



Dlhodobá starostlivosť

Rezortná pasca v starostlivosti

Proces starnutia populácie prebieha nerovnomerne na celom svete, najviac sa však týka industrializovaných krajín. Je výsledkom dvoch dlhodobých trendov, ktorými sú predlžovanie ľudského života a znižovanie počtu detí. Sociológovia nazývajú tento jav „šedivenie populácie“. Prudký nárast počtu starých a starších ľudí predstavuje novú historickú skúsenosť, na ktorú musí spoločnosť reagovať.

V dôsledku procesu starnutia obyvateľstva, zvyšovania počtu civilizačných chorôb a psychiatrických ochorení (schizofrénia, kombinácia rôznych zdravotných postihnutí, atď.), ale aj s meniacou sa štruktúrou rodiny sa znižuje podiel rodiny na neformálnom opatrowaní svojich rodinných príslušníkov, narastá potreba zmeny politiky v oblasti sociálnych služieb, najmä dlhodobej starostlivosti. Čoraz viac je uprednostňovaná starostlivosť o seniorov v domácom prostredí pred ich umiestňovaním v zariadeniach. Pribúdajú požiadavky na skvalitňovanie sociálnych služieb, zvyšuje sa aj záujem o nedostatkové sociálne služby, hlavne terénne a ambulantné služby.

Čo je dlhodobá starostlivosť

Dlhodobá starostlivosť integruje v sebe poskytovanie zdravotných, sociálnych a osobných služieb klientom s chronickými telesnými alebo duševnými poruchami. Môže byť poskytovaná v prirodzenom prostredí klienta, teda doma, alebo v inštitucionálnom prostredí. **Dlhodobá starostlivosť by mala byť koncipovaná tak, aby odpovedala na súčasný dopyt po starostlivosti, a zároveň má prispievať k integrácii najzraniteľnejších skupín. Je určená osobám, ktoré sú dlhodobo závislé od pomoci pri základných činnostiach každodenného života.** Táto starostlivosť sa poskytuje ako komplexná lekárska, ošetrovateľská a sociálna starostlivosť na dlhšiu dobu alebo ako trvalá starostlivosť.

Potreba legislatívnej zmeny na Slovensku

Napriek tomu, že ministerstvo zdravotníctva minulý rok avizovalo prípravu návrhu zákona o dlhodobej starostlivosti, do dnešného dňa nebol zákon predložený, a podľa posledných informácií ani v najbližšom období nebude. Klienti, resp. pacienti naďalej zostávajú v tzv. rezortnej pasci. Každý systém – zdravotný a sociálny – má svoju vlastnú legislatívu a táto fragmentácia má za následok, že nie je jasné, kedy je občan ako pacient odberateľom zdravotníckej starostlivosti a kedy je klientom a užívateľom sociálne služby. V rámci

tohto tzv. sektorového prístupu je zdravotnícka starostlivosť poskytovaná pacientom buď doma, kde ju zabezpečujú ADOS (agentúry domácej opatrovateľskej starostlivosti) alebo inštitucionálne. Pacienti sú umiestnení priamo v nemocniciach na oddeleniach geriatricke, v liečebniach pre dlhodobo chorých, paliatívnych oddeleniach a pod. Ak ide o poskytovanie sociálnej pomoci, tak v tomto prípade je klient odberateľom sociálnych služieb a to buď ambulantných, teda doma (príkladom je opatrovateľská služba) alebo terénnych a v krajnom prípade aj inštitucionálnych, kedy je klient umiestnený do zariadenia pre seniorov. Druhou možnosťou je poskytovanie peňažných príspevkov, napr. príspevku za opatrovanie.

Nový zákon by mal sprehľadniť túto situáciu a pomôcť tak odberateľom dlhodobej starostlivosti, ich rodinným príslušníkom a v neposlednom rade aj profesionálom tieto systémy zjednotiť, sprehľadniť a zabezpečiť kontinuitu služieb. Zákon by mal jasne definovať kompetencie jednotlivých ministerstiev, financovanie starostlivosti a zjednotiť pojmológiu.

V reálnom živote situácia vyzerá tak, že vzhľadom na nedostupnosť služieb a dlhé čakacie doby sa z rodinných príslušníkov stávajú neformálni opatrovatelia. Nie vždy je to však možné. Niekedy sa rodinní príslušníci nemôžu starať a niekedy žije občan odkázaný na starostlivosť a pomoc sám, lebo nemá nikoho.

Rovnako je situácia alarmujúca napr. pri prepúšťaní pacienta zo zdravotníckeho zariadenia do domácej dlhodobej starostlivosti. Situáciu sťažuje aj fakt, že zdravotnícke zariadenia väčšinou nemajú vlastných sociálnych pracovníkov, ktorí by zabezpečili kontinuitu zdravotnej a sociálnej starostlivosti. Ak ich aj majú, sociálni pracovníci narážajú na spomenuté problémy nedostatku služieb a dlhé čakacie doby. V súčasnosti je plánovanie prepúšťania pacientov jednou z kľúčových úloh sociálneho pracovníka v nemocnici. S demografickým vývojom má a bude mať táto úloha vzostupný charakter najmä v oblasti služieb poskytovaných starším občanom. Druhým dôležitým faktorom je, že sociálny pracovník v nemocnici zohráva významnú úlohu v mapovaní a uspokojovaní potrieb pacientov už počas hospitalizácie a rovnako aj po prepustení z nemocnice. Práve sociálny pracovník v nemocnici je často hlavným aktérom následnej a dlhodobej starostlivosti. Vychádzajúc z týchto faktov je nevyhnutné podporovať miesto a úlohu sociálnych pracovníkov v nemocniciach ako členov multidisciplinárnych tímov.

Doc. PhDr. Miriam SLANÁ, PhD.
Katedra sociálnej práce Fakulty zdravotníctva
a sociálnej práce Trnavskej univerzity

System kontroly v zariadeniach sociálnych služieb so zameraním na seniorov

Verejná ochrankyňa práv si ako jednu z priorit pre roky 2017 a 2018 stanovila prieskum úrovne kontroly dodržiavania základných práv a slobôd v zariadeniach, kde sa dlhodobo nachádzajú osoby s obmedzenou osobnou slobodou, so zameraním na seniorov. Išlo špecificky o tri typy zariadení sociálnych služieb: zariadenia pre seniorov, špecializované zariadenia a domovy sociálnych služieb (a prípadne ich kombinácie).

K 31. decembru 2016 v zariadeniach sociálnych služieb boli poskytované služby 54 848 prijímateľom, čo predstavuje 1,01 % z celkového počtu obyvateľov Slovenska. Sociálne služby, ktoré majú charakter dlhodobej starostlivosti, boli poskytované 45 037 prijímateľom v 1 131 zariadeniach. Medziročný nárast počtu prijímateľov sociálnych služieb dosahuje až 9 % ročne, počet zariadení poskytujúcich túto starostlivosť stúpa o 4 % a vzhľadom na demografický vývoj sa dá očakávať, že sa tieto počty budú priebežne zvyšovať.

Príbeh ako z Hlavy 22

Podľa údajov polície z leta 2018 v súkromnom zariadení Dom seniorov Iris v centre Bratislavy dve osoby bez odbornej spôsobilosti (vyučení kuchár a ošetrovatelka) a bez predpisu podávali klientom rôzne lieky a liečivá, a to aj injekčne, takže mohlo dôjsť k predávkovaniu, poddávkovaniu, prípadne aj k smrti. Podľa MČ Bratislava – Staré mesto bol za kontrolu tohto zariadenia zodpovedný Bratislavský samosprávny kraj, keďže prevádzku povolil. Ten však tvrdil, že je len registrátorom a právo na kontrolu má iba poskytovateľ dotácie, v tomto prípade ministerstvo. Ministerstvo zase uviedlo, že kontrola sociálnych služieb je už vyše pätnásť rokov v kompetencii samospráv.

Ešte predtým, na jar roku 2018, bolo ministerstvo v Dome seniorov Iris na finančnej kontrole a zistilo porušenie finančnej disciplíny. Tiež ale postúpilo Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou podanie poukazujúce na praktiky pri podávaní liekov a injekcií. Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS) po zákroku polície v lete 2018 uviedol, že v súvislosti s týmto zariadením evidoval celkovo tri podania – jedno od ministerstva, druhé od Národného inšpektorátu práce a tretie bolo anonymné. Keďže podania obsahovali iba všeobecné informácie (bez mien klientov a dohliadaného obdobia), ÚDZS vyzval podávateľov na ich doplnenie. Tí ho však ďalej nekontaktovali a ÚDZS tam preto na kontrolu nešiel. ÚDZS tvrdil, že jeho úlohou je vyhodnotiť, či je zdravotná starostlivosť zo strany lekárov poskytovaná správne, pričom dané osoby lekári neboli. Zhrnuté a podčiarknuté, ani jeden zo štyroch úradov (mestská časť, VÚC, ministerstvo, ÚDZS) sa necítil byť za kontrolu zariadenia, a ani za vzniknutú situáciu zodpovedný.

Prieskum systému kontroly a jeho kvality

Uvedený príbeh nielenže nevyvoláva dôveru v kontrolný systém ako taký, ale zároveň otvára otázku, koľko podobných prevádzok na Slovensku funguje bez povšimnutia. Cieľom prieskumu úrovne kontroly zo strany verejnej ochrankyne práv bolo teda zmapovať činnosť orgánov vykonávajúcich kontroly v zariadeniach sociálnych služieb, zhodnotiť úroveň a funkčnosť kontrolného mechanizmu a identifikovať jeho silné a slabé stránky. Na to nadviazala aj kontrola zo strany verejnej ochrankyne práv vo vybraných zariadeniach. Ombudsmanka sa rozhodla preskúmať, akým spôsobom a do akej miery v praxi funguje systém kontroly, aké časté sú kontroly, ako prebieha ich plánovanie, na čo sa zameriavajú, aké metódy sa používajú, aké sú výstupy a zistenia za uplynulé roky, ako sú uplatňované sankcie, aké je personálne zabezpečenie kontrol a do akej miery spolu orgány kontroly komunikujú a spolupracujú.

Zvolenou metódou výskumu bol on-line dotazníkový prieskum. V rámci prieskumu boli oslovení všetci hlavní aktéri podieľajúci sa na kontrolách v zariadeniach sociálnych služieb. Dáta sa zbierali od decembra 2017 do júna 2018, pričom všetky položené otázky sa týkali obdobia medzi rokmi 2015 až 2017. Výsledky sa vzťahujú len ku kontrolám vo vyššie uvedených typoch zariadení.

Orgány kontroly zariadení sociálnych služieb

Na zariadenia sociálnych služieb by v prvom rade mali dohliadať vyššie územné celky (VÚC), Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR (ministerstvo) a obce. Špecifické aspekty by mal ďalej kontrolovať Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ÚDZS), regionálne úrady verejného zdravotníctva (RÚVZ) a okresné a krajské riaditeľstvá Hasičského a záchranného zboru (HaZZ). Orgány kontroly sú rôznorodé čo do typu a hierarchie, kontrolné kompetencie nie sú vždy jasne rozdelené a čiastočne sa prekrývajú (najmä medzi obcami, VÚC a ministerstvom). Zákonná úprava je v tomto prípade pomerne roztrieštená, miestami vágna (napr. pri vymedzovaní predmetu kontroly) a často sa mení.

Samostatnou kapitolou je hodnotenie podmienok kvality poskytovanej sociálnej služby. Tieto podmienky sú popísané v prílohe zákona o sociálnych službách a poskytovatelia sociálnych služieb sú povinní ich plniť, no neustálym predĺžovaním platnosti prechodného ustanovenia sa od roku 2012 priebežne odkladá doba, kedy ich má ministerstvo reálne začať hodnotiť.

„Je potrebné nielen zvýšiť počet kontrol, ale aj zrealizovať zmenu v ich zameraní. Štát nemá kontrolovať iba administratívne podklady, musí sa zaujímať aj o reálne podmienky, v akých seniori žijú. Len vtedy sa dôsledne môže postarať o ich dôstojný život.“

Mária PATAKYOVÁ
verejná ochrankyňa práv

HLAVNÉ ZISTENIA VÝSKUMU

Kontrola sociálnych služieb (obce, VÚC a ministerstvo)

Rozdelenie kontrolných kompetencií je nejasné, a to aj samotným kontrolujúcim orgánom. Obce, VÚC a ministerstvo sa líšia vo svojom výklade toho, ktoré zariadenia sociálnych služieb majú obce a VÚC kontrolovať. V praxi môžu tieto nejasnosti a nezhody viesť k tomu, že zariadenia určitých typov sú dlhodobo nekontrolované. Systém kontroly v zariadeniach sociálnych služieb celkovo trpí personálnou poddimenzovanosťou a z nej vyplývajúcou nízkou frekvenciou kontrol, a to na všetkých troch úrovniach (obce, VÚC aj ministerstvo).

Predstava ministerstva, že zariadenia sociálnych služieb majú kontrolovať prioritne ich zriaďovatelia, je minimálne na úrovni obcí ťažko realizovateľná. V mnohých prípadoch ide o malé obce, ktorým pre výkon kontroly chýbajú personálne, finančné i odborné kapacity.

Kontrola zo strany obcí

Takmer polovica obcí nevykonala v sledovanom období v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré zriaďujú, žiadnu kontrolu.

Až štvrtina obcí nemala v sledovanom období pre účely kontroly

úrovne poskytovania sociálnych služieb k dispozícii ani jedného zamestnanca.

Obce majú často veľmi rozdielnu predstavu o tom, čo vlastne majú kontrolovať, a líšia sa aj v používaných metódach. Zhodli najmä na tom, že kontrolovali úhrady za poskytovanie sociálnej služby (to ale nevytvorí úroveň poskytovania tejto služby). Len menej než polovica obcí využívala ako štandardnú súčasť kontroly aj osobnú prítomnosť pri poskytovaní sociálnej služby, pričom je otáznou, či sa bez tejto dôležitej súčasti dalo vôbec hovoriť o kontrole úrovne poskytovania sociálnych služieb.

Časť obcí si vôbec nebola vedomá svojej povinnosti kontrolovať úroveň poskytovania sociálnych služieb a domnievala sa, že táto kompetencia náleží len VÚC.

Kontrola zo strany VÚC

Jednotlivé VÚC sa výrazne líšia v miere svojej kontrolnej aktivity, ale zhodujú sa na personálnej poddimenzovanosti.

Každý VÚC vykonal v sledovaných typoch zariadení priemere 11 kontrol ročne; sú medzi nimi veľké regionálne rozdiely; priemerný počet kontrol variuje od 2 do 19 za rok.

Pri súčasnej frekvencii kontrol by VÚC potrebovali zhruba 8 rokov, aby aspoň raz skontrolovali všetky typy zariadení sociálnych služieb sledovaných podľa tohto prieskumu.

V jednom kraji sa nachádza v priemere 162 zariadení sociálnych služieb (všetkých typov), no na ich kontrolu sú vyčlenené v priemere len 4 zamestnanci (po prepočte na plné úväzky), ktorí popri tom navyše plnia aj iné úlohy.

Až 6 z 8 VÚC nezverejňuje výsledky kontrol, pretože ich považuje za internú vec.

Dodržiavanie ľudských práv a slobôd pri poskytovaní sociálnych služieb ohrozujú podľa VÚC podobné problémy. Ide najmä o ľudský faktor, fyzickú vyčerpanosť a vyhovenie pracovníkov v sociálnych službách a ich administratívne preťaženie na úkor konkrétnych činností s klientmi. K tomu sa pridáva aj nedostatočná znalosť právnej úpravy a nedostatočné vzdelávanie v danej oblasti. Nedostatočné personálne a materiálne zabezpečenie ohrozuje zachovávanie dôstojnosti, súkromia a intimity prijímateľov sociálnych služieb.

Kontrola zo strany ministerstva

Ministerstvo vykonal v zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach a domovoch sociálnych služieb v priemere 8 dohľadov ročne.

Pri tejto frekvencii kontrol by ministerstvo potrebovalo zhruba 94 rokov, aby skontrolovalo všetky sledované zariadenia sociálnych služieb.

Na výkon dohľadu nad všetkými pobytovými, ambulatnými aj terénnymi sociálnymi službami na Slovensku ministerstvo v sledovanom období vyčlenilo len 5 zamestnancov.

Výsledky zistení ministerstvo zverejňuje v rámci poskytnutia informácií podľa zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám.

Rozdielne kvantitatívne výsledky kontrolnej činnosti

Významne odlišná miera zistených porušení zákona v rámci kontrolnej činnosti obcí, VÚC a ministerstva naznačuje odlišný prístup či nároky týchto troch skupín aktérov. **Zatiaľ čo obce zistili porušenie zákona v menej než 1 % kontrol, v prípade VÚC to bola až tretina kontrol a v prípade ministerstva dokonca dve tretiny.**

Ako hlavný problém v oblasti kvality a úrovne poskytovania sociálnych služieb vidia obce, VÚC aj ministerstvo príliš nízke mzdy zamestnancov v zariadeniach sociálnych služieb. Podľa štatistik predstavoval v roku 2017 priemerný plat opatrovateliek v zariadeniach sociálnych služieb 670 eur (pre porovnanie, ide o 85 % priemerného platu opatrovateliek v susednom Česku), priemerná mzda zamestnancov vykonávajúcich sociálnu prácu v zariadeniach sociálnych služieb dosahovala 784 eur (73 % v porovnaní s Českom).

Kontrola v ďalších špecifických oblastiach (RÚVZ, HaZZ a ÚDZS) RÚVZ aj okresné a krajské riaditeľstvá HaZZ sú vo svojej kontrolnej činnosti veľmi aktívne, pravdepodobne aj vďaka svojej regionálnej štruktúre. Zhodne upozorňujú, že realizácia nimi uložených opatrení na odstránenie zistených nedostatkov často naráža na nedostatok financií zo strany zriaďovateľov zariadení.

Najčastejšie zistenými problémami **zo strany RÚVZ** boli najmä stavebno-technické nedostatky vyplývajúce zo zlého stavu budov, chýbajúce priestory, porušenie zásad správnej praxe pri výrobe pokrmov a nápojov a nevhodná manipulácia s potravinami.

Predovšetkým **kontrolné zistenia HaZZ** sú mimoriadne závažné (uzamknuté únikové východy, nefunkčné hasiace zariadenia, nevyhovujúce budovy a ich nedostatočné vybavenie, umiestňovanie imobilných klientov na vyššie poschodia bez evakuačného výťahu, nedostatok personálu v noci a cez víkendy, ktorý by bol schopný vykonať evakuáciu) a naznačujú, že prípadný požiar by mal v mnohých zariadeniach sociálnych služieb pravdepodobne fatálne následky.

ÚDZS vykonáva v zariadeniach sociálnych služieb len minimum kontrol. V rokoch 2015 – 2017 išlo v priemere len o 2 kontroly ročne. Zároveň v rámci výkonu dohľadu ÚDZS vychádza výlučne zo zdravotnej dokumentácie, ktorá je často nepresná, prípadne aj úplne absentujúca. V takom prípade je kontrola neúspešná.

ÚDZS podľa vlastného vyjadrenia vykonáva dohľad nad poskytovaním ošetrovateľskej starostlivosti len na podnet. To je ale v prípade týchto zariadení mimoriadne nevhodné, keďže ich klienti majú často výrazne horšie možnosti podávať podnety (a nie všetci majú rodinných príslušníkov, ktorí by sa o ich situáciu aktívne zaujímali).

Pri súčasnej frekvencii výkonu dohľadov by ÚDZS potreboval 378 rokov, aby aspoň raz skontroloval všetky zariadenia sociálnych služieb sledovaných troch typov.

VOBYBRANÉ ODPORÚČANIA VEREJNEJ OCHRANKYNE PRÁV

Vykonávať aj vopred neohlásené kontroly a kontroly aj v nočných hodinách, keďže aj počas týchto hodín prebieha poskytovanie sociálnej služby.

Rozhovory so zamestnancami a klientmi viesť bez prítomnosti ďalších osôb (najmä vedúcich zamestnancov, resp. v prípade klientov bez prítomnosti akýchkoľvek ďalších osôb), aby mohli situáciu popisovať bez obavy z možných následných nepríjemností.

Zverejňovať anonymizované, resp. zjednodušené protokoly z kontrol.

Organizovať pravidelné stretnutia s VÚC a obcami podieľajúcimi sa na kontrolách s cieľom využívať dobrú prax v oblasti výkonu kontrol.

V prípade menších obcí zabezpečiť výkon kontroly externými kvalifikovanými zamestnancami, prípadne odbornými organizáciami. Významným spôsobom zvýšiť počet zamestnancov venujúcich sa výkonu dohľadu a hodnotenia kvality sociálnych služieb a významne zvýšiť frekvenciu kontrol tak, aby bolo každé zariadenie skontrolované aspoň raz za päť rokov. Zamerať sa aj na ich vzdelanie a kvalifikáciu.

V spolupráci s Ministerstvom financií SR zabezpečiť zvýšenie tarifných plátov personálu zariadení sociálnych služieb.

Vyčleniť dostatočné finančné prostriedky na to, aby zariadenia, ktoré sú v zriaďovateľskej pôsobnosti obcí, splnili všetky opatrenia uložené HaZZ.

Všetky odporúčania verejnej ochrankyne práv aj reakcie zodpovedných orgánov a ich plány na odstránenie existujúcich nedostatkov nájdete vo zverejnenom dokumente (jeho skrátenej alebo úplnej verzii) na stránkach www.vop.gov.sk.

Spracované podľa materiálu
System kontroly v zariadeniach sociálnych služieb
so zameraním na seniorov, Výskum Verejnej ochrankyne práv
Bratislava 2019

Ako som opatrovala rodičov

Ako moji rodičia starli, uvedomovala som si, že to s nimi bude čoraz ťažšie. Že už nebudú stačiť iba návštevy, nákupy, sviatočné pečenie či občasná odprevedenie k lekárom.

Otec trpel na ischemickú chorobu srdca, ktoré bolo nutné podporiť strojčekom. Ako bývalý tuhý fajčiar sa trápil s obštrukčnou chorobou pľúc. Vysoká nadváha mu zničila kĺby, takže sa odmietal hýbať. Pridružili sa aj otvorené rany zo zápalov kŕčových žíl, ktoré si odmietal liečiť. Zo zdravotných problémov sa u neho začala rozvíjať agresivita.

Mamu tiež trápili kŕčové žily a z celoživotného státia v obchode mala znížené kolená. Vzhľadom na neliečené kŕčové žily, liečbu odmietala, jej kolenné kĺby nemohli vymeniť. Diagnostikovali jej aj Alzheimerovu chorobu.

Stíhanie nemožného

Čoraz častejšie som ich sprevádzala k lekárom, čoraz častejšie som si brala dovolenku, aby som mohla riešiť akútne situácie. Ako jedináčik som mohla o pomoc požiadať iba manžela a syna. Lenže aj oni mali svojich povinností dosť. Rodičia o stupňujúcej sa odkázanosti na cudziu pomoc odmietali hovoriť. Môj otec považoval oddanosť jedinej dcéry za samozrejmosť. Môj osobný život sa zmenil na stíhanie nemožného.

Množstvo povinností v práci sa už nedalo sklbiť s povinnosťami v starostlivosti o rodičov. Zmenila som prácu. Z časovo a psychicky náročnej, ale slušne zaplatenej, som prešla do zamestnania, kde som časť práce mohla robiť z domu (keď mi vyšiel čas – teda v noci) a navyše pracovisko bolo bližšie k rodičom. Po roku som musela prácu úplne opustiť. Dvaja chorí ľudia ma potrebovali celú.

Nenapadlo mi, že úradná osoba bude klamať

Na sociálnom odbore mestskej časti som sa bola informovať, či a ako by mi mohli pomôcť. Dostala som odpoveď, že môžu pomôcť s nákupmi, donáškou obedov. Na žiadny príspevok nemám nárok. A starostlivosť o starých chorých rodičov je mojou povinnosťou zo zákona o rodine. Priznám sa, v nápore povinností mi nenapadlo skontrolovať si možnosti. Ani mi nenapadlo, že mi bude úradná osoba klamať. Navyše, bolo to takmer pred 15 rokmi. Hanbila som sa, že som sa vôbec bola opýtať.

Tak som sa stala dobrovoľne nezamestnanou a celé dni okrem noci trávil u rodičov. Príjem som nemala. Manžel za mňa platil povinné zdravotné odvody. Rodičia mali, napriek množstvu odpracovaných rokov, len nízke dôchodky. Z tých sa platili náklady na bývanie (mali starší dvojizbový družstevný byt), stravu a lieky. Z manželových príjmov sme platili taxíky k lekárom (cestovanie MHD neprípado do úvahy) a niektoré zdravotnícke pomôcky. Ako sa zhoršoval otcov zdravotný stav, stúpala jeho agresivita voči všetkým. Napokon sa to zhoršilo natoľko, že sa mame začal vyhrážať zabitím, načo som ju musela presťahovať do nášho bytu.

Nemáme kapacity! Nárok nemáte!

Otec bol už v 5. stupni odkázanosti na sociálnu službu, mama v šiestom. Vždy som bola presvedčená, že máme úžasný byt. Až po presťahovaní mamy som zistila, ako veľmi som sa mylila. Tretie poschodie bez výťahu, úzke WC, úzka kúpeľňa so schodíkom. Keď sme brali mamu k lekárovi, z 3. poschodia ju priviazajú o stoličku znášali a vynášali manžel so synom. Do WC (plienkovanie odmietala) a kúpeľne som ju nosila s vystretými rukami pred sebou. Pokým prišiel manžel, bola som s mamou doma. Po jeho návrate z práce som išla opatrit' otca. Noci boli kruté, lebo mama bola napriek liekom na spanie práve v noci veľmi nepokojná, odstrkovala zábranu, opakovane padala na zem...

Jediný, kto mi okrem najbližších vychádzal v ústrety, bola všeobecná lekárka rodičov MUDr. Hrabčáková. Aj keď po presťahovaní mamy už chodila na dve adresy, prišla, poradila, nastavila lieky. Dokonca zvládala aj slovné útoky môjho otca. Bola som na smrť vyčerpaná, chodila som na sociálny odbor, prosila o pomoc. Aspoň s mamou. Aspoň na nejaký čas. Potrebovala som sa aspoň vyspať. Zbytočne. Stále iba odpoveď – nemáme kapacity! Aj finančnú pomoc mi stále odmietali.

Prišli ste už neskoro...

Nemala som koho požiadať o pomoc. Celá rodina bola už strašne unavená. Zdravotné problémy som už mala aj ja. Nespavosť, totálna vyčerpanosť, závrate, mdloby. Do toho sa otec dožadoval väčšej pozornosti, než akú sme mu mohli poskytnúť. Chcel, aby bol celý deň niekto aj s ním. Keď sa rozčúľil, volal si rýchlu zdravotnícku pomoc, čo bolo stále častejšie. Primárka interného oddelenia mi to vyčítala, že keď si zavolá RZP, musí ho, vzhľadom na jeho diagnózu, hospitalizovať. Bývalo to zvyčajne na 1 až 3 dni. Ale čo som s tým mohla urobiť ja? Bol dospelý, svojprávny. Na moje dohovárание nedal a robil si po svojom.

Videla som, že aj mama potrebuje intenzívnejšiu pomoc, hoci obvodná psychiatrická tvrdila, že je všetko v norme a zodpovedá jej veku a diagnóze. Obrátila som sa o pomoc na Gerontopsychiatrickú kliniku Psychiatrickej nemocnice Filipa Pinela. Tam som oslovila pani primárku MUDr. Žigovú. Povieť doslova – boží človek. Bohužiaľ, ako skonštatovala, prišli sme neskoro. Ale urobila, čo bud' môcť. A to aj napriek tomu, že obvodná psychiatrická odmietala vydať odporúčenie do nemocnice. Napokon dala, ale také – čudné. Maminke prestavili liečbu, aj sa zdalo, že sa jej stav zlepšuje. Komunikovala, mala chvíle, kedy bola veselá. Bohužiaľ, nevydržala a v jednu nedelu nás opustila navždy.

Otec opäť pritvrdil

Vyhrážal sa, že ak nebudem 24 hodín s ním, spácha samovraždu. Odmietal ísť na psychiatrické vyšetrenie. Otcova obvodná lekárka ma vystríhala, aby som to nerobila. Opatera, ktorú mu poskytujem, mu úplne stačí a musím dbať aj na seba, lebo to neprežijem. Alebo sa bude treba postarať aj o mňa, čo bude ešte horšie. Že najvhodnejšie by ho bolo umiestniť do zariadenia.

Ale kam? Na súkromné sme nemali a obecné húdlo stále rovnakú pesničku – nie sú kapacity. A otec aj tak nechcel. A dať ho tam násilím? A tak sme sa trápili ešte pol roka. Večer mi stihol ešte škaredo vynadať a ráno som ho našla na zemi...

Možnosti pomoci boli aj vtedy

Po smrti rodičov som sa začala motať po internete, skúmať možnosti pomoci. Či skutočne nie sú. Boli už aj vtedy. Len som popri starostlivosti o rodičov nemala čas si to naštudovať a tvrdsie sa domáhať práv pre seba a rodičov. A tak mám teraz oveľa nižší dôchodok (prechod na menej platenú prácu a potom tri roky úplne bez príjmu). Založila som stránku, na ktorej som ľuďom radila, ako čo vybaviť, ako sa čoho domáhať. Trvalo mi niekoľko rokov, kým som sa psychicky a fyzicky spamätala. Poškodené platničky, kŕčové žily, depresie, nespavosť... Po desiatich rokoch sa dávam ako-tak do normálu, aj keď je to diskutabilné, pretože som aj o desať rokov staršia. Snažím sa byť aktívna a snažím sa pripraviť na starobu a choroby, na odkázanosť na rôzne služby. A snažím sa urobiť si rezervu, aby som si ich mohla dovoliť.

Môj príbeh je len jedným z mnohých

Viem o viacerých prípadoch, v ktorých opatrovatel' od únavy a vyčerpania nielen ťažko ochorel, ale aj zomrel. Myslím si, že nestačí len prezentovať dôležitosť starostlivosti o ťažko chorých a umierajúcich v domácom prostredí, ale aj pomôcť rodine, aby to zvládla. Finančne, pomôckami, dostupnou a cenovo prístupnou odľahčovacou službou, odbornou psychickou podporou. Vyskoliť rodinu v tom, ako bez ničenia vlastnej chrbtice prenášať nevládneho. Ako nezabiť sám seba. A preškoliť a aj kontrolovať ľudí na sociálnych odboroch. Aby boli nápomocní tým, ktorí ich potrebujú. Viem, že väčšina z nich taká je, ale tí zvyšni robia zlú povest' tým dobrým a aj celému systému.

PhDr. Alena BUČEKOVÁ
predsedníčka MO Živena Bratislava, venuje sa aj poradenstvu pre sociálne odkázaných seniorov a ich rodiny

STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV

Starostlivosť o seniorov je veľmi široká téma a dotýka sa rôznych oblastí. V článku sú zhrnuté súčasné možnosti zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb pre seniorov, prístup k nim a podmienky, za ktorých sa poskytujú.

Každý z nás sa s tým skôr či neskôr stretne. Rodičia či starí rodičia zrazu menej vládzu a je potrebné im pomôcť. Väčšinou sa to začína potrebou sociálnych služieb – pomocou pri nákupoch, pri varení, vedení domácnosti. Postupne sa pridáva aj pomoc pri osobnej hygieny, presunoch po byte a niekedy je potrebné umiestnenie v sociálnom zariadení, či už krátkodobé alebo dlhodobé. Keď sa pridruží aj nejaké ochorenie, je tu zrazu potreba zdravotnej starostlivosti, najprv ambulantnej – návšteva lekára, ale neskôr aj potreba odborného ošetrovania sestrou v domácom prostredí alebo rehabilitácie fyzioterapeutom. V ťažších prípadoch je nutná hospitalizácia, kde je zabezpečená lekárska, ošetrovateľská alebo rehabilitačná starostlivosť. Väčšinou nás táto situácia zaskočí a vtedy je každá rada dobrá.

I. ZDRAVOTNÉ SLUŽBY

V oblasti zdravotnej starostlivosti rozlišujeme akútnu a dlhodobú zdravotnú starostlivosť.

I. A) AKÚTNA ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Akútnu zdravotnú starostlivosť vykonávajú všeobecné, fakultné, univerzitné alebo špecializované nemocnice a pacienti v nich dostávajú dennú lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť, ubytovanie a stravu. Seniori bývajú hospitalizovaní aj na špecializovaných klinikách geriatrickej alebo na geriatrických oddeleniach, ktoré sú zamerané na ochorenia ľudí staršieho veku.

Väčšinou sa do nemocnice prijíma na základe odporúčania ambulantného lekára, v náhlych prípadoch cez záchrannú zdravotnú službu. V nemocnici sa pacient vyšetrí, lieči, zoperuje, ošetrí a nastaví na ďalšiu liečbu. Nemocničná zdravotná starostlivosť je hrazená zo zdravotného poistenia.

I. B) DLHODOBÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Na jej realizáciu sú zriadené ďalšie zdravotnícke zariadenia, liečebňa alebo oddelenie dlhodobo chorých, dom ošetrovateľskej starostlivosti, agentúra domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS) a hospic. V týchto zariadeniach sú zdravotné výkony hrazené zo zdravotného poistenia a pacient si dopláca za náklady, ktoré zo zdravotného poistenia hrazené nie sú. Cena závisí od daného zariadenia a od služieb, ktoré poskytuje.

Liečebňa alebo **oddelenie dlhodobo chorých** môže byť súčasťou nemocnice alebo aj samostatná jednotka. Umiestňujú sa tam chronicky chorí pacienti, ktorých dlhodobý zlý zdravotný stav vyžaduje dennú lekársku a ošetrovateľskú starostlivosť zameranú na diagnostiku, nastavenie na liečbu a doliečenie. Pacient dostáva ubytovanie a stravu.

Dom ošetrovateľskej starostlivosti je novší typ zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa pravidelne poskytuje najmä ošetrovateľská starostlivosť sestrami, liečebná rehabilitácia, opatrovanie, ubytovanie a strava. Lekárska starostlivosť sa poskytuje iba v prípade potreby, v menšej miere. Umiestňujú sa sem seniori, ktorí po prepustení z nemocnice ešte vyžadujú najmä odborné ošetrovanie sestrami, liečebnú rehabilitáciu, ale aj opatrovanie, čiže pomoc pri úkonoch sebaobsluhy. Do domu ošetrovateľskej starostlivosti odporúča lekár nemocnice alebo ambulantný lekár.

Senior, ktorý je prepustený z lôžkového zdravotníckeho zariadenia a chce zostať v domácom prostredí, alebo senior, ktorý nechce byť

hospitalizovaný, sa môže obrátiť na **ADOS – agentúru domácej ošetrovateľskej starostlivosti**. Hlavnou náplňou činnosti ADOS je komplexná ošetrovateľská starostlivosť. Niektoré ADOS poskytujú aj domácu liečebnú rehabilitáciu alebo fyzioterapiu. Tá je určená najmä pacientom pri rôznych chronických ochoreniach pohybového aparátu alebo po úrazoch, operáciách a cievných mozgových príhodách.

Ak sa zdravotný stav seniora natoľko zhorší, že sa už neočakáva zlepšenie a pacient potrebuje pomoc a podporu v posledných fázach života, môže byť umiestnený v hospici. Je to zdravotnícke zariadenie, v ktorom sa pacientovi poskytuje paliatívna starostlivosť, keď je liečba zameraná na udržanie kvality života a zmierňovanie nepríjemných symptómov, ako je bolesť, nutkanie na vracanie a iné. V hospici sa okrem zdravotníckych pracovníkov pacientom venuje aj psychológ, sociálny pracovník a podľa želania aj duchovný. Mobilný hospic poskytuje odbornú starostlivosť a podporu nevyliciteľne chorým, zomierajúcim a ich rodinám v domácom prostredí.

II. SOCIÁLNE SLUŽBY

Čo je potrebné spraviť pre získanie sociálnej služby

Podat' si žiadosť o posúdenie odkázanosti seniora – budúceho prijímateľa na pomoc inej fyzickej osoby. Táto žiadosť sa podáva obci (pre služby v pôsobnosti obce) alebo na VÚC (pre služby v pôsobnosti VÚC) podľa miesta trvalého pobytu seniora. Ak senior získa rozhodnutie o svojej odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, môže si podať žiadosť o sociálnu službu, ktorá mu je poskytnutá v rozsahu podľa stupňa jeho odkázanosti.

Ako sa posudzuje odkázanosť na pomoc inej osoby

V rámci posudzovania sa zisťuje, ako je osoba schopná sa stravovať a dodržiavať pitný režim, či potrebuje pomoc pri vyprázdňovaní a osobnej hygieny, kúpeľi, obliekaní, vyzliekaní, pri sedení alebo státí, či iných zmenách polohy, posudzuje sa pohyb po schodoch a po rovine, orientácia v prostredí, dodržiavanie liečebného režimu alebo potreba dohľadu. Tieto činnosti sa bodujú a podľa dosiahnutých bodov sa určí rozsah odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby a senior je zaradený do niektorého zo šiestich stupňov odkázanosti. Tento proces trvá približne 30 až 60 dní. Spravidla čím je vyšší stupeň odkázanosti, tým je nárok na sociálnu službu vyšší.

Kto poskytuje sociálne služby

Rôzne organizácie, tzv. verejní a neverejní poskytovatelia. Verejný poskytovateľ je samospráva – obec a právnická osoba zriadená alebo založená obcou. Neverejní poskytovatelia sú organizácie zriadené buď súkromnými osobami, Slovenským Červeným krížom, Slovenskou katolíckou charitou, Evanjelickou diakoniou ECAV alebo ďalšími zriaďovateľmi.

Obec, VÚC alebo nimi zriadený poskytovateľ poskytne seniorovi sociálnu službu za cenu, ktorá sa určuje všeobecným záväzným nariadením. Prevažná časť nákladov na sociálnu službu sa u verejných poskytovateľov hradí z rozpočtu obce a VÚC, preto sú ceny za služby u verejného v porovnaní s neverejným poskytovateľom nižšie.

Obec a VÚC však môže uzatvoriť zmluvu s neverejným poskytovateľom a dávať mu finančné príspevky na sociálnu službu, ktorý ju potom môže poskytovať za dotované ceny. Podmienkou však je, že senior – prijímateľ služby sa preukáže rozhodnutím o svojej odkázanosti na pomoc inej osoby, ktoré získal na základe posúdenia od samosprávy a doručil obci alebo vyššiemu územnému celku písomnú žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby u daného neverejného poskytovateľa.

Je možné získať sociálnu službu aj bez posúdenia odkázanosti? Áno, najmä u neverejných poskytovateľov, ako sú rôzne neziskové organizácie, SČK, charita, diakonia alebo iní súkromní zriaďovatelia. Tie môžu poskytovať sociálnu službu aj bez posudzovania odkázanosti, ale za plné nedotované ceny. Oceňujú to najmä seniory a ich príbuzní, ktorí sa náhle zo dňa na deň dostanú do situácie, že potrebujú sociálnu službu a nemajú mesiac či dva času na posudzovanie a získanie rozhodnutia o odkázanosti.

II. A) SOCIÁLNE SLUŽBY V PÔSOBNOSTI OBCE

Sociálne služby zabezpečuje obec podľa miesta trvalého pobytu seniora na základe rozhodnutia o odkázanosti a žiadosti o poskytnutie tejto služby. Poskytujú ju verejní aj neverejní poskytovatelia. Táto služba sa u verejných poskytovateľov financuje z rozpočtu obce a z úhrad od prijímateľov, u neverejných poskytovateľov, ktorí nemajú zmluvu s obcou, len z úhrad od prijímateľov. Môže sa poskytovať aj bez posúdenia odkázanosti za plné nedotované ceny.

Opatrovateľská služba

Je sociálna služba, ktorá sa poskytuje doma u seniora alebo v inom jemu prirodzenom sociálnom prostredí v prípade, že ešte môže zostať v domácom prostredí, ale už vyžaduje pomoc a/alebo dohľad. **K pomoci pri sebaobslužných výkonoch** patrí hygienická starostlivosť o jednotlivé časti tela alebo o celé telo vo vani, prípadne v sprche, stravovanie a dodržiavanie pitného režimu, pomoc pri vyprázdňovaní, ochrana osobnej a postelnej bielizne pred znečistením, obliekanie, vyzliekanie, pomoc pri mobilite, pomoc pri vstávaní z lôžka, pomoc pri líhaní na lôžko, polohovanie, pomoc pri manipulácii s predmetmi, obsluha a premiestňovanie predmetov dennej potreby.

Ďalej sa poskytuje **pomoc pri starostlivosti o domácnosť** – nákup potravín a drobného tovaru, príprava a varenie jedla, donáška a zohrievanie jedla, umytie riadu, bežné upratovanie v domácnosti, starostlivosť o bielizeň (pranie, žehlenie), starostlivosť o lôžko, vynášanie drobného odpadu, donáška uhlia, dreva a vody, vynesenie popola, kúrenie vo vykurovacích telesách a ich čistenie a ďalšie jednoduché administratívne úkony spojené s vedením domácnosti. V rámci opatrovateľskej služby možno poskytovať aj **pomoc pri základných sociálnych aktivitách**, ktoré zahŕňajú napríklad sprievod na lekárske vyšetrenie, na vybavenie úradných záležitostí a podobne.

Opatrovateľská služba **zabezpečuje dohľad v určenom čase**, nepretržitý dohľad sa zabezpečuje kombináciou opatrovateľskej služby, príbuzných alebo iných osôb, alebo umiestnením osoby v sociálnom zariadení. Ak seniory, ktorí sú odkázaní na opatrovateľskú službu, potrebujú aj odborné ošetrovanie či rehabilitáciu doma, obráti sa na ADOS, ktorá im tieto zdravotné služby poskytne. V tom prípade bude okrem opatrovateľky chodiť k seniorovi aj sestra alebo fyzioterapeut.

Príspevok na opatrovanie

Ak má senior **ťažké zdravotné postihnutie (ŤZP)**, môže sa uchádzať o peňažný príspevok na opatrovanie, ktorý sa poskytuje podľa zákona o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ŤZP (zákon č. 447/2008 Z. z., § 40) osobe, ktorá je podľa komplexného posudku odkázaná na opatrovanie. Znamená to, že je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby pri jednotlivých činnostiach a rozsah tejto pomoci je aspoň 8 hodín denne.

Výška príspevku závisí od toho, či ide o opatrovanie jednej, dvoch alebo viacerých osôb s ŤZP. Opatrovateľom môže byť príbuzný alebo osoba, ktorá býva s ŤZP seniorom.

Ak sa opatrovanej osobe s ŤZP poskytuje denná sociálna pobytová služba, príspevok sa znižuje. Ak je osoba s ŤZP poberateľom zvýšenia dôchodku pre bezvládnosť, príspevok sa znižuje o sumu zvýšenia dôchodku pre bezvládnosť. Ak je príjem osoby s ŤZP vyšší ako 1,4-násobok životného minima pre plnoletú fyzickú osobu, príspevok sa kráti o sumu prevyšujúcu tento príjem. Príspevok nie

je možné poskytnúť, ak sa už poskytuje príspevok na osobnú asistenciu, opatrovateľskú službu viac ako 8 hodín mesačne, týždennú sociálnu službu alebo celoročnú pobytovú sociálnu službu. Žiadosť podáva osoba s ŤZP na príslušný úrad práce, sociálnych vecí a rodiny.

Denný stacionár

Seniory majú možnosť chodiť do denného stacionára, ak už nie je bezpečné, aby zostávali sami v domácom prostredí. V stacionári sa poskytuje sociálna služba odkázanej osobe počas dňa. Seniorom pomáhajú so sebaobslužnými výkonmi, poskytuje sa stravovanie, sociálna rehabilitácia, sociálne poradenstvo a v prípade záujmu aj pracovná terapia alebo záujmová činnosť.

Odláhčovacia služba

Poskytuje sa pre osoby (opatrovateľov), ktoré sa starajú o osoby s ŤZP. Môže sa vykonávať doma, v dennom stacionári alebo umiestnením opatrovanej osoby s ŤZP na určitý čas v sociálnom zariadení, **spravidla najviac na 30 dní v roku.**

Zariadenie opatrovateľskej služby

Ak stav seniora vyžaduje 24-hodinový dohľad a pomoc a nestačí mu poskytovanie opatrovateľskej služby, **umiestňuje sa na určitý čas** v zariadení opatrovateľskej služby. V prípade potreby sa poskytuje aj ošetrovateľská starostlivosť sestrou, pracovná terapia alebo záujmová činnosť.

Zariadenie pre seniorov

Zariadenie pre seniorov **je určené na celoročný pobyt** a poskytuje sa osobám po dovŕšení dôchodkového veku, ktoré sú odkázané na pomoc inej osoby alebo majú iné vážne dôvody na umiestnenie. V prípade potreby sa poskytuje aj ošetrovateľská starostlivosť sestrou, pracovná terapia alebo záujmová činnosť.

II. B) SOCIÁLNE SLUŽBY V PÔSOBNOSTI VÚC

Zabezpečuje ich samospráva VÚC (regiónu) podľa miesta trvalého pobytu seniora na základe rozhodnutia o odkázanosti a žiadosti o poskytnutie tejto služby. Poskytujú ju verejní aj neverejní poskytovatelia. Táto služba je u verejných poskytovateľov financovaná z príspevku z MPSVR, z rozpočtu vyššieho územného celku a z úhrad od prijímateľov, u neverejných poskytovateľov, ktorí majú zmluvu s VÚC, prispieva VÚC určitým dielom a tí, čo nemajú zmluvu s VÚC, sú financovaní najmä z úhrad od prijímateľov. Môže sa poskytovať aj bez posúdenia odkázanosti za plné nedotované ceny.

Špecializované zariadenie

V špecializovanom zariadení sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej 5 a má zdravotné postihnutie, ktorým je najmä Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, skleróza multiplex, schizofrénia, demencia rôzneho typu etiológie, hluchoslepota. V špecializovanom zariadení sa poskytuje ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, pomoc pri sebaobslužných výkonoch, v prípade potreby ošetrovateľská starostlivosť sestrou, sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia. Okrem toho sa zabezpečuje pracovná terapia a záujmová činnosť.

Doc. MUDr. Božena BUŠOVÁ, CSc. MPH

Autorka je z Agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti Harris Slovakia, a.s., ktorá od r. 1996 poskytuje odborné ošetrovanie, liečebnú rehabilitáciu a opatrovateľskú službu imobilným a ťažko chorým pacientom doma. Pôsobí v Bratislave, Košiciach a v Prešove. Doc. Bušová je zároveň podpredsedníčkou Asociácie poskytovateľov ošetrovateľských služieb Slovenska (APOSS) a Asociácie poskytovateľov sociálnych služieb SR (APSS v SR).

Výber služby bude malina

Portál Malina je národný navigátor dostupnej služby v situácii bezvládnosti.

Jeho cieľom je predísť situáciám bezradnosti a zhoršenia stavu v dôsledku neskorého zabezpečenia potrebnej služby. Do prevádzky bol spustený 2. marca 2019. V novembri 2019 mal zaregistrovaných 226 poskytovateľov, ktorí majú pridaných 249 zariadení.

Priamo na portáli stačí vybrať a označiť možnosti, ktoré najviac vystihujú skutočný stav osoby v oblasti jeho vedomia a orientácie, príjmu potravy, vylučovaní, schopnostiach pohyblivosti, pripravenosti rodiny postarať sa o blízku osobu doma a pod. Na základe týchto údajov portál ponúkne typ zariadenia, ktorý je pre pacienta najvhodnejší. Následne stačí zadať vzdialenosť zariadenia, akceptovateľné náklady a vyhľadávač ponúkne voľné miesta na základe zvolených kritérií. Z pobytových zariadení ide o domy ošetrovateľskej starostlivosti, zariadenia sociálnych služieb so zabezpečením ošetrovateľskej starostlivosti alebo aj zariadenia bez tejto starostlivosti. Dôležitá je súčinnosť poskytovateľov, ich vôľa zaregistrovať na portáli svoje zariadenia a najmä prieběžne aktualizovať voľné miesta. Aj údaj o tom, že zariadenie nemá voľné miesto, pomôže skrátiť čas hľadania vo chvíli, keď to človek ozaj potrebuje.

Je to jednoduché – zvládne to i laik

Portál Malina ponúka aj výber agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti či mobilných hospicov. Vo výbere čoskoro pribudnú

aj oddelenia pre dlhodobu chorých, pre prípady, keď si stav pacienta vyžaduje takúto starostlivosť. Pre záujemcu o umiestnenie sú užitočné aj informácie o ponuke služieb a starostlivosti, vybavenia zariadenia alebo jeho doplnkových službách. Oproti podobným zahraničným portálom ponúka navyše aj možnosť rýchleho posúdenia najvhodnejšieho druhu služby na základe zadaných charakteristík potenciálneho prijímateľa a zároveň jeho preferencií.

Autori a partneri projektu

Iniciátorom a zriaďovateľom portálu Malina sú **ZSS Slnecny dom, n.o. a Ošetrovateľské centrum s.r.o.**, víťaz Národnej ceny SR za kvalitu 2014 a víťaz ocenenia Via Bona Slovakia 2016, partnermi sú Asociácia na ochranu práv pacientov SR, o.z., SLOVENSKÝ PACIENT, o.z., Infora – informačné fórum a Všeobecná zdravotná poisťovňa, a.s.

Kontakt:

<https://app.portalmalina.sk/>

Finančný príspevok na prevádzku poskytovateľov sociálnej služby

Na základe ohlasov z informačného seminára na tému novely zákona o sociálnych službách pripravila Mgr. Lýdia Brichtová, PhD. z Nezávislej platformy SocioFórum, o. z. „Príručku na výpočet FPP“. Publikácia, ktorá vyšla za finančnej podpory Nadácie SOCIA, je voľne dostupná na webových stránkach organizácie.

Dňa 1. októbra 2019 nadobudla účinnosť novela zákona o sociálnych službách č. 280/2019 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov, **v časti tej právnej úpravy, ktorá sa týka podmienok, spôsobu výpočtu a zúčtovania finančného príspevku na prevádzku pre neverejných poskytovateľov sociálnej služby** (ďalej len „FPP“).

Prijaté aj napriek nesúhlasu ZMOS

Zmeny týkajúce sa FPP, ktoré boli prijaté a zapracované do predmetnej novely, sú výsledkom dlhoročného úsilia a doslova „boja“ viacerých organizácií zastupujúcich neverejných poskytovateľov, vrátane Nezávislej platformy SocioFóra, o. z., s cieľom vytvoriť priaznivejšie a rovnocennejšie podmienky pre neverejných poskytovateľov v porovnaní s tými verejnými. Nie je žiadnym tajomstvom,

že zástupcovia obcí reprezentovaní ZMOS-om, ktorých sa zmeny FPP dotknú výrazne aj finančne, s návrhmi (a dnes už schválenými zmenami) zásadne nesúhlasili.

Súbežné financovanie z viacerých verejných zdrojov

Ako uvádza zákonodarca v dôvodovej správe k predmetnej novele, zmenami sa pripúšťa súbežné financovanie prevádzkových nákladov sociálnej služby u neverejných poskytovateľov počas príslušného rozpočtového roku z viacerých verejných zdrojov (aj verejné zdravotné poistenie) a zo skutočných príjmov konkrétneho neverejného poskytovateľa z platenia úhrad za sociálnu službu v príslušnom rozpočtovom roku, ktoré môžu byť vyššie ako priemerné skutočne dosiahnuté príjmy z platenia úhrad za porovnatelnú sociálnu službu poskytovanú v pôsobnosti obce alebo vyššieho územného celku. Cieľom týchto zmien bola aj motivácia neverejných poskytovateľov k tomu, aby sa neprihliadanie na skutočnú výšku ich úhrady prejavilo aj v cenovej politike neverejného poskytovateľa, t. j. aj vo výške úhrady za sociálnu službu, ktorú požadujú od prijímateľov.

Príručku nájdete na webových stránkach organizácie na adrese http://www.socioforum.sk/attachments/article/261/Vypocet%20FPP%202019_web.pdf.

Kontakt:

Nezávislá platforma SocioFórum, o. z.
Záhradnícka 70
821 08 Bratislava
telefón: 0911 150 566
e-mail: socioforum@socia.sk
web: www.socioforum.sk

Paliatívna medicína vo vzdelávaní budúcich lekárov

Snaha uplatňovať a rozvíjať v medicíne ľudskosť sa vzťahuje nielen na začiatok, ale i na priebeh a záver života človeka. Zákonite vedie k tomu, že uvedená téma nachádza svoje pevné miesto vo výučbe medicínskej etiky. Medicína, ako aj samotné povolanie lekára, nesie totiž silný etický náboj. Medicínsku etiku charakterizuje hľadanie dobra pre človeka so špeciálnym zreteľom na ochranu jeho života a zdravia od počatia až po prirodzenú smrť.

Zrkadlom spoločnosti je starostlivosť o umierajúcich

V čase štúdia dnešnej strednej a staršej generácie lekárov bolo k dispozícii istotne veľa dôležitých poznatkov. Určite však neprechádzala „školou“ o vlastnej smrteľnosti, podporenou vzdelávaním v oblasti tanatológie. Taká je naša osobná skúsenosť, ale aj skúsenosť početnej skupiny lekárov, dnes aktívne pôsobiacej v zdravotníckom systéme. Mnohých formovala predstava víťaznej medicíny a viera, že v kritických situáciách, majúc na mysli najmä kontakt s umierajúcimi, budú schopní konať súciteľne a dokážu sa im zoči-voči adekvátne postaviť.

Schopnosť postarať sa o krehkého pacienta je zrkadlom spoločnosti a dôkazom jej vyspelosti. Nedostatky v starostlivosti o chorých a umierajúcich v inštitucionálnych zariadeniach či v domácom prostredí a ich vzájomná konfrontácia mali za následok, že nespokojnosť verejnosti s daným stavom vzrástla. Uvedomujú si to aj samotní zdravotníci. Spätňá reakcia neraz spočíva v „úteku“ od umierajúceho alebo vo voľbe zdanlivo jednoduchšieho riešenia, spočívajúceho v neprimeranej medicínskej záťaži pacienta a jeho úpornej liečbe. Poznatky, ktorou cestou sa vydať, už pritom dnes k dispozícii máme.

Koncepciu máme od roku 2006

Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti bola na Slovensku prijatá ešte v roku 2006. Dalo by sa teda predpokladať, že v súčasnosti už budú vytvorené komplexné podmienky na jej dôslednú aplikáciu tak po materiálnej, ako aj odbornej a personálnej stránke.

Pri podrobnejšom skúmaní zistíme, že Slovenská zdravotnícka univerzita je na Slovensku jedinou akreditovanou inštitúciou, ktorá zabezpečuje postgraduálne vzdelávanie lekárov. Lekárska fakulta Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave získala od 13. februára 2012 akreditáciu v zdravotníckom povolaní lekár v špecializačnom odbore paliatívna medicína.

Vzhľadom na aktuálny nárast počtu onkologických diagnóz, rapidne starnutie populácie, predlžovanie dĺžky života a pribúdanie polymorbídnych pacientov, odkázaných v závere života na pomoc iných, je žiaduce, aby mala spoločnosť pripravený dostatočný počet lekárov vzdelaných v danom odbore, ale predovšetkým takých, ktorí sa preň rozhodnú vedome a z lásky k človeku.

Byť „spolu až do konce“

Výborný príklad nachádzame v susednej Českej republike, ktorá už v roku 2004 v texte *Vzdělávání v paliativní péči* formulovala svoju víziu vzdelávania v oblasti paliatívnej medicíny. V tzv. *Návruhu vzdělávacích programů pro pregraduální a postgraduální přípravu lékařů* rozlišuje niekoľko úrovní vzdelávacieho procesu: pregraduálnu, určenú poslucháčom lekárskeho fakult a zdravotno-sociálnych odborov, a postgraduálnu, určenú lekárom špecializujúcim sa na paliatívnu medicínu. V pregraduálnom stupni počíta v prvom rade s tým, že poslucháči porozumejú filozofii paliatívnej medicíny a oboznámia sa s jej základnými princípmi. Nadobudnuté vedomosti by neskôr mali uplatniť v situáciách, keď po nástupe do praxe budú čeliť progredujúcim nevyliciteľným ochoreniam svojich pacientov. Cieľom je dosiahnuť u nich porozumenie danej problematike, ktoré zlepši kvalitu života pacientov a povedie i k väčšiemu pochopeniu, prejavom účasti a podpore rodinných príslušníkov pacienta.

V Českej republike členovia hospicového hnutia už roky vyvíjajú mnohé aktivity smerom k odtabuizovaniu témy umierania a smrti a využívajú pri tom aj vplyv a silu masovo-komunikačných prostriedkov, dokumentárnych filmov, divadla či podporu verejne známych osobností. Svedčí o tom aj vznik Nadačného fondu AVAST, ktorý v iniciatíve „Spolu až do konce“ v pilotnom ročníku 2014 podporil projekt *Implementace paliativní medicíny do pregraduální výuky v oboru Všeobecné lékařství na lékařských fakultách v ČR*. Jeho predkladateľom bola Česká spoločnosť pre paliatívnu medicínu. Podporu výučby paliatívnej medicíny v rámci štúdia na lekárskeho fakultách v roku 2015 posilnila kampaň o paliatívnej starostlivosti, zameraná aj na študentov lekárskeho fakult, ktorú podporila česká Komerční banka.

Paliatívna medicína v pregraduálnom vzdelávaní

Lekárska fakulta UK v Bratislave považuje za principiálne poskytnúť v rámci vzdelávania priestor i problematike umierania a smrti. Deje sa tak v oboch študijných programoch všeobecné lekárske a zubné lekárske v slovenskom a v anglickom jazyku prostredníctvom povinných a voliteľných predmetov.

Jednu možnosť, ako inkorporovať poznatky paliatívnej medicíny do pregraduálneho vzdelávania budúcich lekárov, ponúkajú hodiny *Medicínskej etiky*. Skúsenosť ukazuje, že k poslucháčom sa dostávajú prvé informácie o paliatívnej medicíne a hospicovej starostlivosti práve v ich priebehu, nakoľko súvisia s otázkou hľadania dobra, optimálneho medicínskeho i ľudského prístupu, rozhodovania a konania v závere ľudského života. Problematike je vyčlenených celkovo šesť hodín v priebehu dvoch seminárov. Prvý reflektuje tému bolesti, utrpenia, prežívanie smrteľného ochorenia, samotného zomierania, smrti, prináša zásadné poznatky o paliatívnej medicíne a hospicovej starostlivosti a načiera do histórie jej vzniku. Druhý seminár reflektuje tému eutanázie. Tu považujeme za veľmi dôležité objasniť terminológiu a obsah pojmov, keďže sa opakovane stretávame s neporozumením a nevzdelanosťou v tejto oblasti tak u študentov, ako aj u zdravotníckych pracovníkov.

V snahe skvalitniť vzdelávanie zaraďujeme do výučby vyžadované prednášky zahraničných a domácich odborníkov z interného i externého prostredia univerzity. K poslucháčom sa tak pravidelne od roku 2007 dostávajú najnovšie poznatky z oblasti paliatívnej medicíny od špičkových odborníkov. S detskou paliatívnou a hospicovou starostlivosťou na Slovensku dostala príležitosť oboznámiť poslucháčov priamo zakladateľka prvého detského hospicu Plamienok M. Jasenková. V septembri 2013 predstavil klinickú etiku a problematiku dopredu vysloveného prania J. Matějka, člen výboru Českej spoločnosti pre paliatívnu medicínu. V apríli 2015 si takmer tri stovky poslucháčov vypočuli prednášky talianskej profesorky M. Casini z Inštitútu bioetiky Univerzity Sacro Cuore v Ríme, a pod. Všetky menované stretnutia zákonite inšpirujú a podnecujú záujem poslucháčov o problematiku konca života. Spätňú väzbu vidíme v narastajúcej účasti študentov medicíny napríklad na dobrovoľníckych činnostiach alebo pri voľbe a výbere stáže v niektorom domácom alebo zahraničnom hospici. Podnecujú záujem aj o absolvovanie voliteľného predmetu *Princípy liečby a starostlivosti o nevyliciteľne choré dieťa a rodinu v detskom domácom hospici*, ktorý na LF UK ponúka detská onkologická klinika v spolupráci s detským hospicom Plamienok.

Otázky, ktoré vznikajú v súvislosti s okolnosťami, vznikom, vývojom a liečbou nevyliciteľne chorých, patria nielen do odbornej oblasti medicíny, ale ju presahujú. Pre kvalitu vzťahu lekár – pacient, lekár – príbuzný pacienta, lekár – iný zdravotnícky pracovník je dôležitá komunikácia a aktívne počúvanie, preto úvodný seminár medicínskej etiky venuje pozornosť tejto téme. Nielen poslucháči si uvedomujú, že absolvovanie trojhodinového komunikačného výcviku z nich zaraz neurobí dobrých lekárov. Preto ďalšou príležitosťou rozvinúť

psychosociálne kompetencie a zručnosti vo vzťahu k zomierajúcim im umožňuje povinný predmet *Lekárska psychológia a komunikácia s pacientom* v treťom ročníku štúdia, ako aj výberový a povinne voliteľný predmet *Komunikačné zručnosti* s možnosťou voľby v štvrtom a piatom roku štúdia. V rámci nich sa osobitne venuje pozornosť komunikácii s geriatrickým a umierajúcim pacientom, ako aj odovzdávaniu nepriaznivých správ.

K niektorým špecifikám komunikácie v zdravotníctve, využívaniu neverbálnej komunikácie pri rozhovore s nevyliciteľne chorým, významu mimiky, gestikulácie, kineziky, využívaniu haptiky pri rozhovore s pacientom, fázam vyrovnávania sa so smrťou podľa E. Kübler-Rossovej, reakciám onkologického pacienta a dosahu zlej správy na psychiku pacienta sa vracia *Onkologická propedeutika*. Venuje pozornosť terminálnej starostlivosti, tanatopsychoterapii, oboznamuje s jej cieľmi, metódami a poukazuje na fenomén nádeje. Vysvetľuje rozdiel medzi paliatívnou a terminálnou starostlivosťou, definuje základné ciele paliatívnej medicíny, poukazuje na komplexnosť problematiky a starostlivosti a informuje taktiež o pastorálnej starostlivosti o týchto pacientov.

Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike

Návrh Stratégie dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti (ďalej len „DSZS“) v Slovenskej republike je dokument vypracovaný v rámci Pilotného projektu č. 1 – STRATÉGIA DLHODOBEJ STAROSTLIVOSTI, realizovaného v rámci pilotnej schémy participatívnej tvorby verejných politík v gescii Splnomocnenca Vlády SR pre rozvoj občianskej spoločnosti a subjektov verejnej správy – MZ SR a MPSVR SR. Materiál vychádzal z dokumentu vypracovaného Inštitútom zdravotnej politiky MZ SR v roku 2015, čiastočne pripomienkovaným Sekciou zdravia MZ SR a MPSVR SR.

Cieľom ÚSV ROV bolo zabezpečiť proces participatívnej prípravy a tvorby verejnej politiky, pričom odborných garantom prípravy a výstupov Stratégie DSZD bola Asociácia na ochranu práv pacientov SR. Hoci podľa informácií AOPP boli všetky práce na príprave materiálu ukončené koncom leta 2019, do uzávierky tohto čísla (november 2019) nebol komplexný materiál nikde zverejnený (pravdepodobne sa tak malo stať na stránkach MZ SR). Redakcia Humanita získala niektoré čiastkové výstupy, na výslednú podobu dokumentov si ale musíme počkať.

Z výstupov Stratégie DSZD vyberáme zopár ukážok

Návrh Stratégie DSZS mal byť spoločným výsledkom participatívneho konzultačného procesu v priebehu rokov 2017 – 2019, ktorého účastníkmi boli občianska verejnosť (zastúpená vybranými odborníkmi, patientskymi organizáciami a neformálnymi opatrovatelmi), zástupcovia štátnej správy (MZ SR, MPSVR SR) a samosprávy (samosprávne kraje, obce), formálni poskytovatelia sociálnej a zdravotnej starostlivosti. Návrh mal vychádzať z dostupných na dôkazoch založených zistení, podnetov pacientov a verejnosti, z praktických skúseností a z miery aktuálneho poznania odborného autorského kolektívu.

Pracovná skupina za AOPP bola tvorená odborníkmi z praxe, ktorí na realizácii projektu a tvorbe materiálu pracovali s úprimným presvedčením, že bude podkladom pre kvalifikovanú odbornú diskusiu so zástupcami štátnej správy a zároveň partnermi projektu – MZ SR a MPSVR SR.

Výstupom projektu mali byť

- Výsledná verejná politika: Stratégia dlhodobej sociálno-zdravot-

Nielen výučba medicínskej etiky, ale aj paliatívnej medicíny by sa mala systémovo zaradiť do prípravy budúcich zdravotníckych pracovníkov. Predovšetkým preto, lebo nedostatok teoretických vedomostí a praktických skúseností so smrťou, ktorá je takpovediac na dennom poriadku ich práce, môže viesť k zlyhaniu pri starostlivosti o pacientov. Včasná príprava a skorý prístup k informáciám o komplexnom prístupe k umierajúcim bude mať za následok aj dostatok kvalifikovaných zdravotníckych pracovníkov, schopných poskytovať vysoko kvalitnú a profesionálnu starostlivosť nielen pacientom, ale aj ich príbuzným a pozostalým.

Krátené podľa článku

Paliatívna medicína v pregraduálnom vzdelávaní budúcich lekárov

MUDr. Jana Patrícia Trizuljaková, PhD.
a MUDr. Mária Mojžešová, PhD.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave.

Článok bol uverejnený v časopise Paliatívna medicína a liečba bolesti.

nej starostlivosti odkázaných osôb a Akčný plán implementácie Stratégie.

- Sprievodné výstupy: Odborné podklady a expertízy pre proces informovaného rozhodovania o nastavení a obsahovom zameraní verejnej politiky:

- ▶ analýza nedostatkov súčasného systému komplexného sociálneho zabezpečenia a zdravotnej starostlivosti u osôb spadajúcich do systému dlhodobej starostlivosti;

- ▶ mapovanie postojov a návrhov odbornej a laickej verejnosti v oblasti poskytovania zdravotnej a sociálnej starostlivosti a dlhodobej starostlivosti,

- ▶ návrhy na riešenie identifikovaných problémových oblastí – príprava definícií, určenie kompetencií, nárokovateľnosti a spôsobu financovania dlhodobej starostlivosti.

Prácu na tomto materiáli skomplikovali okolnosti, ktoré celý proces sprevádzali a situácia, kam sa riešenie tejto problematiky dostalo po zverejnení prioritnej úlohy vlády o potrebe vypracovania a schválenia zákona o dlhodobej starostlivosti v roku 2018, následne upustenia od tohto zámeru, súbežne k dohode medzi kompetentnými ministerstvami o čiastkových legislatívnych riešeniach v oblasti následnej starostlivosti, ktoré do ukončenia projektu neboli schválené.

Spochybňuje to vyjadrenia politikov, že majú reálny záujem tieto problémy riešiť. Zľahčovanie problémov, ignorovanie spolupráce, dokonca verejne deklarovaný nezáujem a nechota vzájomne spolupracovať, vyvolávajú obavy pre budúcnosť.

Napriek tomu, že v období práce na tomto materiáli došlo na strane kompetentných ministerstiev k prijatiu čiastkových riešení najvypuklejších problémov, aby sa zabránilo kolapsu systému, tieto zmeny viedli len k získaniu času pre štát, nie však ku skutočnému zlepšeniu a riešeniu situácie.

Prijatie legislatívnych návrhov popísaných v materiáli, ktoré by znamenali reálny posun v riešení identifikovaných problémov, je opakovane odkladané na neurčito.

Spracované podľa materiálu Stratégia dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike

(dokument je bez dátumu schválenia a čísla verzie)

Čo odhalil prieskum o dlhodobej starostlivosti

Príplatky, nespokojnosť s personálom aj nedostatok kapacít v zariadeniach

V rámci projektu „Stratégia dlhodobej starostlivosti“ bol od 10. mája do 10. júna 2018 realizovaný online prieskum na vzorke 568 respondentov pod názvom „Zlepšenie zdravotno-sociálnej starostlivosti pre ľudí v potrebe dlhodobej starostlivosti na Slovensku“. Výsledky prieskumu boli následne konzultované s predstaviteľmi odbornej a širokej verejnosti. Výsledky prieskumu boli zverejnené začiatkom decembra 2018. (Článok odráža aktuálnu situáciu a pripravované reformy známe do prvej polovice roka 2019.)

Chorým a odkázaným, ktorý potrebuje dlhodobú starostlivosť, sa môže stať ktokoľvek, a to doslova zo dňa na deň. Ľuďom chýbajú informácie o možnostiach umiestnenia vo vhodnom zariadení alebo v prípade umiestnenia narážajú na nezáujem personálu či rôzne „dobrovoľné“ príplatky. Ako Slovensko starne, môžu sa tieto problémy zabezpečenia dlhodobej starostlivosti prehlbovať.



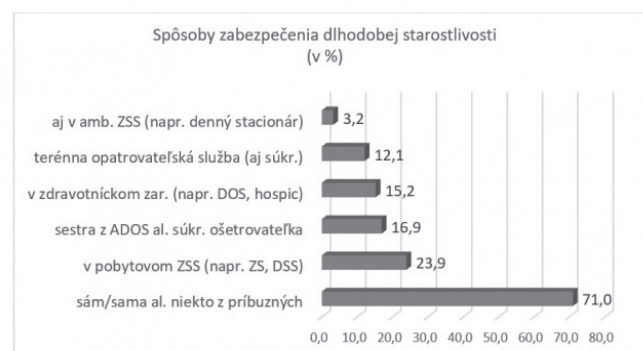
Každá piata rodina čaká dlhšie ako rok

Podľa očakávaní prieskum Asociácie na ochranu práv pacientov SR (AOPP) ukázal, že téma dlhodobej starostlivosti o pacientov, ktorí sa kvôli svojmu zdravotnému stavu už nedokážu o seba postarať bez pomoci druhých, sa v praxi rieši nedostatočne. Jedným z najväznejších problémov sú chýbajúce kapacity a s tým súvisiace čakacie lehoty. Len necelej polovici respondentov sa podarilo umiestniť opatrovanú osobu do 2 mesiacov a každá piata rodina čaká dlhšie ako rok. „Kapacity zariadení sociálnych služieb a lôžok určených na dlhodobú starostlivosť už dnes nestačia. Navyše, spolu so startnutím populácie a predĺžovaním života, budeme týchto kapacít potrebovať čoraz viac. Malo by byť preto prioritou začať tento problém riešiť čo najskôr. Určite súhlasíme s plánom, že v rámci stratifikácie lôžok sa časť nevyužívaných lôžok pretransformuje na lôžka dlhodobej starostlivosti. Zároveň je však potrebné v spolupráci s VÚC a samosprávami obcí dobudovať aj nové kapacity v zariadeniach sociálnych služieb, a to u verejných alebo neverejných poskytovateľov,“ upozorňuje PhDr. Mária Lévyová, prezidentka AOPP.



Kde hľadať kompletne informácie

Nedostatok lôžok dlhodobej starostlivosti predstavuje riziko menej kvalitnej starostlivosti o pacienta, ale aj tlak na rodinu a príbuzných. Tá totiž často preberá starostlivosť namiesto špecializovaných zariadení. „Babka je zatiaľ v nemocnici, ale snažíme sa vybaviť hospic alebo domov dôchodcov. Prvý deň hospitalizácie nám povedali, že nám ju za 21 dní dajú domov. Je ležiaca, nevie jesť a potrebuje kyslík. V nemocnici nám ani nevedia poradiť, ktoré zariadenie je pre ňu najvhodnejšie,“ opisuje svoje skúsenosti s hľadaním informácií o umiestnení rodinného príslušníka do zariadenia s dlhodobou starostlivosťou jeden z respondentov prieskumu. Ľudia v takejto situácii donedávna ani nemali kde hľadať kompletne informácie a len ťažko sa orientovali v systéme. Zlepšenie dostupnosti informácií by malo byť jednou z prvých vecí, ktoré sa v rámci stratégie dlhodobej starostlivosti zrealizujú. Relevantným zdrojom informácií by mali byť ambulanti lekári, nemocnice a v nich zamestnaní sociálni pracovníci, sociálne oddelenia VÚC a obcí ako aj poskytovatelia sociálnych služieb. Pomôcť by mohol aj portál Malina (píšeme o ňom na str. 7 Prílohy).



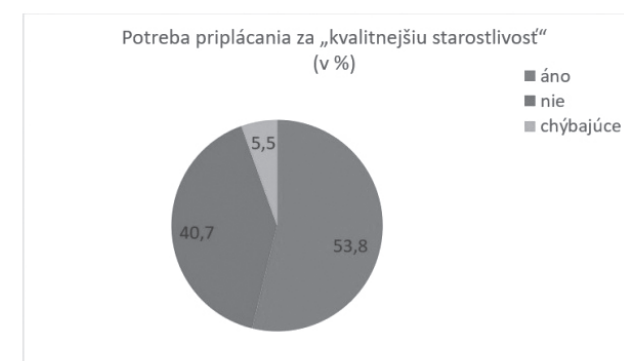
Systém informovanosti nefunguje

Prieskum ukázal, že v súčasnosti tento systém informovanosti nefunguje. Najčastejšie získavajú ľudia, ktorí riešia dlhodobú starostlivosť pre svojho blízkeho či pre seba, informácie od lekára, a to v 57 % prípadov. Ďalším zdrojom sú pre nich priatelia a rodinní príslušníci, a to až v 40 % prípadov. Naopak, najmenej nápomocnými sú sociálni pracovníci, ktorí pomohli len 16 % opýtaných a samosprávy, ktoré boli zdrojom informácie len pre 19 % opýtaných. „V prípade obce vôbec nebol záujem ani snaha problém riešiť,“ vyjadril sa jeden z opýtaných v prieskume.



Prevláda laická svojpomocná starostlivosť

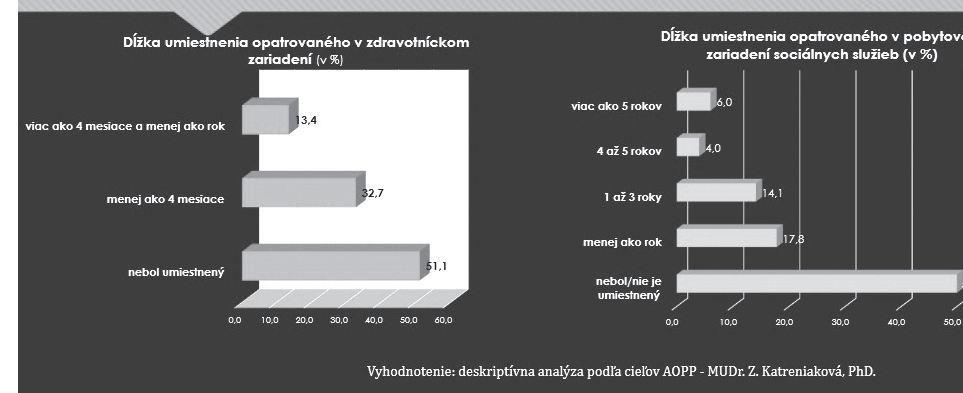
Vzhľadom na chýbajúce kapacity zostáva dlhodobá starostlivosť na rodinných príslušníkoch. Až 71 % respondentov uviedlo, že zabezpečovali starostlivosť svojpomocne, avšak len každý piaty opatrovník zároveň poberal za to aj príspevok na opatrovanie. Rodinní



príslušníci, ktorí sa starajú o dlhodobo chorých v domácom prostredí, často vyhľadávajú pomoc profesionálov, najmä ak je potrebné zabezpečiť zdravotné ošetrovanie. Najčastejšie spolupracujú so všeobecným lekárom alebo špecialistom – 45 %, so sestrou z ADOS – 21 % a v akútnych prípadoch s lekárskou službou prvej pomoci – 15 %.

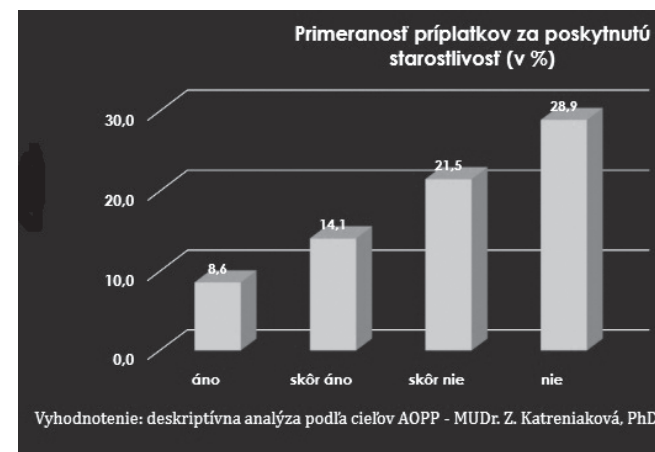
V tomto prípade však treba brať do úvahy riziko straty zamestnania či poklesu príjmu týchto neformálnych opatrovateľov, keďže starostlivosť o blízkeho narúša ich doterajší život, nielen ten pracovný. Druhou stranou mince je, že ani pri najlepšom úmysle títo neformálni opatrovatelia nie sú profesionáli a na zdravotný stav opatrovaného by mal dohliadať kvalifikovaný zdravotník. Preto je dôležité posilniť terénne a ambulantné zdravotnícke služby ako sú ADOS alebo mobilné hospice, prípadne sociálne služby v podobe opatrovateľských služieb či denných stacionárov.

Poskytovanie starostlivosti v zdravotníckom zariadení a v zariadení sociálnych služieb

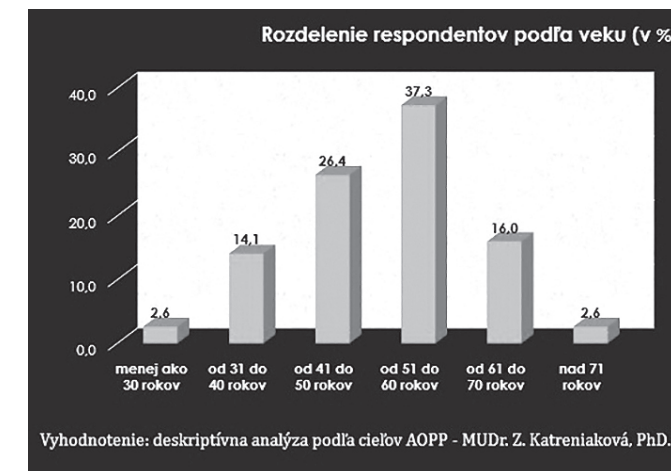


Stážnosti na personál, chýbajú štandardy

Viac ako polovica opýtaných bola celkovo spokojná so službami a poskytovaním služieb ako v zariadeniach sociálnych služieb, tak



aj v zdravotníckych zariadeniach. Tí nespokojní sa najviac sťažovali na personál, ktorý sa o ich blízkeho starať. Výrazne najviac sťažovali, až 46 %, bolo na zdravotnícky personál v zdravotníckych zariadeniach. „Riešiť tento problém by mal aj projekt stratifikácie nemocníc, v rámci ktorého sa počíta s tým, že na jedno lôžko bude pripadať viac zdravotníkov, ako je tomu v súčasnosti. To pomôže nielen zlepšiť pracovné podmienky a znížiť pracovné zaťaženie zdravotníkov, ale zároveň vytvorí čas a priestor na kvalitnejšiu a individuálnejšiu starostlivosť o pacientov,“ myslí si M. Lévyová.



Vo viac ako polovici prípadov opýtaní popisovali, že tesne pred úmrtím sa im príbuzným nedostávalo toľko starostlivosti a pozornosti od personálu, ako by očakávali.

Dnes v podstate neexistujú jednotné štandardy kvality poskytovania dlhodobej starostlivosti. Ak chceme, aby pacienti a ich príbuzní boli spokojnejší, mali by sme ich nastaviť a zabezpečiť kontrolu kvality poskytovanej dlhodobej starostlivosti.

Chcete lepšie služby? Priplatte si!

V prieskume sa viac ako polovica respondentov (54 %) vyjadrila, že za „kvalitnejšiu starostlivosť“ si potrebovali priplácať, pričom 50 % opýtaných takéto príplatky nepovažuje za primerané. „Drobné dary, všimné, sponzorstvo, jednorazovo alebo opakované, samoplatba v kvalitnejšom zariadení, platby aj

za ostatné služby,“ vymenováva formy príplátok jeden z respondentov prieskumu. Prieskum ukazuje, že zariadenia na poskytovanie zdravotnej starostlivosti nemajú dostatok financií, na čo obrazne aj doslovne dopláca pacient. Na jednej strane je potrebné upraviť financovanie dlhodobej starostlivosti, a to v závislosti od nákladov s tým spojených. Na strane druhej by sme mali zvážiť možnosť pripistenia sa pre prípad nadštandardnej dlhodobej starostlivosti v budúcnosti, uzatvára prieskum AOPP.

Spracované podľa webovej stránky Asociácie, <https://aopp.sk/co-robime/projekty>

Kontakt:
Asociácia na ochranu práv pacientov SR
 Prešovská 39, 821 08 Bratislava
 telefón: 0910 904 634
 e-mail: aopp@aopp.sk
 web: www.aopp.sk

Štandardy v ošetrovateľskej starostlivosti

Štandard je presný návod, ako majú zdravotnícki pracovníci postupovať v diagnostike a liečbe, čím môžu výrazne zlepšiť kvalitu ich klinických rozhodnutí v prospech pacienta. MZ SR od septembra 2017 intenzívne pracuje na príprave štandardných postupoch pre jednotlivé lekárske a nelekárske odbory, ako aj interdisciplinárne oblasti. Na ich tvorbe doteraz participovalo 1 300 expertov z rôznych odborov.

Ošetrovateľské postupy sú určené predovšetkým pre oblasť dlhodobej (inštitucionálnej) a akútnej ošetrovateľskej starostlivosti o seniorov, no môžu byť rámcovým podkladom aj pre kvalitnú ošetrovateľskú prax poskytovanú formou ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti na ostatných pracoviskách.

K 1. 1. 2019 nadobudlo účinnosť 9 národných štandardných postupov pre oblasť dlhodobej ošetrovateľskej starostlivosti (<https://www.standardnepostupy.sk/suvisiace-dokumenty>):

- 1) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s dekubitom
- 2) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s poruchami správania
- 3) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v paliatívnej starostlivosti (u dospelých)
- 4) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta ohrozeného vznikom a rozvojom imobilizačného syndrómu
- 5) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta s rizikom vzniku a rozvoja malnutície
- 6) Komplexný ošetrovateľský manažment predchádzania vzniku dekubitov u rizikového pacienta
- 7) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v agentúre domácej ošetrovateľskej starostlivosti
- 8) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v dome ošetrovateľskej starostlivosti
- 9) Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci

Legislatívne kroky vlády SR v oblasti dlhodobej starostlivosti

Od roku 2004 po prijatí zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti sa na Slovensku rieši dostupná právna úprava v oblasti poskytovania dlhodobej starostlivosti. Zainteresovaní, najmä osoby odkázané na dlhodobú starostlivosť a ich zástupcovia, subjekty zabezpečujúce LTC, verejní a neverejní poskytovatelia služieb, ako aj rezorty MZ SR a MPSVR SR opakovanne deklarovali, majú záujem na doriešení tejto problematiky v prospech občanov.

Na rok 2018 sa do plánu legislatívnych úloh vlády SR dostala spoločná úloha pre MZ SR a MPSVR SR, v termíne do júla 2018 pripraviť návrh zákona o dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti. Podľa zadania malo ísť najmä o zriadenie zariadení, ktoré budú poskytovať zdravotno-sociálnu starostlivosť s následnou úpravou podmienok na oprávnenie a prijímanie dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti, úpravu podmienok posudkovej činnosti na oprávnenie poskytovania dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti a spôsobu financovania dlhodobej zdravotno-sociálnej starostlivosti. Úloha sa napokon v roku 2018 nezrealizovala.

V roku 2019 bol návrh zákona o dlhodobej starostlivosti a dlhodobej podpore integrácie osôb s funkčným obmedzením predložený členom pracovnej skupiny na prípravu Stratégie dlhodobej starostlivosti na pripomienkovanie v dvoch verziách (marec a jún 2019). Ešte v čase pripomienkovania nového návrhu zákona sa objavili aj ďalšie názory, ktoré požadovali medzirezortné, resp. komplexné chápanie problematiky dlhodobej starostlivosti. Uvádzame tu len dva príklady: „Bohužiaľ sa nepodarilo do zákona dostať dlhodobú starostlivosť tak, ako by mala fungovať, teda medzirezortne. Skôr by som povedala, že máme formálnych a neformálnych opatrovateľov, ktorí zabezpečujú sociálnu starostlivosť, a máme ADOS pre ošetrovateľskú starostlivosť (M. Slaná, TU Trnava)“ alebo „V návrhu pripravovaného zákona „o dlhodobej starostlivosti“, ktorú som čítala v lete 2019, je tento pojem zafinovaný nejednoznačne, podmienky vykonávania, kto a ako ju

bude financovať a pod. V návrhu zákona mi chýba pojem paliatívna a hospicová starostlivosť, ako aj domáca hospicová starostlivosť, „pracuje“ sa tu iba s pojmom dlhodobá starostlivosť (J. Trizuljaková, LF UK Bratislava). Do návrhu zákona v jeho terajšej verzii napokon tieto a podobné názory ani neboli zapracované.

Samotný materiál MZ SR však napokon nebol z politických dôvodov prerokovaný vládou SR ani v roku 2019 aj s ohľadom na prípravu návrhu stratifikácie nemocničných lôžok a následnej zdravotnej starostlivosti a vzhľadom na termín blížiacich sa parlamentných volieb 2020. Oba rezorty sa napokon iba dohodli na úpravách vlastných systémov, pretože ich považujú za realizovateľnejšie z hľadiska časového (príprava právnej úpravy, uvedenie zmien do praxe) aj vecného (jednoduchšie a zrozumiteľnejšie zavedenie zmien do praxe). Konkrétne sa súčasťou platnej legislatívy SR stala zmena zákona č. 351/2017 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. spolu so zmenami a doplnením ďalších zákonov (podrobné informácie na www.slov-lex.sk).

Použité zdroje:

- Systém kontroly v zariadeniach sociálnych služieb so zameraním na seniorov, Výskum Verejnej ochrankyne práv, www.vop.gov.sk
SeniorHelp <http://www.seniorhelp.sk>
Portál Malina <https://www.portalmalina.sk> a <https://app.portalmalina.sk/>
Mgr. Lýdia Brichtová, PhD.: „Príručka na výpočet FPP“, Nezávislá platforma SocioFórum, o.z. http://www.socioforum.sk/attachments/article/261/Vypocet%20FPP%202019_web.pdf
Paliatívna medicína a liečba bolesti http://www.paliativnamedicina.sk/index.php?page=magazine_info&magazine_id=13
Dokument: Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republike (verzia 2019)
Stránky AOPP <https://aopp.sk/co-robime/projekty>
Zmena zákona č. 351/2017 Z. z. a ďalších zákonov podľa www.slov-lex.sk
PhDr. Zuzana Fabianová, MBA: Ošetrovateľské štandardy pre dlhodobú starostlivosť
Národné štandardné diagnostické postupy <https://www.standardnepostupy.sk/suvisiace-dokumenty>

Prílohu pripravil: Ing. Maroš Silný