

# Riešenie majú v rukách samotní...

## Dokončenie zo strany 1

Sestry hovoria, že administratívnu prácu trávia veľa času, a toto je niečo, čo by za nich mohol robiť človek, ktorý má stredoškolské vzdelanie a bol by zaučovaný a venoval by sa hlavne tejto administratíve. Takto im umožníme, aby venovali viac času pacientovi, viac sa venovali jeho edukácii, ale robili aj širšie spektrum zázkrov vrátane niektorých zázkrov, ktoré dnes vykonáva lekár.

## Hovoríte o úplne nových rolách nelekárskych pracovníkov?

Áno, a uvediem aj niekoľko ďalších príkladov, o ktorých veľa hovoríme s našimi študentmi. V USA pôsobia vyškolené zdravotné sestry, tzv. advanced practice nurse, ako manažérky hospitalizačného prípadu, tzv. case managers. Napríklad sa starajú o pacientov hospitalizovaných pre srdcové zlyhanie nielen počas ich pobytu v nemocnici, ale až tri mesiace po prepustení do domácej starostlivosti. V Holandsku majú špecializované zdravotné sestry, tzv. nurse practitioners, v kompetencii komplexnú starostlivosť o chronicky chorých pacientov vrátane indikovania pravidelných vyšetrení a úpravy medikácie v prípade zhoršenia klinických výsledkov pacienta. Ďalším príkladom je edukácia pacientov s diabetom. Trendom v zahraničí je, že edukáciu nerobí lekár alebo sestra, ale nutričný terapeut alebo špecializovaný edukátor diabetu. A často týchto edukátorov zdieľajú viaceré ambulancie. Každý lekár má svoju sestru, ale niekoľko ambulancií zdieľa niečo nutričného terapeuta. Toto je odbornosť, ktorá sa dnes v slovenskom zdravotníctve už vyučuje, máme študijný program edukátor diabetu, ale zatiaľ nie je reálne premietnutá vo fungovaní ambulancií a v platobných mechanizmoch zo strany zdravotných poisťovní.

## Aké zmeny podľa vás treba urobiť v ambulantnom sektore?

V zahraničí sa udialo to, že okolo pacienta sa začali budovať tímy spolupracujúcich lekárov a špecializovaných sestier. Je to postupný proces, smerovali k tomu niekoľko desiatok rokov. Súvisí to s tým, ako starne populácia, pribúda chronických pacientov, ako sú napríklad hypertenzia, pacienti s diabetom, ktorým už nestačí len starostlivosť jedného lekára. Pacienti sa k chorobe často dostali svojím životným štýlom. To, že začnú užívať lieky a budú monitorované komplikácie, im určite pomôže, ale veľká časť zlepšovania zdravia je o dodržiavaní odporúčaní a zmene životného štýlu. Ako som spomínala, vo svete sa začali budovať tímy, začalo sa to v USA a potom sa to postupne prenieslo do Holandska a do Nemecka. Lídom tímu býva obvyčajne lekár, ktorý má rozdelené úlohy s ďalšími členmi tímu, ako sú špecialisti, špecializované zdravotné sestry s rôznou mierou odbornosti (nurse practitioner, physician assistant), nutriční terapeuti, administrátori a podobne. Napríklad v Holandsku sa o pacientov s diabetom stará praktický lekár alebo endokrinológ, ktorí zdieľajú špecializovanú zdravotnú sestru. Pacienti sú rozdelení medzi nich podľa miery závaž-

nosti ochorenia, o komplikovaných pacientov a tých s diabetom 1. typu sa stará endokrinológ, o pacientov s inzulínom a so psychosociálnymi problémami sa stará zdravotná sestra a ostatní sú v starostlivosti všeobecného lekára. Zaujímavé je, že pri spustení programu bolo v starostlivosti sestier cca 30 percent pacientov a postupne tento podiel vzrástol na viac ako 60 percent. Sestry môžu u pacientov s diabetom robiť základnú anamnézu, objednávať vybrané vyšetrenia, zhodnotiť zdravotný stav pacienta a ak sú vyškolené a lekár s tým súhlasí, môžu upravovať farmakoterapiu. Skúsenosti ukázali, že v niektorých prípadoch sú tieto sestry úspešnejšie v stabilizácii pacienta ako lekár.

## Čím sa to dá vysvetliť?

Je to spôsobené kombináciou faktorov, ale pravdepodobne je to tým, že sestra má na pacienta oveľa viac času a je naučená dodržiavať odporúčania pre liečbu. Zoberme si, koľko je dnes diabetikov – je to minimálne osem percent populácie – takže lekár môže s pacientom stráviť päť, možno desať minút, zatiaľ čo sestry majú na toho pacienta oveľa viac času. Ďalšia vec je, že sestra má tendenciu rozprávať sa s pacientom trochu ľudovo-vejšim jazykom. Je schopná dostať od neho informácie o jeho aktuálnej rodinnej situácii, čo momentálne rieši, a pomôcť mu „zladit“ starostlivosť o chorobu so životom a s tým, čo má rád alebo čo ho trápi. Pacienti s hypertenziou alebo diabetom veľa-krát počujú, že majú schudnúť, ale nedostanú konkrétne odporúčania. Jedna diabetologička mi povedala, že to tiež takto hovorila pacientom. Jedna pacientka si povedala si, že schudne. Našla si nutričnú poradkyňu, ktorá jej nastavila diétu absolútne nevhodnú pre diabetika, čím jej ešte zhoršila zdravotný stav. Čiže vďaka tomu, že sestra má oveľa viac času na pacienta a dokáže sa s ním rozprávať jazykom, ktorému pacient rozumie, tak je schopný tieto odporúčania oveľa lepšie sledovať.

## Sestra v takom prípade manažuje aj nutričného terapeuta?

V Holandsku je to v jednotlivých ambulanciách rôzne, ako si to kto nastaví. A to je u nich zaujímavé – nedefinovať kompetencie a zodpovednosť v zákone presne, kto môže čo robiť, ale povedať, čo má byť kvalitná starostlivosť o pacienta s príslušnou chorobou a nechať ambulanciu, aby si zorganizovala, kto to zabezpečí. Môže to byť tak, že edukáciu pacientovi poskytne sestra, ale môžu byť ambulancie, kde sestra urobí základnú edukáciu a ak ide o komplikovanejšieho pacienta, na to je zdieľaný nutričný terapeut ako špecialista na stravovanie aj pohyb, ktorý trávi s komplikovaným a destabilizovaným pacientom viac času. O pacienta sa v podstate stará celý tím.

## Je to vždy o podriadenosti lekárovi, alebo tie kompetencie dostávajú sestry už do inej pozície voči lekárovi?

V Holandsku je to tak, že tieto špecializované zdravotné sestry, tzv. nurse practitioner, pracujú viac samostatne, ale spolupráca medzi sestrou a lekárom mu-

## HENRIETA TULEJOVÁ

vyštudovala Masters in Health Policy and Management na Brandeis University v Bostone a finančný manažment na UK v Bratislave. Je bývalou členkou Zajacovho reformného tímu a spoluzakladateľkou a lektorkou Advance Healthcare Management Institute.



Foto: Peter Mayer

si byť, musia si dohodnúť rozdelenie úloh a kompetencií a vzájomne si dôverovať. Naopak, v tíme sú aj zdravotné sestry, ktoré pracujú viac pod priamym dohľadom lekára. Nastavenie fungovania tímu je o jeho lídrovi, niektorí lídri viac preferujú hierarchickú štruktúru podobnú pyramíde, niekde tímy fungujú viac na princípe kooperácie, konsenzu a spolurozhodovania.

## Dá sa toto premietnuť do našich podmienok?

Keď sa pozrieme do Holandska, vznikalo to postupne. Najväčší faktor zmeny bol ten, že poisťovne, poskytovatelia aj ministerstvo sa dohodli na zmene odmeňovania ambulantných lekárov. A keďže peniaze determinujú správanie, viedlo to k veľkej reorganizácii starostlivosti o chronicky chorých pacientov. Dohodli sa na tom, že poisťovne budú platiť tzv. balíčkovú platbu (bundled payment) za celkovú starostlivosť o chronicky chorého pacienta, napríklad diabetika. Druhá dôležitá vec bola, že si presne zadefinovali, čo je štandard, čo je kvalitná starostlivosť o diabetika, aké vyšetrenia má mať absolvované a v akej frekvencii. A potom to nechali na ambulantných lekárovi, aby si sami povedali, ako tento štandard zabezpečia. Tak vznikli rôzne modely, niektorí lekári sa združili, vytvorili väčšiu polikliniku, najali si personál, prijali na seba balíčkový kontrakt a povedali, že poskytnú všetku zdravotnú starostlivosť, napríklad okrem očného a nefrologických komplikácií, a plne za ňu zodpovedajú. Každý si mohol zadefinovať rozsah starostlivosti, za ktorý zodpovedá, podľa toho, aký tím vytvoril. Poznám aj extrémny, ale veľmi zaujímavý model, ktorý vedie Giel Nijpels z Holandska a prezentoval ho na International Health Summit v máji v Prahe. Je to diabetologická poliklinika postavená na tom, že je tam jeden jediný lekár, ktorý má pod sebou tím 50 zdravotníkov a administrátorov – od špecializovaných zdravotných sestier, praktických sestier, administratívnych pracovníkov, optikov až po nutričných tera-

peutov. A všetci títo ľudia majú zodpovednosť za istú časť zdravotnej starostlivosti o diabetika.

## Ako to vyzerá v každodennej praxi?

Táto „poliklinika“ má dohodu zhruba so 100 všeobecnými lekármi, že sa im starajú o ich pacientov s diabetom. Administratívni pracovníci majú za úlohu dostať každého pacienta s diabetom na pravidelnú kontrolu, čo je nielen u nás problém, pretože pacienti sú nezodpovední. Zdravotné sestry majú za úlohu pacienta odmerať, odvážiť, prejsť s ním jeho zdravotný stav, spraviť zverené klinické vyšetrenia vrátane napríklad kontroly očného pozadia a iných komplikácií, a zhodnotiť ich výsledky. V prípade, že identifikujú komplikácie, môžu pacienta odoslať k inému špecialistovi. K lekárovi sa týmto síťom dostane len veľmi malý počet tých najkomplikovanejších pacientov. Pre kliniku to znamenalo preštudovať si štandard, vybudovať procesy a vyškoliť personál tak, aby štandard dodržiavali tak, ako treba. Budujú to už 20 rokov. Vždy, keď sa s tým lekárom stretne, hovorí, že ďalšiu kompetenciu presúva na sestry. Napríklad štandard hovorí, že raz za rok má pacient absolvovať kontrolu retinopatie (očného pozadia). U nás je štandardné, že pacienta treba poslať k očnému lekárovi. Oni vyškolili sestru, ktorá urobí kontrolu očného pozadia, vyhodnotí ho a ak nájde komplikáciu, až vtedy pacienta posieľa k očnému lekárovi.

## Čo na to hovoria pacienti?

Vyhovuje im to, že sa k lekárovi ani nedostanú?

Problém nemali s pacientmi, skôr s lekárskou obcou, ktorá bola dlhodobo zvyknutá, že primárne sa o pacienta stará lekár, a ktorá vyslovila obavy o kvalitu takejto starostlivosti. Tento lekár sa s tým vyrovnal veľmi zaujímavým – dal univerzite k dispozícii svoje dáta, aké sú výsledky zdravotnej starostlivosti. Nechal sa dlhé roky porovnávať a stále sa porovnáva s kontrolnou vzorkou vo viacerých parametroch, ako je miera kontroly glykova-

ného hemoglobínu, miera amputácií a rôznych komplikácií. V mnohých parametroch vychádza významne lepšie. Napríklad miera amputácií u jeho diabetikov je na úrovni 1/5 miery v EÚ a 1/3 v porovnaní so zvyškom Holandska. To, na čo chcem týmto príkladom hlavne poukázať, je, že môžu existovať rôzne modely starostlivosti o pacienta a že je potrebné vytvoriť zodpovedným lekárom, sestram a manažérom dostatočný priestor na vytváranie nových rolí a nových kompetencií zdravotníckych i nezdravotníckych pracovníkov.

## Viete si predstaviť, čo by na to povedal slovenský pacient?

My sme zvyknutí na to, že sa vždy k tomu lekárovi dostane-

“Trend vo svete je opačný, k lekárovi sa dostanú len tí najťažší pacienti.

me a ak nemáme kontakt s lekárom, tak to nie je dobrá zdravotná starostlivosť. Ale trend vo svete je opačný, k lekárovi sa dostanú len tí najťažší, najkomplikovanejší pacienti a tí jednoduchší, štandardní, sú vybavovaní špecializovanými a skúsenými zdravotnými sestrami. Napríklad vo Veľkej Británii sa v obvyčajných, ale aj urgentných ambulanciách veľa pacientov k lekárovi vôbec nedostane. Pri prvom kontakte s pacientom je nastavený systém triage – triedenia, ktorý už funguje aj u nás, a nekomplikovaní pacienti sú vyriešení špecializovanou zdravotnou sestrou, a tým sa určujú prieťahy pacientov ambulanciou alebo urgentom. Ale je to o tom, že oni sa do tohto stavu dostávajú dlhé roky. A my tiež musíme pacienta naučiť, že zdravotná starostlivosť, ktorú poskytuje vo vybraných prípadoch vzdelaná a skúsená sestra, je rovnako kvalitná, ako keby to bol lekár. Ukázali to napokon aj skúsenosti v iných krajinách – pacienti boli so starostlivosťou spokoj-

nejší, klinické výsledky boli porovnateľné a väčšinou sa to vyplatilo aj ekonomicky. V niektorých prípadoch zaznamenali vyššie náklady u sestier, pretože boli opatrnejšie a objednávali viac laboratórnych a diagnostických vyšetrení ako lekári.

## Treba teda začať zmenou platobných mechanizmov?

Áno, v Holandsku priniesla zmena odmeňovania zásadnejšiu zmenu a skvalitnenie ambulantnej starostlivosti a posilnenie kompetencií sestier. Sme stále na začiatku a zmena musí byť rozsiahlejšia. Všeobecní lekári sú dnes odmeňovaní hlavne kapitáciou. Prvá lastovička je kontrakt Dôvery, ktorý je inšpirovaný práve holandským modelom a zavádza samostatnú platbu za tzv. sesterský výkon. To dodnes u ambulantných lekárov nebolo. Zatiaľ tento kontrakt prijali všeobecní lekári pre deti a dorast. Bude si to vyžadovať aj zmenu organizácie práce na strane ambulancie, čo bude tiež trvať nejaký čas. Dnes sa jedna ambulancia veľakrát rovná jeden lekár a jedna sestra, a zrazu potrebujete možno dve miestnosti na to, aby ste mohli mať ďalšiu sestru alebo ďalšie dve sestry. Toto všetko si vyžaduje čas.

## Poznám pediatričky, ktoré dnes okrem svojej sestry zdieľajú aj tretiu sestru, sú ambulancie s dvomi sestrami, takže sa to už deje aj u nás.

Áno, a takto je to v poriadku, to nie je niečo, čo má byť nariadené zhora. To musí sedieť štýlu ambulancie. Je to dlhodobý proces, na ktorý musí ministerstvo myslieť aj v tom, ako nastavuje legislatívu, ako definuje kompetencie sestier a štandardy kvalitatívnej starostlivosti, a nerobí všetko v zákone, ako je to dnes. Ale skôr to robí v podzákonnej norme, odborných usmereniach, ktoré sú ľahšie meniteľné, flexibilnejšie. Alebo skôr definovať, aké kompetencie musí mať človek, ktorý má vykonávať istú činnosť, aké vzdelanie, a nie vzťahovať to len na konkrétnu pracovnú pozíciu. A nechať priestor poskytovateľom – nemocniciam, ambulanciám, aby si to zorganizovali a vyškolili tak, ako je to vzhľadom na súčasné personálne možnosti možné.

## Modely, o ktorých hovoríte, počítajú s tým, že chceme odbremeniť lekára, aby niektoré kompetencie vykonávala sestra. Nie je návrat k stredoškolsky vzdelaným sestram v rozpore s týmto trendom?

V diskusií často zaznievajú obavy o kompetentnosť zdravotných či praktických sestier. Podobné obavy zaznievali aj v iných krajinách a museli sa s nimi vyrovnávať. Je to prirodzená obava zo zmeny, strach, že príde o nejakú prácu, ktorú robíme radi, strach, aby nebol ohrozený pacient. Je potrebné, aby lekári, zdravotné a praktické sestry medzi sebou komunikovali na národnej úrovni, ale aj na svojich pracoviskách a hľadali zmenu. Je potrebné, aby si dohodli rozdelenie zodpovedností a úloh, vzájomne sa vzdelávali a vnímali to ako príležitosť na zlepšenie svojho pracovného prostredia a kvality starostlivosti o pacienta.