s tým, že odbery krvi (okrem glykémii) by robila služba domácej zdravotníckej starostlivosti a ostatné by mohlo byť konzultované cestou E-mailovej komunikácie a eventuálne aj s videokomunikáciou.

Uplatňovanie smerníc:

Tak ako je to pri službách ADOS a ostatné pre lekára podľa odborných metodických pokynov

8.8 Duševné poruchy a poruchy správania (F 00 – F 99)

Stručná charakteristika ochorenia:

Tieto poruchy sú v prevážnej miere podmienené tzv. organickým poškodením mozgu.

Organické poškodenie mozgu môže mať rôzne príčiny, ktoré sa môžu aj spájať. Diagnózy patriace do tejto skupiny rozdeľujeme na viacero podskupín, ktoré sú jednotne charakterizované v rámci podskupiny.

Prvá podskupina- demencie.

Patologicko-anatomickým podkladom demencií je organické postihnutie mozgu, príčina ktorého je rôznorodá (degeneratívny proces, chronická ischemia, chronické metabolické vplyvy, infekcie a pod.)

Príznaky a prejavy:

Príznaky tejto skupiny ochorení sa vyvíjajú postupne. Medzi základné príznaky patria progredujúca strata pamäte, strata orientácie postupne v čase, priestore a nakoniec aj orientácia vlastnou osobou, oplošťovanie emócií, poruchy správania, poruchy spánku, postupne zmena osobnosti a strata sebestačnosti až do úplnej imobility, straty komunikácie s okolím a stratou schopnosti zvládať aj základné životné funkcie.

Parametre a funkcie, ktoré je potrebné sledovať:

Mentálne funkcie

pomocou rôznych všeobecne akceptovaných testov mentálnych funkcií napr. MMSE – minimal mental skóre

Sledovanie porúch

orientácie a správania priamou komunikáciou, sledovanie pohybov, správania sa, postojev, (aj pomocou video techniky)

Sledovať a uvedomiť si

zmeny v správaní, zmeny emócií, poruchy spánku, poruchy komunikácie (napr.. komfabulácia, obviňovanie, podozrievanie a pod.)

V neposlednej miere prejavy

nezvládania základných fyziologických funkcií ako je inkontinencia a strata základných zručnosti a sebestačnosti.

Dôležité je aj sledovanie vitálnych funkcií

(tlak, pulz, dýchanie a telesná teplota) sledovanie vedomia aj po kvantitatívnej stránke (somnia, sopor, kóma) Taktiež náhle zmeny: nepokoj, podráždenosť, zmätenosť-delírium

Porucha chôdze a koordinácie pohybov a zhoršenie zmyslových funkcií

Schémy snímania a zadávania údajov- monitorovanie:

Videokamera, aj so snímaním zvuku. Signalizátor opustenia miestnosti, signalizátor pádov a nárazov na podlahu. a pod.

Pomocou ICT sledovať a zaznamenávať mentálne funkcie a ich vývoj aj vo vzťahu k liečbe a tak sledovať a posudzovať aj účinnosť liečby.

Sledovať plienkový test na posúdenie stupňa inkontinencie, sledovanie príjmu a výdaja tekutín, sledovanie vývoja hmotnosti. Monitorovanie vigily- režim spánku a bdenia aj vo vzťahu k liečbe.

Uplatňovanie smerníc liečebnej ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti:

Zákon o zdravotnej starostlivosti č.576/2004 Z.z.

Zákon o rozsahu zdravotnej starostlivosti

Zákon o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Zákon o zdravotnom poistení a zdravotných poisťovniach.

Zákon o sociálnej starostlivosti, (posudzovanie miery zdravotného postihnutia a závislosti)

Normy o opatrovateľskej starostlivosti

Normy ošetrovateľskej starostlivosti...

Odborné usmernenie MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie

Cenové opatrenie ministra zdravotníctva o spôsobe financovania jednotlivých typov zdravotnej starostlivosti a ich maximálne ceny.

Jednotlivé koncepcie medicínskych odborov najmä odboru psychiatrie a geriatrickej

Nariadenie o liekoch, dietetických potravinách a zdravotných pomôckach a ďalšie.

7.9 Choroby obehovej sústavy

I-67 Cievna mozgová príhoda

Charakteristika ochorenia

Nedostatočné zásobovanie tkaniva kyslíkom (hypoxia). Porucha krvného zásobovania mozgu pri zlyhaní viacerých mechanizmov, ktoré riadia mozgový krvný obeh, hrubá anatomická porucha v cievnom riečisku mozgu. Hypoperfúzia je podmienená arteriosklerózou (ateromatóza), stenotizujúcim procesom ciev, hypertenznou chorobou, ochorením srdca (ischemická choroba srdca).

Príznaky a prejavy

Náhly vznik ochorenia, poruchy vedomia až bezvedomia, cefalea a vracanie, hemiplégia, hemiparéza, gnostické poruchy, apraxia, narušená komunikačná schopnosť – motorická

a senzorická afázia, sťažené prehĺtanie, poruchy pohyblivosti. Klinický obraz závisí od oblasti postihnutia mozgu.

Parametre a funkcie, ktoré treba sledovať

- **vitálne funkcie:** tlak krvi, pulz, telesná teplota, dýchanie,
- **lokalizácia a charakter bolesti:** (môže byť lokalizovaná alebo celková, pozvoľná alebo náhla, explozívna – sprevádzaná nauzeou, vracaním),
- **úroveň vedomia:** náhla prechodná strata vedomia, zmeny stavu vedomia (nepokoj, podráždenosť, zmätenosť), poruchy vedomia (somnia, sopor, kóma),
- **duševný stav:** (pri vedomí) reč (afázia, dyzartria, dezorientácia v čase, mieste a osobe, poruchy pozornosti, výpadky pamäti, poruchy abstraktného myslenia),
- **funkcia hlavových nervov:** hemianopia (poruchy vonkajšej polovice zorného poľa), ptóza (pokles mihalnice), diplopia, paréza, dyzartria, dysfágia, chuť na 1/3 jazyka, zachrípnutie, nedvíha ramena, stáča a rotuje hlavu na postihnutú stranu,
- **senzorické funkcie:** precitlivosť na všetky podnety,
- **stoj a chôdza** (ak je p/k schopný) - parézy, spastickosť, rigidita a ataxia,
- **reflexy na horných a dolných končatinách:** držanie HK, prípadne atrofia, svalová sila – zníženie (hypotónia), spazmy, kľče, pohyblivosť – úplná strata pohyblivosti (plégia), čiastočná strata pohyblivosti (paréza), citlivosť – úplná strata (anestézia), znížená citlivosť (hypestézia), trpnutie (parestézia), zmenené vnímanie (dysestézia), pozitívny Babinského príznak, príznak pätovej šľachy – znížený,
- **prejavy meningeálneho dráždenia:** stuhnutosť svalstva, najmä šijového,
- **motorické funkcie:** slabosť, obrny končatín (hemiparéza, hemiplégia),
- **stravovanie:** (nižší príjem, problém s prehĺtaním),
- **príjem a výdaj tekutín:** (problémy s močením – inkontinencia),
- **spánok** – poruchy spánku až nespavosť,
- **psychologické údaje:** nálada (depresívna, euforická), sebahodnotenie a sebaúcta, informovanosť (nedostatočná alebo nadmerná),
- **informácie z ordinácie lekára:** vyšetrovacie a liečebné metódy a postupy ordinované lekárom,
- **sociálne parametre:** samostatnosť (čiastočná a úplná závislosť), vynútená zmena životného štýlu, zmena pracovného zaradenia, zmena ekonomického postavenia,
- **situačná analýza:** analyticko – syntetické zhrnutie informácií o aktuálnom stave p/k s cieľom sformulovať konkrétny problém a plánovať intervencie.

Schémy snímania a zadávania údajov – monitorovanie (na základe ordinácie lekára a podľa stavu, situácie a potrieb p/k)

- **snímanie vitálnych funkcií** (TK, P, TT, D): osobne a informačnými alebo telekomunikačnými technológiami (*tu vypísať akou ICT technikou*) napr. bezdrôtové snímače napr. aj na snímanie EKG
- **lokalizácia a charakter bolesti**: osobne, web-kamerou, mob. telefónom – p/k,
- **úroveň vedomia**: osobne, (*tu vypísať akou ICT technikou*)
- **duševný stav**: osobne
- **funkcia hlavových nervov**: (*tu vypísať akou ICT technikou*)
- **senzorické funkcie**: (osobne, web-kamerou, telefónom)
- **stoj a chôdza** (ak je p/k schopný): (osobne, kamerou, prostredníctvom osobného servera, mob. telefónom vybaveným WAP-om, akcelerometrom identifikujúcim pohyb)
- **reflexy na horných a dolných končatinách**: bezdrôtové snímače schopné myograficky snímať parametre
- **prejavy meningeálneho dráždenia**: bezdrôtové snímače schopné myograficky snímať parametre
- **motorické funkcie**: bezdrôtové snímače schopné myograficky snímať parametre
- **stravovanie**: osobne, sebamonitorovaním alebo prostredníctvom stacionárnych snímačov
- **príjem a výdaj tekutín**: osobne, sebamonitorovaním,
- **spánok**: prostredníctvom bezkontaktných snímačov napr. osobného servera alebo stacionárnych termo snímačov aktivít osoby a jej prostredia
- **psychologické údaje**: osobne, prostredníctvom stacionárnych snímačov, telefonicky
- **informácie z ordinácie lekára**: osobne, telefonicky, ICT technikou
- **sociálne parametre**: osobne, sebamonitorovaním kombinovaným s dištančným poskytovaním poradenských služieb
- **situačná analýza**: ICT technikou

Uplatňovanie smerníc liečebnej, ošetrovateľskej a sociálnej starostlivosti

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o znení a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.

Odborné usmernenie MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie, uverejnené vo Vestníku MZ SR 4. júla 2005, ročník 53, čiastka 35 – 36.

Vyhláška MZ SR č. 306/2005, kde sú uvedené kódy výkonov podľa katalógu zdravotníckych výkonov a štandardizované skratky.

Vyhláška MZ SR č. 428/2006 o minimálnych požiadavkách na personálne zabezpečenie a materiálno-technické vybavenie jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení.

9. Subjekty participujúce na mimonemocničnej starostlivosti **– domácej starostlivosti (HC)**

Po ukončení akútnej liečby pacienta/klienta a stabilizovaní zdravotného stavu je potrebné naďalej monitorovať jeho zdravotný stav resp. nasleduje následná starostlivosť v mimonemocničných zariadeniach zdravotníckych alebo sociálnych služieb alebo v domácom prostredí. Z rôznorodosti týchto prostredí vyplýva aj rôznorodosť subjektov, ktoré sa na mimonemocničnej starostlivosti podieľajú.

9.1 Ústredné orgány štátnej správy

Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ SR)

V zmysle § 45 Zákona č. 576/2004 Z.z. vznp o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a o doplnení niektorých zákonov MZ ako ústredný orgán štátnej správy na úseku zdravotnej starostlivosti v rámci svojej pôsobnosti okrem iného

Vypracúva návrhy zásadných smerov a priorít rozvoja štátnej zdravotnej starostlivosti

Odborne usmerňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti

Vydáva štandardné diagnostické postupy a štandardné terapeutické postupy

Riadi celoštátne programy zamerané na ochranu, zachovanie a navrátenie zdravia

Vydáva povolenia a iné rozhodnutia ov veciach ustanovených osobitným predpisom (o záchranej zdravotnej službe)

Vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Vypracúva koncepciu rozvoja a integrácie informačnej sústavy zdravotníctva a prevádzkuje informačný systém

Vedie národné zdravotné registre

Zriaďuje zariadenia na plnenie osobitných úloh v zdravotníctve, najmä štatisticko-informačné zariadenia a knižničné zariadenia

Zabezpečuje koordináciu poskytovania zdravotnej starostlivosti s inými ústrednými orgánmi štátnej správy

Zabezpečuje medzinárodnú spoluprácu na úseku poskytovania zdravotnej starostlivosti

Usmerňuje prenesený výkon štátnej správy uskutočňovaný na úseku zdravotníctva samosprávnymi krajmi

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (MPSVaR SR)

MPSVaR ako ústredný orgán štátnej správy v oblasti sociálnej pomoci okrem iného

- Vypracúva koncepciu sociálnej pomoci
- Riadi a kontroluje výkon štátnej správy uskutočňovaný Ústrediami práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR)
- Udeľuje predchádzajúci písomný súhlas na zrušenie zariadenia sociálnych služieb alebo na odňatie objektu tohto zariadenia jeho účelu
- Vykonáva štátny dozor nad poskytovaním sociálnych služieb, najmä nad dodržiavaním ľudských práv a slobôd pri poskytovaní sociálnych služieb

- Koordinuje činnosť štátnych orgánov sociálnej pomoci, obcí, samosprávnych krajov a ďalších právnických osôb a fyzických osôb, ktoré pôsobia v sociálnej pomoci
- Zabezpečuje medzinárodnú spoluprácu v oblasti sociálnej pomoci

9.2 Samosprávne kraje – vyššie územné celky (VÚC)

Samosprávne kraje na úseku zdravotníctva ako prenesený výkon štátnej správy

- Zriaďujú etické komisie na posudzovanie etických otázok vznikajúcich pri poskytovaní ambulantnej starostlivosti
- Určuje poskytovateľa osobe pri odmietnutí jej návrhu na uzatvorenie dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti
- Preberá do úschovy a zabezpečuje odovzdanie zdravotnej dokumentácie inému poskytovateľovi
- Zabezpečuje zastupovanie v prípade potreby poskytovania zdravotnej starostlivosti iným poskytovateľom a pri dočasnom pozastavení povolenia
- Vydáva povolenia na prevádzkovanie ambulancie, zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, stacionára, polikliniky, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, liečebne, hospicu, domu ošetrovateľskej starostlivosti, mobilného hospicu a iné rozhodnutia
- Vykonáva dozor nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Samosprávne kraje na úseku sociálnej pomoci pri výkone samosprávnej pôsobnosti

- Vypracúvajú a zverejňujú koncepciu sociálnych služieb na svojom území
- Zriaďujú a kontrolujú zariadenia sociálnych služieb (okrem iných a vo vzťahu k tejto štúdii najmä) domov sociálnych služieb pre deti, ktorým sa starostlivosť poskytuje týždenne a celoročne, domov sociálnych služieb pre dospelých, ktorým sa poskytuje starostlivosť celoročne a týždenne, domov dôchodcov
- Rozhodujú o poskytovaní starostlivosti v zariadení sociálnych služieb, ktoré zriadili, o odňatí, o zastavení sociálnej služby, o úhrade za sociálnu službu, o znížení alebo zvýšení úhrady za sociálnu službu a o neplatení úhrady za sociálnu službu
- Vykonávajú zápis do registra subjektov poskytujúcich sociálnu pomoc podľa zákona o sociálnej pomoci
- Uzatvára zmluvu o poskytnutí finančného príspevku na úhradu nákladov za sociálnu službu subjektu, ktorý poskytuje sociálnu službu na jeho území
- Spolupracuje s obcami, úradmi práce sociálnych vecí a rodiny a so subjektami, ktoré pôsobia v sociálnej pomoci a koordinuje ich činnosť
- Vede evidenciu zariadení sociálnych služieb vo svojom územnom obvode
- Koordinuje činnosť obcí a ďalších právnických a fyzických osôb, ktoré pôsobia v sociálnej pomoci na úseku sociálnych služieb

9.3 Obce

Obce pri výkone svojej samosprávnej pôsobnosti

- 4.) Rozhodujú o poskytovaní opatrovateľskej služby a o úhrade za ňu
- 5.) Rozhodujú o poskytovaní starostlivosti v zariadení sociálnych služieb, ktoré zriadili, o skončení poskytovania starostlivosti v tomto zariadení a o úhrade za poskytnutú starostlivosť v tomto zariadení
- 6.) Zriaďujú a kontrolujú zariadenia sociálnych služieb ako domov dôchodcov, zariadenie chráneného bývania, zariadenie opatrovateľskej služby,
- 7.) Uzatvárajú zmluvy o zabezpečení poskytovania sociálnych služieb subjektmi, ktoré poskytujú sociálnu pomoc podľa zákona o sociálnej pomoci alebo o zabezpečení poskytovania sociálnych

služieb inými právnickými osobami, ktoré majú oprávnenie poskytovať sociálne služby a ošetrovateľskú starostlivosť

9.4 Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR)

Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny (vo vzťahu k tejto štúdii z pôsobnosti a kompetencií vyberáme):

- Rozhoduje o miere funkčnej poruchy a o tom, že ide o občana s ťažkým zdravotným postihnutím na účely vydania preukazu občana s ťažkým zdravotným postihnutím
- Vydáva posudok na účely poskytovania starostlivosti v domove sociálnych služieb, v zariadení chráneného bývania
- Vydáva posudok o miere funkčnej poruchy a o tom, že ide o občana s ťažkým zdravotným postihnutím, o sociálnych dôsledkoch ťažkého zdravotného postihnutia a navrhuje v posudku formu kompenzácie

9.5 Mimovládne organizácie, cirkvi a náboženské spoločenstvá

Podľa zákona o sociálnej pomoci môžu sociálne služby poskytovať subjekty, ktoré sú zapísané do registra, ktoré vedie príslušný samosprávny kraj, v ktorého územnom obvode sa nachádza zariadenie, ktoré sociálnu službu poskytuje. Môžu to byť fyzické osoby alebo právnické osoby ako: občianske združenia, neziskové organizácie, charitatívne organizácie alebo iné organizácie zriadené zo zákona napr. Slovenský červený kríž, zväzy zdravotne postihnutých a pod.

Sociálnu službu poskytuje takýto subjekt občanovi (klientovi) na základe zmluvy tohto občana (klienta) so subjektom poskytujúcim sociálnu službu.

9.6 Zdravotné poisťovne

Zdravotné poisťovne sú akciové spoločnosti založené na účely verejného zdravotného poistenia, ktoré vykonávajú verejné zdravotné poistenie na základe povolenia.

Zdravotná poisťovňa

- Prijíma a potvrdzuje prihlášky na verejné zdravotné poistenie a vydáva preukazy poistencov verejného zdravotného poistenia
- Vydáva európske preukazy zdravotného poistenia
- Prijíma poistné na verejné zdravotné poistenie, prerozdeľuje poistné, uplatňuje na úrade nárok na poistné, nárok na úrok z omeškania, nárok na nedoplatok z ročného zúčtovania poistného
- Uplatňuje na úrade nárok na úhradu za zdravotnú starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- Poskytuje iným zdravotným poisťovňam a poistencom informácie
- Uzatvára zmluvy o poskytovaní zdravotnej starostlivosti s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti najmenej v rozsahu verejnej minimálnej siete
- Uhrádza poskytovateľom zdravotnej starostlivosti úhradu za poskytnutú zdravotnú starostlivosť
- Zarádzuje poistencov na dispenzarizáciu na základe návrhu poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, s ktorým má uzatvorenú zmluvu a vedie zoznam takýchto poistencov, návrh na dispenzarizáciu, ktorý vyhotovuje lekár špecialista, obsahuje aj dĺžku dispenzarizácie
- Vykonáva analýzu predpisovania liekov vždy do 60 dní po skončení štvrtroka
- Vedie zoznam poistencov čakajúcich na poskytnutie plánovanej zdravotnej starostlivosti

9.7 Polícia

Zákon NR SR č. 171/1993 Z.z. vznp zo 6.júla 1993 o Policajnom zbore v § 29 upravuje oprávnenie otvoriť byt. V prípadoch, keď pri poskytovaní služieb opatrovateľskej služby pri osamelých občanoch je odôvodnená obava, že je ohrozený život alebo vážne ohrozené zdravie osoby, je policajt oprávnený otvoriť byt, vstúpiť doň a vykonať opatrenia na odvrátenie hroziaceho nebezpečenstva (§ 29).

Oprávnenia vyššie uvedené má policajt aj v prípade, ak vznikne dôvodné podozrenie, že sa v byte nachádza zomretá osoba. Na vykonanie oprávnení podľa vyššie uvedených odsekov policajt zabezpečí prítomnosť nezúčastnenej osoby, nemusí tak urobiť, ak by mohlo dôjsť k ohrozeniu jej života alebo zdravia alebo ak hrozí nebezpečenstvo z omeškania. Po vykonaní opatrení policajt okamžite vyrozumie nájomcu bytu alebo vlastníka užívajúceho bytu a zabezpečí uzavretie bytu, ak to nemôže vykonať nájomca bytu, vlastník užívajúci byt alebo iná oprávnená osoba. O otvorení bytu a vykonaných opatreniach napíše policajt úradný záznam.

9.8 Hasičská záchranná služba

V zmysle Vyhlášky MV SR č. 169/2002 Z.z. vznp z 26.februára 2002 o hasičských jednotkách podľa § 9 hasičská záchranná služba vykonáva záchranu a poskytuje pomoc vtedy, ak je ohrozený život alebo zdravie osôb, alebo životné prostredie a na záchranu je potrebná odborná pripravenosť a vybavenie.

Hasičská záchranná služba vyslobodzuje a zachraňuje osoby pri požiaroch, živelných pohromách, dopravných nehodách, haváriách a pri iných mimoriadnych udalostiach. Hasičská záchranná služba poskytuje predlekársku pomoc postihnutým osobám na mieste zásahu.

10. Legislatívne rámce pri zabezpečovaní mimonemocničnej starostlivosti (MNS) – home care (HC)

V tejto kapitole uvádzame hierarchiu právnych predpisov v SR, ktoré ustanovujú podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, o rozsahu zdravotnej starostlivosti, o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, o zdravotnom poistení, o právnych vzťahoch pri poskytovaní sociálnej pomoci. Na konkrétne ustanovenia týkajúce sa MNS sa odvoláva v jednotlivých kapitolách, nie je však predmetom tejto štúdie podrobná právna analýza, ale len definovanie právnych rámcov, ktoré budú podkladom pri rozpracovávaní následných konkrétnych projektov s dielčimi cieľmi.

Taktiež v štúdiu sa upozorňuje na ustanovenia, ktoré majú väzbu na tvorbu a bezpečnosť informačných systémov a ochranu osobných údajov klientov.

A) Právne predpisy v oblasti zdravotnej starostlivosti

Ústava

- 460/1992 Z. z. Ústava Slovenskej republiky

Zákony

- 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

- 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 579/2004 Z. z. o záchranej zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov
- 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona č. 220/1996 Z. z. o reklame
- 718/2004 Z. z. zákon, ktorým sa dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z.
- 719/2004 Z. z. zákon, ktorým sa dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z.
- 720/2004 Z. z. zákon, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a o zmene a doplnení zákona č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- 2/2005 Z. z. o posudzovaní a kontrole hluku vo vonkajšom prostredí a o zmene zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 272/1994 Z. z. o ochrane zdravia ľudí v znení neskorších predpisov

Nariadenia vlády

- 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- 742/2004 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania
- 743/2004 Z. z. o spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností
- 751/2004 Z. z. o verejnej minimálnej sieti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- 752/2004 Z. z., ktorým sa vydávajú indikátory kvality na hodnotenie poskytovania zdravotnej starostlivosti
- 776/2004 Z. z., ktorým sa vydáva katalóg zdravotných výkonov
- 777/2004 Z. z., ktorým sa vydáva zoznam chorôb, pri ktorých sa zdravotné výkony čiastočne uhrádzajú alebo sa neuhrádzajú na základe verejného zdravotného poistenia
- 778/2004 Z. z. o výške úhrady za zdravotnú starostlivosť, ktorú uhrádza zdravotná poisťovňa poskytovateľovi lekárskej služby prvej pomoci

- 43/2005 Z. z., ktorým sa ustanovujú podrobnosti o strategických hlukových mapách a akčných plánoch ochrany pred hlukom
- 44/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 40/2002 Z. z. o ochrane zdravia pred hlukom a vibráciami
- 65/2005 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa nariadenie vlády č. 722/2004 Z. z. o výške úhrady poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti

Vyhlášky

- 723/2004 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti postupu pri určovaní štandardnej dávky liečiva a maximálnej výšky úhrady zdravotnej poisťovne za štandardnú dávku liečiva
- 741/2004 Z. z., ktorou sa určujú niektoré podrobnosti o záchranej zdravotnej službe
- 761/2004 Z. z., ktorou sa mení a dopĺňa vyhláška MZ SR č. 79/1997 o opatreniach na predchádzanie prenosným ochoreniam v znení vyhlášky MZ SR č. 54/2000
- 762/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú lieky a zdravotnícke pomôcky, ktoré môže zdravotná poisťovňa individuálne obstaráť pre poistenca
- 763/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú záväzné štandardy pre zdravotnícku štatistiku
- 764/2004 Z. z. o náležitostiach žiadosti o vydanie predchádzajúceho súhlasu Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- 765/2004 Z. z. o výške úhrady za úkony Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- 766/2004 Z. z. o spôsobe preukazovania splnenia podmienok na vydanie povolenia na vykonávanie verejného zdravotného poistenia
- 767/2004 Z. z. o náležitostiach správy o činnosti zdravotnej poisťovne
- 768/2004 Z. z. o predkladaní údajov z účtovníctva, štatistickej evidencie a ďalších údajov zdravotnou poisťovňou
- 769/2004 Z. z. o podrobnostiach o platení preddavkov na poistné na verejné zdravotné poistenie a o ročnom zúčtovaní poistného na verejné zdravotné poistenie
- 770/2004 Z. z., ktorou sa ustanovujú určujúce znaky jednotlivých druhov zdravotníckych zariadení
- 771/2004 Z. z. o forme a náležitostiach pitevného protokolu, o zozname pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy a o požiadavkách na materiálno-technické vybavenie pracovísk, na ktorých sa vykonávajú pitvy
- 501/2005 Z. z. o liekovej knižke pacienta.
- 507/2005 Z. z., ktorou sa upravujú podrobnosti o povoľovaní terapeutického použitia hromadne vyrábaných liekov, ktoré nepodliehajú registrácii, a podrobnosti o ich úhrade na základe verejného zdravotného poistenia,
- 548/2005 Z. z. o poplatku za vydanie európskeho preukazu zdravotného poistenia
- 364/2005 Z.z., ktorou sa určuje rozsah ošetrovateľskej praxe poskytovanej sestrou samostatne a v spolupráci s lekárom....

Oznámenie

513/2005 o vydaní výnosu, ktorým sa ustanovuje rozsah údajov z účtu poistenca poskytovaných zdravotnou poisťovňou príslušnej zdravotnej poisťovni na vyžiadanie.

Odborné usmernenie MZ SR o riadení poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti v ústavných zdravotníckych zariadeniach – Vestník MZ SR, čiastka 4, ročník 53 zo dňa 18.2.2005

Odborné usmernenie MZ SR o vedení ošetrovateľskej dokumentácie , Vestník MZ SR, čiastka 53 zo dňa 4.7.2005 platné od 1.8.2005

B) Právne predpisy v oblasti sociálnej pomoci

Ústava

- 460/1992 Z. z. Ústava Slovenskej republiky

Zákony

- 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci,
- 453/2003 Z. z. o orgánoch štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti,
- 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení,
- 599/2003 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi,
- 601/2003 Z. z. o životnom minime,

Vyhlášky

- 246/2001 Z. z. na vykonanie niektorých ustanovení zákona o sociálnej pomoci,

C.) Právne predpisy týkajúce sa ochrany práv pacienta/klienta

Informovaný súhlas (poučenie) – v zmysle § 6 Zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti,... je ošetrojúci zdravotnícky pracovník povinný informovať o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia zdravotnej starostlivosti osobu, ktorej sa má zdravotná starostlivosť poskytnúť.

V prípadoch, keď sa jedná o maloleté dieťa je povinný informovať rodiča alebo zákonného zástupcu, v prípadoch osôb pozbavených spôsobilosti na právne úkony alebo s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony je to opatrovník, poručník. Každý, kto má právo na poučenie, má právo aj poučenie odmietnuť. O odmietnutí poučenia sa urobí písomný záznam.

Spôsob poučenia, obsah poučenia, odmietnutie poučenia, informovaný súhlas, odmietnutie informovaného súhlasu sú súčasťou zápisu do zdravotnej dokumentácie.

Konanie o poskytovaní sociálnej služby – v zmysle § 92 ods. 2 Zákona č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci, ak občan/klient/pacient vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

Súčinnosť a spolupráca zdravotníckych zariadení a zariadení sociálnych služieb – v zmysle § 106a Zákona č. 195/1998 Z.z. o sociálnej pomoci, zdravotnícke zariadenia sú povinné poskytnúť zdravotné výkony na účely sociálnych služieb za úhradu v prípadoch

- vyšetrenia zdravotného stavu občana/klienta v konaní o sociálnej službe

- vystavenie výpisu zo zdravotnej dokumentácie občana v konaní o sociálnej službe
- vystavenie lekárskeho nálezu, posudku, správy o priebehu a vývoji choroby a zdravotného postihnutia
- vystavenie návrhu na umiestnenie osoby v zariadení sociálnych služieb

Zdravotné výkony na účely sociálnej pomoci sa poskytujú na základe písomného vyžiadania príslušných orgánov, ktorí rozhodujú o poskytovaní sociálnej služby (štátny orgán, obec, samosprávny kraj).

V súčasnosti aplikácia tohto ustanovenia hlavne z hľadiska transparentnosti financovania zdravotných úkonov pre uvedený účel je neprehľadná resp. sa nesleduje. Aplikáčna prax je taká, že príslušné orgány rozhodujúce o poskytovaní sociálnych služieb k formulárom žiadostí o poskytnutie služby majú ako povinné prílohy tlačivá o zdravotnom stave, ktoré si zabezpečuje občan. Je potom na lekárovi, či uplatňuje vyberanie úhrad od občana, lebo v zmysle nariadenia vlády o výške úhrad poistenca za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti je určitá skupina občanov oslobodená od povinnosti platiť za tieto služby..

Ochrana osobných údajov

Zákon č. 428/2002 Z.z. z 3.7.2002 v znp o ochrane osobných údajov upravuje:

- Ochrana osobných údajov fyzických osôb pri ich spracúvaní
- Zásady spracúvania osobných údajov
- Ochrana práv dotknutých osôb
- Cezhraničný tok osobných údajov
- Registráciu a evidenciu informačných systémov

Zákon sa vzťahuje na orgány štátnej správy, orgány územnej samosprávy, iné orgány verejnej moci, ako aj na ostatné právnické a fyzické osoby, ktoré spracúvajú osobné údaje.

Zákon sa vzťahuje na osobné údaje systematicky spracúvané úplne alebo čiastočne automatizovanými prostriedkami spracúvania alebo inými ako automatizovanými prostriedkami spracúvania, ktoré sú súčasťou informačného systému alebo sú určené na spracúvanie v informačnom systéme.

Podľa § 4 tohto zákona spracúvaním osobných údajov je vykonávanie akýchkoľvek operácií s osobnými údajmi, napr. ich získavanie, zhromažďovanie, zaznamenávanie, usporadúvanie, prepracúvanie alebo zmena, vyhľadávanie, prehliadanie, preskupovanie, kombinovanie, premiestňovanie, využívanie, uchovávanie, likvidácia, ich prenos, poskytovanie, prístupňovanie alebo zverejňovanie.

Poskytovaním osobných údajov je odovzdávanie osobných údajov na spracúvanie inému prevádzkovateľovi alebo inému zástupcovi prevádzkovateľa alebo jeho sprostredkovateľovi.

Sprístupnením osobných údajov je oznámenie osobných údajov alebo umožnenie prístupu k nim inej právnickej osobe alebo fyzickej osobe s výnimkou dotknutej osoby alebo oprávnenej osoby, ktorá ich nebude spracúvať ako prevádzkovateľ, zástupca prevádzkovateľa alebo sprostredkovateľ.

Likvidáciou osobných údajov je zrušenie osobných údajov rozložením, vymazaním alebo fyzickým zničením hmotných nosičov tak, aby sa z nich osobné údaje nedali reprodukovať.

Blokovaním osobných údajov je uvedenie osobných údajov do takého stavu, v ktorom sú neprípustné a je zabránené akejkoľvek manipulácii s nimi

Informačným systémom je akýkoľvek usporiadaný súbor, sústava alebo databáza obsahujúca jeden alebo viac osobných údajov, ktoré sú systematicky spracúvané na potreby dosiahnutia účelu podľa osobitných kritérií a podmienok s použitím automatizovaných, čiastočne automatizovaných alebo iných ako automatizovaných prostriedkov spracúvania bez ohľadu na to, či ide o systém centralizovaný, decentralizovaný alebo distribuovaný na funkčnom alebo geografickom základe, napríklad kartotéka, zoznam, register, operát, záznam alebo sústava obsahujúca spisy, doklady, zmluvy, potvrdenia, posudky, hodnotenia, testy.

Účelom spracúvania osobných údajov je vopred jednoznačne vymedzený alebo ustanovený zámer spracúvania osobných údajov, ktorý sa viaže na určitú činnosť.

Súhlasom dotknutej osoby je akýkoľvek slobodne daný výslovný a zrozumiteľný prejav vôle, ktorým dotknutá osoba na základe poskytnutých informácií vedome vyjadruje súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov.

Auditom bezpečnosti informačného systému je nezávislé odborné posúdenie spoľahlivosti a celkovej bezpečnosti informačného systému z hľadiska zabezpečenia dôvernosti, integrity a dostupnosti spracúvaných osobných údajov.

V zmysle § 7 osobné údaje možno spracúvať len **so súhlasom dotknutej osoby**. Súhlas sa preukazuje zvukovým alebo zvukovo-obrazovým záznamom alebo čestným vyhlásením toho, kto poskytol osobné údaje do informačného systému, prípadne iným hodnoverným spôsobom.

Dôkaz o súhlase obsahuje údaj o tom,

- kto súhlas poskytol
- komu sa tento súhlas dáva
- na aký účel
- zoznam alebo rozsah osobných údajov
- dobu platnosti súhlasu a podmienky jeho odvolania

Súhlas daný v písomnej forme je bez vlastnoručného podpisu toho, kto súhlas dáva neplatný.

Spracúvané osobné údaje o dotknutej osobe možno z informačného systému poskytnúť, sprístupniť alebo zverejniť len vtedy, ak osobitný zákon ustanovuje účel sprístupňovania alebo zverejňovania, zoznam osobných údajov, ktoré možno poskytnúť, sprístupniť alebo aj zverejniť, ako aj tretie strany, ktorým sa osobné údaje poskytujú, prípadne okruh príjemcov, ktorým sa osobné údaje sprístupňujú.

Bez súhlasu uvedeného vyššie možno osobné údaje spracúvať len vtedy, ak spracúvanie osobných údajov je nevyhnutné na ochranu života, zdravia alebo majetku dotknutej osoby alebo inej fyzickej osoby, ktorá nemá spôsobilosť na právne úkony alebo je fyzicky nespôsobilá na vydanie súhlasu, a ak nemožno získať súhlas jej zákonného zástupcu.

Ak dotknutá osoba nemá spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu, súhlas vyžadovaný podľa zákona o ochrane osobných údajov môže poskytnúť zákonný zástupca.

Spracúvať osobné údaje, ktoré odhaľujú rasový alebo etnický pôvod, politické názory, náboženskú vieru alebo svetonázor, členstvo v politických stranách alebo politických hnutiach, členstvo v odborových organizáciách a údaje týkajúce sa zdravia alebo pohlavného života sa zakazuje.

Spracúvanie osobných údajov o psychickej identite fyzickej osoby alebo o jej psychickej pracovnej spôsobilosti môže vykonávať len psychológ alebo ten, komu to umožňuje osobitný zákon.

Zákaz spracúvania osobných údajov uvedený v predchádzajúcich dvoch odstavcoch neplatí, ak dotknutá osoba dala písomný súhlas na ich spracúvanie alebo ak,

- spracúvanie vyžaduje osobitný zákon, ktorý ustanovuje zoznam osobných údajov, účel ich spracúvania a okruh dotknutých osôb, spracúvané osobné údaje o dotknutej osobe možno z informačného systému poskytnúť, sprístupniť alebo zverejniť len vtedy, ak osobitný zákon ustanovuje účel poskytovania, sprístupňovania alebo zverejňovania, zoznam osobných údajov, ktoré možno poskytnúť, sprístupniť alebo zverejniť
- spracúvanie je nevyhnutné na ochranu životne dôležitých záujmov dotknutej osoby alebo inej fyzickej osoby, ktorá nemá spôsobilosť na právne úkony alebo je fyzicky nespôsobilá na vydanie písomného súhlasu, a ak nemožno získať písomný súhlas jej zákonného zástupcu
- **ide o spracúvanie na účely poskytovania zdravotnej starostlivosti a na účely vykonávania verejného zdravotného poistenia**, ak tieto údaje spracúva poskytovateľ zdravotnej starostlivosti, zdravotná poisťovňa alebo úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou
- ide o spracúvanie údajov v sociálnom poistení, v sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov, **na účely poskytovania sociálnej pomoci** alebo pomoci v hmotnej núdzi

V zmysle § 15 za bezpečnosť osobných údajov zodpovedá prevádzkovateľ a sprostredkovateľ tým, že ich chráni pred náhodným, ako aj nezákonným poškodením a zničením, náhodnou stratou, zmenou, nedovoleným prístupom a sprístupnením, ako aj pred akýmkoľvek neprípustnými formami spracúvania. Na tento účel prijme primerané technické, organizačné a personálne opatrenia zodpovedajúce spôsobu spracúvania, pričom berie do úvahy

- použiteľné technické prostriedky
- rozsah možných rizík, ktoré sú spôsobilé narušiť bezpečnosť alebo funkčnosť informačného systému
- dôvernosť a dôležitosť spracúvaných osobných údajov

Vyššie uvedené opatrenia prijme prevádzkovateľ **vo forme bezpečnostného projektu informačného** systému a zabezpečí jeho vypracovanie, ak sú v informačnom systéme spracúvané osobitné kategórie osobných údajov (napr. údaje týkajúce sa zdravia) , v tomto prípade prevádzkovateľ a sprostredkovateľ zdokumentuje prijaté technické, organizačné a personálne opatrenia v rozsahu, ktorý ustanovuje zákon.

Prevádzkovateľ a sprostredkovateľ sú povinní zachovávať mlčanlivosť o osobných údajoch, ktoré spracúvajú. Povinnosť mlčanlivosti trvá aj po ukončení spracovania.

Oprávnená osoba je povinná zachovávať mlčanlivosť o osobných údajoch, s ktorými príde do styku, tie nesmie využiť ani pre osobnú potrebu a bez súhlasu prevádzkovateľa ich nesmie zverejniť a nikomu poskytnúť ani sprístupniť.

Za výkon dozoru nad ochranou osobných údajov spracúvaných v informačnom systéme zodpovedá prevádzkovateľ.

D.) Právne predpisy týkajúce informačných systémov

- Zákon NR SR č. 261/1995 Z.z. o štátnom informačnom systéme
- Vyhláška ŠÚ SR č. 283/1996 Z.z., ktorou sa ustanovujú náležitosti projektu časti štátneho informačného systému a postup pri jeho vypracovaní a schvaľovaní
- Zákon NR SR č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe k informáciám
- Zákon NR SR č. 540/2001 Z.z. o štátnej štatistike
- Zákon NR SR č. 215/2002 Z.z. o elektronickom podpise
- Zákon NR SR č. 610/2003 Z.z. o elektronických komunikáciách
- Zákon NR SR č. 618/2003 Z.z. o autorskom práve a právach súvisiacich s autorským právom
- Výnos ŠÚ SR č. 372/1998-830 z 13.10.1998, ktorým sa vyhlasujú štandardy pre štátny informačný systém
- OECD Smernice pre zabezpečenie informačných systémov a sietí

11. Návrhy do výstupov vyplývajúce zo spracovania analytickej časti

V oblasti informatizácie

Pri realizácii informatizácie mimomonocničnej starostlivosti je potrebné brať do úvahy určité organizačné špecifiká, ktoré vyplývajú z inštitucionálneho začlenenia subjektov participujúcich na MNS – HC pod rôzne rezorty (MZ SR, MPSVaR SR, MV SR , a.s. a pod.). Je potrebné mať na zreteli, že niektoré inštitúcie budujú svoje informačné systémy podľa platných štandardov vo svojom sektore a vo vlastnej réžii.

Je potrebný nadrezortný prístup pri riešení prierezových otázok informatizácie mimonemocničnej starostlivosti.

V záujme dosiahnutia vyššej integrácie existujúcich alebo aj pripravovaných informačných systémov v zdravotníckych a sociálnych službách bude potrebné :

- zjednocovať údajovú základňu na základe zavedenia registra klientov (spracovať návrh registra, technické zabezpečenie vedenia registra a spôsob odovzdávania potrebných údajov medzi jednotlivými aktérmi v mimonemocničnej starostlivosti, ako aj možnosti prepojenia na iné registre (napr. zdravotné poisťovne, ÚPSVaR, evidencia obyvateľstva a pod.)
- analyzovať potrebu úprav existujúcich a vývoj nových informačných systémov s dôrazom na efektívnosť vynakladania finančných prostriedkov
- realizovať prípravu všetkých systémov na možnosť pracovať s elektronickými formulármi žiadostí, potvrdení, výkazov

Pre naplnenie cieľov projektu ICT podporovaná MNS bude potrebné :

- Vybaviť vysokorychlostný prístup na internet pre všetky subjekty podieľajúce sa na mimonemocničnej starostlivosti
- Dosiahnuť základnú certifikáciu počítačových znalostí u odborných zamestnancov
- Vytvoriť predpoklady pre spoľahlivé a bezpečné prepojenie rezortných inštitúcií s inými inštitúciami kooperujúcimi v systéme mimonemocničnej starostlivosti
- Vypracovať stratégiu informačnej bezpečnosti s ohľadom na ochranu osobných údajov o klientovi, s ohľadom na bezpečnosť systému vo vzťahu k oprávnenosti prístupu k určitým informáciám na rôznych úrovniach
- Dosiahnutie prepojitelnosti základných informačných systémov v rámci mimonemocničnej starostlivosti dostatočne efektívnym, spoľahlivým a bezpečným spôsobom a zabezpečiť plne elektronické výmeny informácií a dokumentov v rámci subjektov zabezpečujúcich mimonemocničnú starostlivosť
- Vytvorenie komplexného manažérskeho informačného servisu pre poskytovateľov služieb mimonemocničnej starostlivosti aj pre užívateľov (občana)
- Zabezpečenie dostupnosti kvalitných a aktuálnych informácií potrebných „pre rozhodovanie a riadenie mimonemocničnej starostlivosti na všetkých úrovniach,, (napr. aktuálne informácie o zdravotnom stave klienta – prístup posudkového lekára ÚPSVaR , ktorý vydáva posudok o miere funkčnej poruchy v zmysle zákona o sociálnej pomoci k EHR, prístup k údajom o aktuálnom zdravotnom stave v EHR orgánu, ktorý rozhoduje o oprávnenosti na poskytovanie sociálnej služby - zodpovedný sociálny pracovník obce).
- Spracovať smernicu pre elektronickú výmenu informácií a údajov medzi útvarmi a inštitúciami
- Vytvoriť podmienky, aby občan vybavil svoje požiadavky ohľadom poskytovania mimonemocničnej starostlivosti prostredníctvom internetu
- Eliminovať na najnižšiu možnú mieru povinnosť občana predkladať dokumenty v písomnej forme, pokiaľ si ich môžu jednotlivé inštitúcie poskytovať medzi sebou v elektronickej podobe

V oblasti legislatívy

Dlhodobá starostlivosť, ktorá sa zabezpečuje prostredníctvom služieb mimonemocničnej starostlivosti je dopĺňujúcou súčasťou zdravotnej starostlivosti u klientov všetkých vekových kategórií s chronickými ochoreniami, s ťažkým zdravotným postihnutím a u oslabených starších ľudí s chronickými ochoreniami vyššieho veku. V súčasnom systéme je dlhodobá starostlivosť rozdelená medzi systém zdravotnej starostlivosti a sociálnej pomoci. Z uvedeného plynie neprehľadnosť, nízka kvalita a účinnosť súčasnej organizácie poskytovania a financovania dlhodobej zdravotnej a sociálnej starostlivosti osobám s dlhodobými funkčnými poruchami.

Na základe úlohy č. B.1 uznesenia vlády SR č. 161 z 25.2.2004 k návrhu Koncepcie sociálnej a dlhodobej starostlivosti bol spracovaný legislatívny zámer **zákona o dlhodobej starostlivosti**. Na základe uvedeného zámeru sa má vytvoriť nový legislatívny, organizačný a finančný systém služieb, ktorý bude integrovať zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Gestorom zákona o dlhodobej starostlivosti je MZ SR.

Rezort MPSVaR paralelne s pripravovaným zákonom o dlhodobej starostlivosti pripravuje samostatný **zákon o sociálnych službách**, kde sa zvyrazňuje zodpovednosť obce v starostlivosti o starých občanov.

Vzhľadom na to, že pripravované dva zákony môžu ovplyvniť organizačné vzťahy a väzby v systéme mimonemocničnej starostlivosti je potrebné „sledovať ich vývoj“ (paragrafové znenie zákonov bolo pripravené minulou vládou) a tiež „premietnúť“, do nich požiadavky súvisiace so zabezpečovaním integrovanej starostlivosti prostredníctvom ICT.

Návrh údajov, ktoré by mala obsahovať karta klienta v mimonemocničnej starostlivosti

Uvádzané údaje sú všeobecné (orientačné), pri podrobnom spracúvaní projektu je potrebné zohľadňovať charakter služby, či je terénna- ambulatná alebo ústavná, či sa jedná o nástup do zariadenia, prekladanie do iného zariadenia a pod.

Identifikačné údaje : priezvisko, meno, dátum narodenia, rodné číslo, zdravotná poisťovňa

Rodinný stav : slobodný (á), vydatá, ženatý, ovdovelý (á), rozvedený (á), druh, družka, iné

Údaje o pobyte: (adresa) – trvalý pobyt, prechodný pobyt, obvyklý pobyt, (korešpondenčná adresa)

Údaje o blízkych osobách: meno, vzťah, adresa, telefón, priorita vzťahu, kompetencie blízkych osôb

Prostredie, z ktorého klient prichádza : domácnosť (byt, rodinný dom), domov dôchodcov, domov sociálnych služieb, zariadenie chráneného bývania, zariadenia opatrovateľskej služby, liečebňa a pod.

Typ služby, ktorý sa mu v systéme MNS poskytuje (poskytoval) v časovej následnosti

Subjekt financujúci službu: zdravotná poisťovňa, samosprávny kraj, obec, občan

Údaje o zdravotnom stave : hlavná diagnóza, vedľajšia, navrhovaný terapeutický postup

Ošetrovateľská anamnéza (pri prijímaní)

Prijatie :

1.x alebo opakované prijatie, či pozná dôvod prijatia áno/nie, či rodina je informovaná áno/nie, posledný pobyt v nemocnici (kde a kedy), súhlas k podávaniu informácií – komu.

Stav prijatia:

Pohyblivosť : chodiaci, s pomocou, ležiaci, barle, protéza, obrna, ochrnutie

Komunikácia: bez obmedzenia, rozrušený, zmätený, apatický, bezvedomie

Výživa : pomoc potrebuje pri jedle, pri pití, nepotrebuje, diétne obmedzenia / č. diety,

Žilný výstup : periférny, centrálny - áno/nie sonda: výživná, drenážna - áno/nie

Vylučovanie: stolica pravidelná (ako často), nepravidlená, stomie, potrebuje pomoc pri ošetrovaní áno/nie, inkontinencia stolice/moču, močový katéter

Hygiena : sebestačný áno/nie, pomoc mimo lôžka áno/nie, pomoc na lôžku áno/nie, zubná protéza – horná/dolná/nemá, dekubity áno/nie – lokalizácia, stav kože a slizníc

Operačná rana : áno/nie, drény, prevazy,

Spánok : narušený áno/ nie, užíva lieky na spanie – aké

Psychický stav : kludný áno/nie, spolupracuje áno/nie, agresívny áno/nie

Zmyslové vnímanie : zrak, sluch, vada reči, užívanie pomôcok – okuliare áno/nie, kontaktné šošovky áno/nie, sluchový aparát áno/nie

Sociálne podmienky : býva sám áno/nie
Podaná žiadosť do zariadenia MNS : áno/nie – do akého
Zvláštne upozornenie na :

Podpis pacienta: meno (podpis), dátum

Anamnézu odobrala: meno (podpis), dátum

Pacient bola oboznámený so svojimi právami a so spracovaním osobných údajov (poučenie)

12. Záver

Kľúčovým aspektom pri spracúvaní projektu „**ICT podporovaná MNS**“ bude zabezpečenie bezpečnosti systému, kde bude dôležité zohľadniť nasledovné skutočnosti:

- informácie nemôžu byť prístupné neautorizovaným osobám
- klásť dôraz na bezúhonnosť užívateľov systému – prevencia pred zneužitím
- je potrebná identifikácia užívateľov
- právne predpisy na reguláciu registrov
- personálne informácie
- práva a povinnosti pacientov/klientov a zamestnancov

Skutočnosti, ktoré podporujú resp. vyznievajú v prospech projektu „ ICT podporovaná MNS“ sú :

- narastajúci počet starších ľudí (starnutie populácie)
- vzrastajúca „gramotnosť“ – zrelosť k využívaniu ICT
- požiadavky na individualizáciu starostlivosti
- požiadavky na viac informácií a účasti občana/pacienta/klienta v systéme starostlivosti
- narastajúce požiadavky na integritu (celistvosť) systému
- požiadavky na prístup k dokumentácii a hodnoteniu
- požiadavky na komplexnosť služieb
- dôraz kladený na starostlivosť v domácom prirodzenom prostredí klienta (tak dlho, ako sa to dá)
- zefektívnenie poskytovaných zdravotníckych služieb pre poskytovateľov i užívateľov
- zvýšenie dostupnosti, komfortu a flexibilitnosti poskytovaných služieb pre užívateľov služieb

Skutočnosti, ktoré vyznievajú v neprospech projektu „ ICT podporovaná MNS“

- nedostatočná úprava zákonov a regulácií
- nedostatok aktérov pre managment zmeny
- absencia koordinácie
- neregistrované organizácie
- chýbajúce štandardy
- chýbajúce vzdelávanie a zručnosti

Ako bolo už vyššie uvedené zavedením ICT do MNS sa zvýši kvalita poskytovaných služieb v mimonemocničnej starostlivosti, kvalita života klientov/pacientov/občanov prestárlych a odkázaných na tieto služby a v neposlednej rade to má aj ekonomický prínos.

Ak budeme vychádzať z predpokladu, že 10% hospitalizácií je zbytočných, to znamená, že zavedením ICT sa znížia hospitalizácie o 10%, tak potom možno konštatovať, že:

- Pri liečebniach pre dlhodobo chorých, kde je cca 5000 hospitalizácií ročne zníženie o 10% za predpokladu nákladov 500,- Sk/lôžko/deň predstavuje za predpokladu 100% vyťažiteľnosti lôžka v nemocniciach úsporu 90 mil. Sk/ročne.
- Pri psychiatrických liečebniach, kde je cca 4000 hospitalizácií ročne zníženia o 10% za predpokladu nákladov 500,- Sk/lôžko/deň predstavuje za predpokladu 100% vyťažiteľnosti lôžka v nemocniciach úsporu 72 mil. Sk/ročne.
- Pri nemocniciach (zahrňujúcich oddelenia vnútorné lekárstvo, geriatria, psychiatria, neurológia, neurochirurgia, kardiochirurgia, kardiológia), kde je cca 270000 hospitalizácií ročne, zníženie o 5% za predpokladu nákladov 900,- Sk/lôžko/deň predstavuje za predpokladanej 75% vyťažiteľnosti lôžka v nemocniciach úsporu 3,326 mld. Sk/ročne.

Možno teda konštatovať, že za predpokladu, že zavedením ICT do mimonemocničnej starostlivosti sa individualizuje starostlivosť, bude adresnejšia a za predpokladu zníženia hospitalizácií o 5% bude predstavovať **ekonomický prínos vo výške cca 3,488 mld. Sk/ročne**. (neuvažuje sa pri tomto vyčíslení so zriaďovacími resp. nákladmi na zavedenie IS – tie sú predmetom ďalšej časti štúdie, ktorá rieši časť informatizácie po stránke technologickej).