LEKÁRSKE
NOVINY

PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH

Multiprofesionálna spolupráca v zdravotnej starostlivosti

Multiprofessional cooperation in health care

REPRINT
december
2021

LEKÁRSKE NOVINY
Mesačník slovenských lekárov
a zdravotníckych pracovníkov

Vydané: december/2021

Evidenčné číslo: EV 5695/18
ISSN 2585-9595

Vydavateľ:
VEEVENT s.r.o.
Sídlo: Harmónia 3003, 900 01 Modra
Obchodný register Okresného súdu
Bratislava I, Oddiel: Sro, Vložka číslo: 120127/B
IČO: 50 910 639
DIČ: 2120531853
IČ DPH: SK2120531853
IBAN SK29 7500 0000 0040 2575 0172

Recenzenti
prof. MUDr. Milan Dragula, PhD.
RNDr. Monika Trechová, MPH
doc. MUDr. Ján Bielik, CSc.

Šéfredaktorka
Mgr. Karolína Kolesárová, PhD.

Editor vydania
Mgr. Jozef Dermek

Editor odbornej prílohy
Radoslav Kolesár

Redakcia
Peter Valo, Mgr. Jana Matisová,
JUDr. Jana Smolková

Jazykové korektúry
Mgr. Diana Židová, PhD.

Layout a grafika
Bc. Miroslav Pekár

Riaditeľ vydavateľstva
Radoslav Kolesár
E-mail: obchod@lekarskenoviny.sk

Email - redakcia: redakcia@lekarskenoviny.sk
Telefón: +421 917 799 278

Web stránka
www.lekárskenoviny.sk

FB
www.facebook.com/Lekárske-noviny-2444027439005327

Upozornenie
Na všetky texty sa vzťahuje autorské právo. Za obsah textov a reklám zodpovedajú ich autori a zadávatelia. Vydavateľ si vyhradzuje právo na skrátenie a formálnu úpravu textov a na ich jazykovú úpravu. Vydavateľ si tiež vyhradzuje právo na umiestnenie inzercií, reklamných článkov, pokiaľ nebolo ich umiestnenie dohodnuté so zadávateľom. Kopírovanie a rozširovanie textov, grafov a fotografií alebo ich častí je povolené len s výslovným súhlasom vydavateľa. Uverejnené texty, reklamné články a inzercie majú výlučne informatívny charakter a v žiadnom prípade nemôžu nahradiť odborné stanovenie diagnózy odborným vyšetrením. Vydavateľ nezodpovedá za škody, ktoré by mohli vzniknúť nedodržaním vyššie uvedených povinností a záväzkov.

© VEEVENT s.r.o.

OBSAH

Predhovor 4

Aktuálne celospoločenské výzvy v oblasti zdravia 5

Multiprofesionálna spolupráca 7

Komplexná viacdimenzionálna starostlivosť 13

Interdisciplinárne vzdelávanie 14

Vertikálna a horizontálna integrácia 16

Použitá literatúra 22

Slovník 23

Príspevok vznikol vďaka podpore z programu Európskej únie Erasmus+, Kľúčová akcia 2 - Spolupráca v oblasti inovácií a výmena osvedčených postupov, KA202 - Strategické partnerstvá v oblasti odborného vzdelávania a prípravy. Názov projektu „Komplexný multiprofesionálny prístup k liečbe pacientov so zameraním na použitie menej frekventovaných metód“, číslo projektu 2020-1-SK01-KA202-078222. Publikácia reprezentuje výlučne názor autorov a Európska komisia nezodpovedá za akékoľvek použitie informácií v nej obsiahnutých.

Predhovor

Slovenské zdravotníctvo v uplynulých rokoch čelilo mnohým výzvam a napriek tomu, že sa už dlhodobejšie potýka s kapacitnými a systémovými nedostatkami rôzneho charakteru, ako je najmä v poslednom najčastejšie spomínaný nedostatok kvalifikovaného zdravotníckeho personálu a zhoršujúca sa veková štruktúra poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, dá sa povedať, že aj keď sa bohužiaľ len málo sa za to isté obdobie urobilo, aby sa bežné každodenné pracovné podmienky zdravotníckych pracovníkov na Slovensku nejako výraznejšie zlepšili, zvládli a zvládajú to naďalej so cťou a treba naozaj s úctou uznať, že s najlepšími možnými výsledkami v podobe podpory zdravia pacientov, aké sa v daných podmienkach dali dosiahnuť.

Európska komisia už dlhodobejšie Slovensku na riešenie problému nedostatku lekárov a sestier odporúča posilnenie tímov ambulantnej zdravotnej starostlivosti. Nabáda regulátorov slovenskej zdravotnej starostlivosti, aby začali tvoriť multiprofesionálne tímy všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, do ktorých majú byť okrem lekárov a sestier viac zapojení aj iní zdravotnícki pracovníci, ako sú verejní zdravotníci, nutriční terapeuti, psychológovia, pracovní terapeuti (u nás liečební pedagógovia), klinickí logopédi, fyzioterapeuti, farmaceuti, laboratórni diagnostici a ďalší, ktorí majú spoločne lepšie a komplexnejšie reagovať na zdravotné potreby obyvateľstva priamo tam, kde vznikajú a svojím pôsobením výraznejšie posilniť oblasť nefarmakologickej prevencie.

Uvedené predpokladá nielen množstvo strategických legislatívnych, programových a projektových úprav, tvorbu nových pracovných miest, motivačných mechanizmov pre prácu na Slovensku a rozvoj systému interdisciplinárneho vzdelávania. Zámerom tohto príspevku je pre všetkých tých, ktorých problematika multiprofesionálnej spolupráce v ambulantnej zdravotnej starostlivosti zaujíma, do podrobnejších detailov zvýrazniť, že aj keď je takáto cesta v organizácii ambulantnej zdravotnej starostlivosti odporúčaná a možná, čo všetko to vlastne v jednotlivých organizačne-logistických dimenziách znamená a ako by to mohlo prispieť k zlepšeniu dostupnosti komplexnej a kvalitnej zdravotnej starostlivosti.

Autorka

Anotácia: Príspevok informuje o význame multiprofesionálnej spolupráce v ambulantnej zdravotnej starostlivosti a to jednak z pohľadu organizácie a riadenia zdravotníctva ako aj z pohľadu odbornej prípravy a vzdelávania profesionálov.

Kľúčové slová: komplexná zdravotná starostlivosť, multiprofesionálna spolupráca, integrácia činností, interdisciplinárne vzdelávanie, kompetencie v zdravotníctve

1.
Aktuálne celospoločenské výzvy v oblasti zdravia

Západná civilizácia, napriek jednoznačnému pokroku a inováciám v konvenčnej medicíne, v poslednom období čoraz viac podlieha epidémii chronických neinfekčných ochorení (neurodegeneratívne, kardiovaskulárne, onkologické, metabolické, dýchacie, úrazy, atď.). Zároveň starne vo veľmi zlom zdraví a kvalite života a vzhľadom na celosvetovo reportovaný nedostatok kvalifikovaného personálu aj v zhoršenej dostupnosti potrebnej zdravotnej starostlivosti. Situácia v jednotlivých štátoch je odrazom tohto celkového trendu, Slovensko nevynímajúc. A hoci dnes sú mediálne v popredí skôr štatistiky o infekčnom ochorení Covid-19, podľa verejne dostupných meta-údajov o zdravotnom stave obyvateľov z pohľadu vývoja a prognostických ukazovateľov sa dá predpokladať, že počet ochorení a úmrtí na ochorenia neinfekčnej etiológie bude nielen na Slovensku, ale aj celosvetovo ďalej stúpať.

PRÍKLAD 1

Incidencia a prevalencia onkologických ochorení (celosvetovo)

Na príklade onkologických ochorení ilustrujeme, že napríklad podľa zistení Medzinárodnej agentúry pre výskum rakoviny Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá v roku 2018 uskutočnila výskum v 185 krajinách o výskyte a úmrtnosti na 36 typov rakoviny, sa celosvetovo do konca roku 2018 predpokladalo 18,1 milióna zistení nových prípadov rakoviny a 9,6 milióna úmrtí na rakovinu v tom istom roku *(IARC WHO, 2018)*.[1] Po overení odhadov v retrospektívnom zisťovaní z roku 2020 agentúra potvrdila výskyt 19,3 milióna novo zistených prípadov a 9,9 milióna úmrtí na rakovinu celosvetovo *(IARC WHO, 2020)*.[2]

Podľa týchto štúdií sa v priebehu života rakovina rozvinie u každého 5. muža a každej 6. ženy a 1 z 8 mužov a 1 z 11 žien na toto ochorenie aj zomrie. Európa pritom predstavuje 23,4% všetkých zistených prípadov a 20,3% z úmrtí. Medzi najčastejšie sa vyskytujúce typy rakoviny celosvetovo patria rakovina prsníka, rakovina hrubého čreva a rakovina pľúc *(IARC WHO, 2018)*.[1] Podľa posledných dostupných údajov sa v roku 2017 Slovensko dokonca vyskytovalo na 2. priečke najvyššieho výskytu kolorektálneho karcinómu u mužov hneď po Južnej Kórei *(TASR, 2017)*.[3]

Podobne podľa posledných dostupných údajov Eurostatu z mája 2017, boli v roku 2014 zhubné nádory najčastejšou príčinou smrti v krajinách EÚ-28. V priemere na ne zomrelo 262 z každých 100 tis. obyvateľov *(Eurostat, 2017)*. Medzi najviac postihnuté európske krajiny so štandardizovanou mierou úmrtnosti na zhubné nádory 300 a viac na 100 tis. obyvateľov spomedzi EÚ-28 patrili Maďarsko, Chorvátsko, Slovensko, Slovinsko a Dánsko.[4]

1. Latest Global Cancer Data. International Agency for Research on Cancer World Health Organization, Press release No. 263 from 12th September 2018. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf?ua=1>
2. Latest Global Cancer Data Cancer Burden Rises to 19,3 mil. New Cases and 10,0 mil. cancer deaths in 2020. Questions & Answers (Q&A). International Agency for Research on Cancer World Health Organization, 2020. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.iarc.who.int/faq/latest-global-cancer-data-2020-qa/>
3. V ochorení na rakovinu hrubého čreva vedie Slovensko svetový rebríček, 11. júna 2015, TASR, Teraz.sk. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/slovensko/najviac-muzov-v-sr-ochorie-na-rakovinu/139946-clanok.html>
   V globálnom rebríčku patrí Slovensku druhé miesto po Južnej Kórei, kde v minulosti nebol taký výskyt tohto ochorenia. Tretie miesto patrí Maďarsku. TASR 11. júna 2015. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/slovensko/najviac-muzov-v-sr-ochorie-na-rakovinu/139946-clanok.html>
4. Štatistika príčin smrti (2017). Brusel: Eurostat Statistics Explained. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/sk>

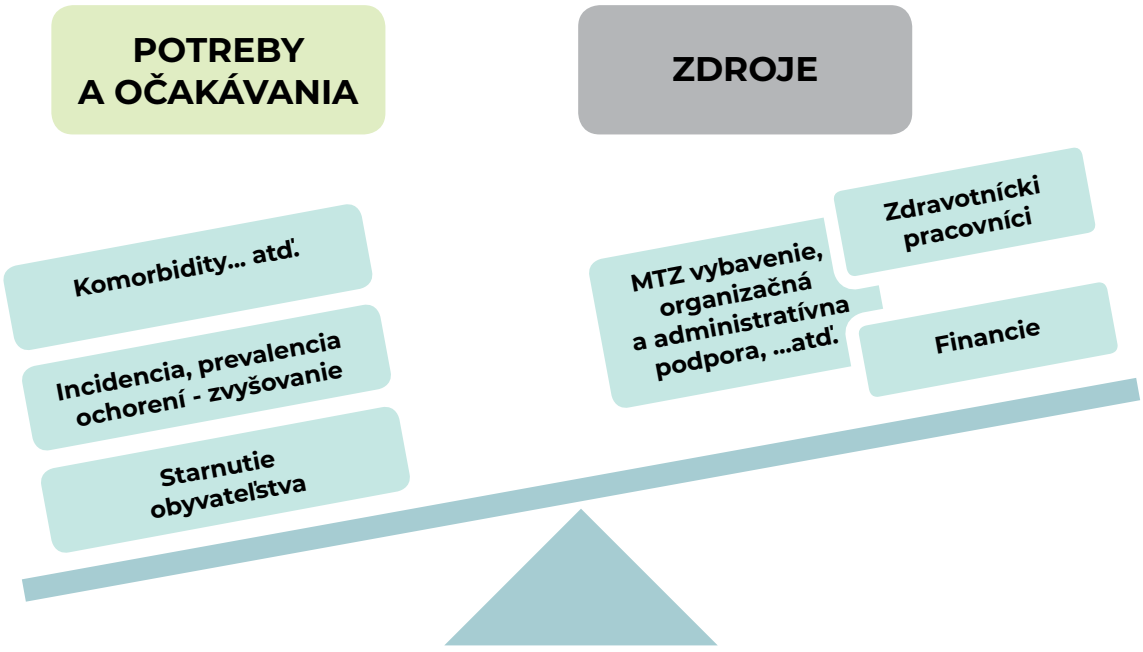
V európskom porovnaní má Slovenská republika mieru úmrtnosti na onkologické ochorenia v populácii od 0–64 rokov 1,8-krát vyššiu ako Fínsko, 1,4-1,5-krát vyššiu ako Rakúsko a krajiny EÚ 15, 1,3-krát vyššiu ako Maďarsko, 1,2-krát vyššiu ako Česká republika a rovnakú ako Ukrajina. Pokiaľ ide o medzinárodné porovnania v populácii od 65 rokov veku, Slovenská republika má 1,6-krát vyššiu mieru úmrtnosti na onkologické ochorenia ako Ukrajina, 1,2 až 1,4-krát vyššiu ako Fínsko, EÚ 15 a Rakúsko, 1,1-krát vyššiu ako Česká republika a rovnakú ako má Maďarsko *(ÚVZ SR, 2015, s. 23)*.[5] V absolútnom vyjadrení to predstavuje 82 prípadov úmrtí na onkologické ochorenie na každých 100 tis. obyvateľov vo veku od 0 do 64 rokov a 1 100 prípadov úmrtí na onkologické ochorenie na každých 100 tis. obyvateľov vo veku 65 a viac.[5]

Podľa posledných národných štatistík ochorenia neinfekčnej etiológie tvorili viac ako 90% úmrtí na Slovensku, z toho onkologické ochorenia predstavovali druhú najčastejšiu príčinu smrti zo všetkých príčin smrti hneď po ochoreniach obehovej sústavy, ktoré spolu tvoria viac ako 70% úmrtí.[6] Onkologické ochorenia sú podľa údajov Sociálnej poisťovne tiež na prvom mieste príčin invalidizácie občanov Slovenska s mierou funkčného postihnutia viac ako 70%. Pokiaľ ide o novozistené prípady (incidencia), výskyt zhubných nádorov v celej populácii na Slovensku stúpa[7] (ibid, s. 33), podľa lokalizácie dominuje u mužov kolorektálny karcinóm (15% zo všetkých hlásení) a u žien karcinóm prsníka (17% zo všetkých hlásení).[8]

Prístup verejnosti k zdravotnej starostlivosti pritom do značnej miery ovplyvňujú nielen dostupné kapacity zdravotníckych profesionálov na danom území ako aj ďalšie zdroje ako sú priestorové, materiálno-technické, finančné, ale aj organizačné záležitosti, medzi ktoré patrí aj kvalita vzťahov, miera vzájomnej spolupráce, dostupná administratívna podpora vykonávaných odborných pracovných činností a podobne.

Podľa doterajšej odbornej praxe je optimálne, keď spolupráca prebieha koordinovane horizontálne aj vertikálne a je podporená systematickým kontinuálnym interdisciplinárnym vzdelávaním a zmenami v pracovných podmienkach a systéme organizácie a riadenia zdravotnej starostlivosti s podporou príslušných právnych predpisov a strategických a implementačných dokumentov.

Obrázok 1 – Potreby a očakávania vs. zdroje



Zdroj: vlastné spracovanie

5. BARÁKOVÁ, A., CVOPOVÁ, A. a kol. (2015): Medzinárodné porovnanie miery úmrtnosti na prioritné skupiny chorôb. In: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky 2012-2014, s. 22-23. Materiál Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky z programu rokovania vlády Slovenskej republiky 7. septembra 2015. s. 23. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=2690:sprava-o-zdravotnom-stave-obyvatestva-slovenskej-republiky-za-roky-2012-2014&catid=108:materialy-schvalene-vladou>
6. Demografia – príčiny úmrtí v Slovenskej republike v roku 2020. Bratislava: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2021. [cit. 2021-11-26]. Dostupné na internete: <https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/aboutus/office.activites/officeNews/vsetkyaktuality/6de671fb-b69b-4f85-9c82-4a0a1595f0a0/!ut/p/z1/tVLLUsIwFP0WF122uaGv1F1gHFqlC3AQmo2TQh-xtIU2tPTvDY4LdURxYRZ5nnvOvTkXMbRGrOKdyLgUdcV36hwx53nuBmQ8xhQgfJhAYAb-fEwX2MIj9IQYYptK7mWOojpuea63hS6qVOeF1EBNohNyUOuR79RGg65NZPHxwtkmjovTWI8dL9atlNi6tyEj3eLAse3ZKXA4q-w3Youiq9Cr39Jm6hkuDHqOZ2-QyZT6ljsDILOpDQH1lwtvbppAzXfADxyRysG9mIOP0aoTSY-WVd2U6qcf_1i-iD-geMRGXRr8pDTAwIQ6xwMG2bbnYA-fsnXg5HBhVBtWVTE4Srf_RISU3asJJmKkyuMzPCjVaf-FC62u5aBWbRHE1SZo0SWMcG9WNuZT79lYDDfq-N7K6znaJ0RbatxF53aqK-PwHRviyJOehFGt6ZFouHkx0PPb25eQXbnaI1/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/>
7. BARÁKOVÁ, A., CVOPOVÁ, A. a kol. (2015): Medzinárodné porovnanie miery úmrtnosti na prioritné skupiny chorôb. In: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky 2012-2014, s. 33. Materiál Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky z programu rokovania vlády Slovenskej republiky 7. septembra 2015. s. 23. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=2690:sprava-o-zdravotnom-stave-obyvatestva-slovenskej-republiky-za-roky-2012-2014&catid=108:materialy-schvalene-vladou>
8. ibid, s. 37

2.
Odporúčaná koordinovaná multiprofesionálna spolupráca

Vyššiu účinnosť zdravotnej starostlivosti a dosahovanie pozitívnych ukazovateľov zdravia pri zvyšovaní miery spolupráce, odborne vedenom zapájaní zdravotníckych aj nezdravotníckych profesionálov do poskytovanej starostlivosti a pri odborne koordinovanej integrácii činností jednotlivých profesionálov dlhodobo dokumentujú nielen štúdie zahraničných autorov *(Wells, N. et all., 1989;*[9] *Ponte, P. R. et all.,*[10] *2010, Zhou, Y. et all., 2021*[11]*)*, ale aj naša vlastná historická skúsenosť. Niektorí slovenskí zdravotnícki pracovníci si ešte pamätajú funkčný systém horizontálne a vertikálne inštitucionálne organizovanej spolupráce zdravotníckych profesionálov ambulantného a ústavného segmentu zdravotnej starostlivosti na území bývalého Československa v 70-tych až 80-tych rokoch minulého storočia.

Zdravotnícki pracovníci - dnes v slovenskom ambulantnom zdravotníckom systéme atomizovaní ako tzv. samostatní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti – samozamestnávatelia - boli vtedy organizačne združení do väčších profesionálnych tímov odborníkov (vo vtedajšej terminológii „kolektívov“) v zdravotných strediskách, poliklinikách a nemocniciach s poliklinikou. Charakteristickým znakom činnosti všetkých týchto kolektívov/tímov odborníkov bolo, že v nich kontinuálne prebiehala vnútorne riadená interakcia, teda každodenné koordinované riadenie odborných činností a spolupráce jednotlivých odborníkov a tímov príslušnej organizácie navzájom. A s tým súvisela aj istá logistická previazanosť jednotlivých pracovísk a odborných činností a ich logická hierarchizácia. Na vyššom stupni hierarchie sa vždy poskytovalo viac služieb a komplexnejších ako na stupni nižšom (v ambulancii menej ako v zdravotnom stredisku, v obci menej ako v meste, v meste menej ako v okresnom meste, v okresnom meste menej ako v krajskom meste). Uvedené prirodzene kopírovalo dopravnú dostupnosť ako aj dostupnosť ostatnej infraštruktúry *(Makovický, E. a kol., 1978)*.[12]

V zdravotnom stredisku spoluprácu tímu (kolektívu) odborníkov odborne a metodicky riadil vedúci lekár, ktorý:[12]

a) poskytoval liečebno-preventívnu starostlivosť pre pacientov z daného územného obvodu a zároveň b) organizoval a viedol ostatných kolegov – zdravotníckych pracovníkov pracujúcich v zdravotníckom obvode, c) zodpovedal za zdravotný stav obyvateľstva v tomto obvode, d) za úroveň všetkých ambulantných zdravotných služieb poskytovaných v obvode. Tento vedúci obvodný lekár tiež e) riadil a kontroloval prácu kolegov, f) staral sa, aby navzájom úzko spolupracovali, odovzdávali si navzájom poznatky o zdravotnom stave a uvedomení obyvateľstva a o hygienickej a epidemiologickej situácii v obvode a g) zodpovedal aj za hospodárenie so zverenými prostriedkami, ktoré mala zdravotnícka služba v obvode k dispozícii. V poliklinikách riadili väčšie tímy odborníkov vedúci lekári polikliník, v nemocniciach s poliklinikou riaditelia týchto nemocníc.

Obrázok 2 – Multiprofesionálny tím - spoločné konzíliá, prípadové analýzy, vzdelávanie

KOMPLEXNÝ MULTIPROFESIONÁLNY TÍM

- Lekár
- biológ
- fyzik
- chemik
- matematik
- sestra
- fyzioterapeut
- výživový poradca
- psychológ
- logopéd
- liečebný pedagóg
- zubný lekár
- farmaceut atď.

Zdroj: vlastné spracovanie, freepik.com

9. WELLS, N., JOHNSON, R., SALYER, S. (1998): Interdisciplinary collaboration. In: Clinical Nurse Specialist, Jul, 12 (4):161-8, ISSN 1538-9782 [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9987223/>
10. PONTE, P. R., GROSS, A. H., MILLIMAN-RICHARD, Y. J., LACEY, K. (2010): Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. In: Annual Review of Nursing Research, Volume 28, Issue 1, 159-189 [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21639027/>
11. ZHOU, Y., LI, Z., LI, Y. (2021): Interdisciplinary collaboration between nursing and engeenering in health care: A scoping review. In: International Journal of Nursing Studies, Volume 117, May 2021, [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33677250/>
12. MAKOVICKÝ, E. a kol. (1978): Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva. Kompendium. Druhé prepracované a doplnené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 70-0077-81; SKRBKOVÁ, E., GANICKÝ, B., ŠTĚPÁN, J. (1969): Náuka o zdravotníctve. Učebný text pre stredné zdravotnícke školy. Tretie doplnené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 70-034-69

Koncom 90-tych rokov minulého storočia sa vyskytli snahy vtedajšej vlády SR zakotvené dokonca aj v jej programovom vyhlásení (z roku 1998), ktorá sa tento trend postupnej fragmentácie ambulantnej zdravotnej starostlivosti reflektovaný jednoznačne ako proces v neprospech pacienta pokúsila zvrátiť tým, že podporí spoluprácu poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti dopytovo orientovanými projektami zameranými na vytváranie združených praxí lekárov primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti. *(Hlavačka, S.; Nagyová, K., 2001)*.[13] Národný projekt však vtedy zostal bez výraznejšej odozvy v praxi, možno pre absenciu príslušných legislatívnych úprav a úprav finančných mechanizmov, ktoré by takéto organizačné usporiadanie podporovali.

Podobne vyznel aj ďalší obdobný projekt MZ SR, ktorý sa realizoval pomerne nedávno, o vytváraní tzv. centier integrovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti z roku 2014 *(MP SR, 2015)*.[14] A to napriek tomu, že okrem investičnej podpory bol podporený ďalším paralelným opatrením v podobe odborného usmernenia MZ SR k tvorbe štandardných preventívnych, diagnostických a terapeutických klinických postupov, podľa ktorého mal každý štandard ako povinnú náležitosť obsahovať aj popis systému vzájomnej interdisciplinárnej multiprofesionálnej spolupráce do starostlivosti zapojených odborníkov *(MZ SR, 2016)*.[15] Skutočné sceľovanie, prepájanie, približovanie, zjednocovanie a spoluprácu, teda integráciu odborných činností profesionálov taktiež nenaštartoval a aj keď nesporne v tejto oblasti priniesol určitú osvetu, systém koordinovanej a riadenej multiprofesionálnej spolupráce zatiaľ stále zostal viac v strategických dokumentoch ako v realite.

Ukázalo sa, že poskytovateľom zdravotnej starostlivosti nestačí iba odporúčať spolupracovať. Na dosiahnutie spolupráce v jej kontinuálnej a koordinovanej podobe ako je to očakávané, je potrebné vytvoriť aj ďalšie podmienky. Upraviť napríklad finančné mechanizmy tak, aby skutočne podporovali multiprofesionálnu spoluprácu a koordináciu v takýchto centrách, vytvoriť a udržiavať pracovné miesta koordinátorov tímovej spolupráce, koordinátorv konzílií, koordinátorov ochrany a podpory zdravia, case-manažérov a ďalších podporných pracovných pozícií, zmeniť doterajšie spôsoby komunikácie

Obrázok 3 – Komplexná multiprofesionálna personalizovaná starostlivosť

Zdroj: vlastné spracovanie

a tomu prispôsobiť aj obsah vzdelávania a podobne *(Kotrbová, K., 2017;*[16] *Trechová, M., Kotrbová, K., 2021*[17]*)*.

Keďže Európska komisia priamo dlhodobo vyzýva jednotlivé členské štáty Európskej únie k multidisciplinárnej a multiprofesionálnej tímovej spolupráci najmä v primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je prvou úrovňou systémov zdravotnej starostlivosti *(EXPH, 2014)*,[18] mali by sa podporné mechanizmy pre naštartovanie a udržiavanie koordinovanej tímovej spolupráce etablovať čo najskôr.

Ambulantný tím multiprofesionálnej starostlivosti by mal podľa Panelu expertov Európskej komisie z roku 2014 okrem všeobecných lekárov a sestier zahŕňať aj zubných lekárov, farmaceutov, výživových terapeutov, fyzioterapeutov, pracovných terapeutov a psychológov, klinických logopédov, verejných zdravotníkov, laboratórnych diagnostikov, optometristov, sociálnych pracovníkov a ďalšie profesie zainteresované do individuálnej alebo populačnej ochrany a podpory zdravia a zdravotnej starostlivosti. Tento multiprofesionálny ambulantný tím má poskytovať komplexné ambulantné zdravotnícke a komunitné služby, ktoré by mali riešiť veľkú väčšinu potrieb obyvateľstva v oblasti osobného zdravia.[19] Európska komisia v dokumente Zdravotný profil krajiny 2019 *(OECD, 2019, s. 18)*[20] Slovensko nabáda, že je potrebné lepšie rozdeliť úlohy medzi lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov.

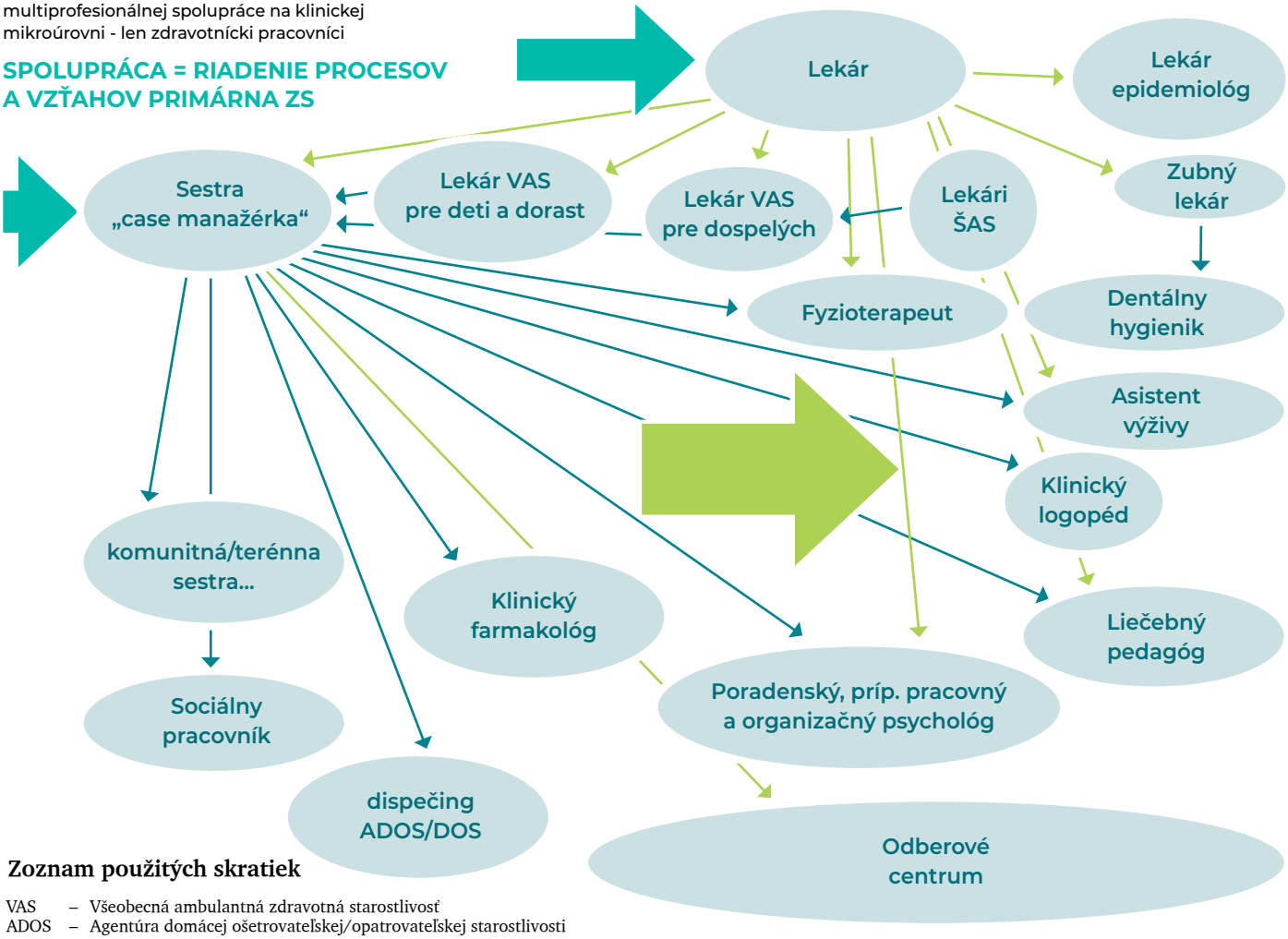
PRÍKLAD 2

Multiprofesionálne ambulantné centrá – príklad dobrej praxe

Bäck, M. A. (2016),[21] ktorá popisuje švédsky systém zdravotnej starostlivosti, často medzinárodne citovaný pre veľmi dobré dosahované výsledkové ukazovatele zdravia obyvateľstva uvádza, že vo švédskych centrách primárnej ambulantnej zdravotne starostlivosti, čo je v kontraste s väčšinou krajín združených v Organizácii pre hospodársku spoluprácu a rozvoj, je v multidisciplinárnych ambulantných tímoch primárnej zdravotnej starostlivosti spolu so 4–10 všeobecnými lekármi zamestnaných niekoľko ďalších profesionálov, ktorí s nimi spolupracujú, ako sú sestry, fyzioterapeuti, pracovní terapeuti, psychológovia, sociálni pracovníci.

13. HLAVAČKA, S., NAGYOVÁ, K. (2001): Združené praxe. Manažment lekárskej praxe, Raabe. 5.akt, A 4.5, s. 1–16. ISBN 80-968206-1-1
14. Integrovaný regionálny operačný program na roky 2014-2020 (2015). Bratislava: Ministerstvo pôdohospodárstva Slovenskej republiky. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.mpsr.sk/index.php?navID=1036&navID2=1036&sID=67&id=9006>
15. Článok III. ods. 1 písm. e) bod 1. Odborného usmernenia MZ SR, ktorým sa určuje metodika pre tvorbu a implementáciu štandardných diagnostických a terapeutických postupov. Bratislava: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 21.9.2016, ročník 64, čiastka 27–28. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?vestniky-mz-sr>
16. KOTRBOVÁ, K. (2017): Integrácia vs. koncentrácia. In: Medikom č. 3/2017, október 2017, ročník VII., s. 20-21. ISSN 1338-340X
17. TRECHOVÁ, M., KOTRBOVÁ, K. (2021): Kto sa stará o tých čo sa starajú? In: Lekárske noviny online, 24. februára 2021. Modra: VEEVENT, spol. s r. o. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://lekarskenoviny.sk/index.php/2021/02/24/kto-sa-stara-o-tych-co-sa-staraju/>
18. Report on the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems (2014). s. 4. [Správa Panelu expertov (EXPH) pre efektívne spôsoby investovania do zdravia o definícii referenčného rámca týkajúceho sa primárnej starostlivosti s osobitným dôrazom na systémy financovania a systémy odosielania.]. Brusel: Európska komisia [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e>
19. ibid, s. 18, 49
20. Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2019 Slovensko/State of Health in the EU (2020). OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brusel. ISBN 9789264999275. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_sk_slovak.pdf>
21. BÄCK, M. A. (2016): Risk and Opportunities of Reforms Putting Primary Care in the Driver´s Seat. In: International Journal Health Policy and Management. Volume 5, number 8, p. 511–513. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.ijhpm.com/article_3207_bb3fedeac2289e8cbf752f42539cb3c6.pdf/>

Obrázok 4 – Príklad horizontálnej integrácie multiprofesionálnej spolupráce na klinickej mikroúrovni - len zdravotnícki pracovníci



Zoznam použitých skratiek

VAS – Všeobecná ambulantná zdravotná starostlivosť
ADOS – Agentúra domácej ošetrovateľskej/opatrovateľskej starostlivosti
DOS – Domáca ošetrovateľská/opatrovateľská starostlivosť

Zdroj: SKIZP, 2014b

Autorka v uvedenom článku s odkazom na Bodeheimer, T.,Pham, H. H., (2010)[22] uvádza, že medzinárodne bola vo všeobecnosti primárna ambulantná zdravotná starostlivosť poskytovaná väčšími alebo menšími skupinami všeobecných lekárov, avšak aktuálny všeobecný trend v primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti financovanej z verejných financií sa posúva k multidisciplinárnym tímom, kde sú jednotliví členovia platení z verejných zdrojov ako zamestnanci verejnej služby. Ambulantné centrá vybavené takouto multidisciplinárnou pracovnou silou sú tak podľa nej lepšie pripravené na zvládnutie väčšiny zdravotných problémov pacientov na lokálnej komunitnej úrovni, ktoré by v iných systémoch primárnej zdravotnej starostlivosti boli už odporúčané do ďalšej špecializovanej ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti.

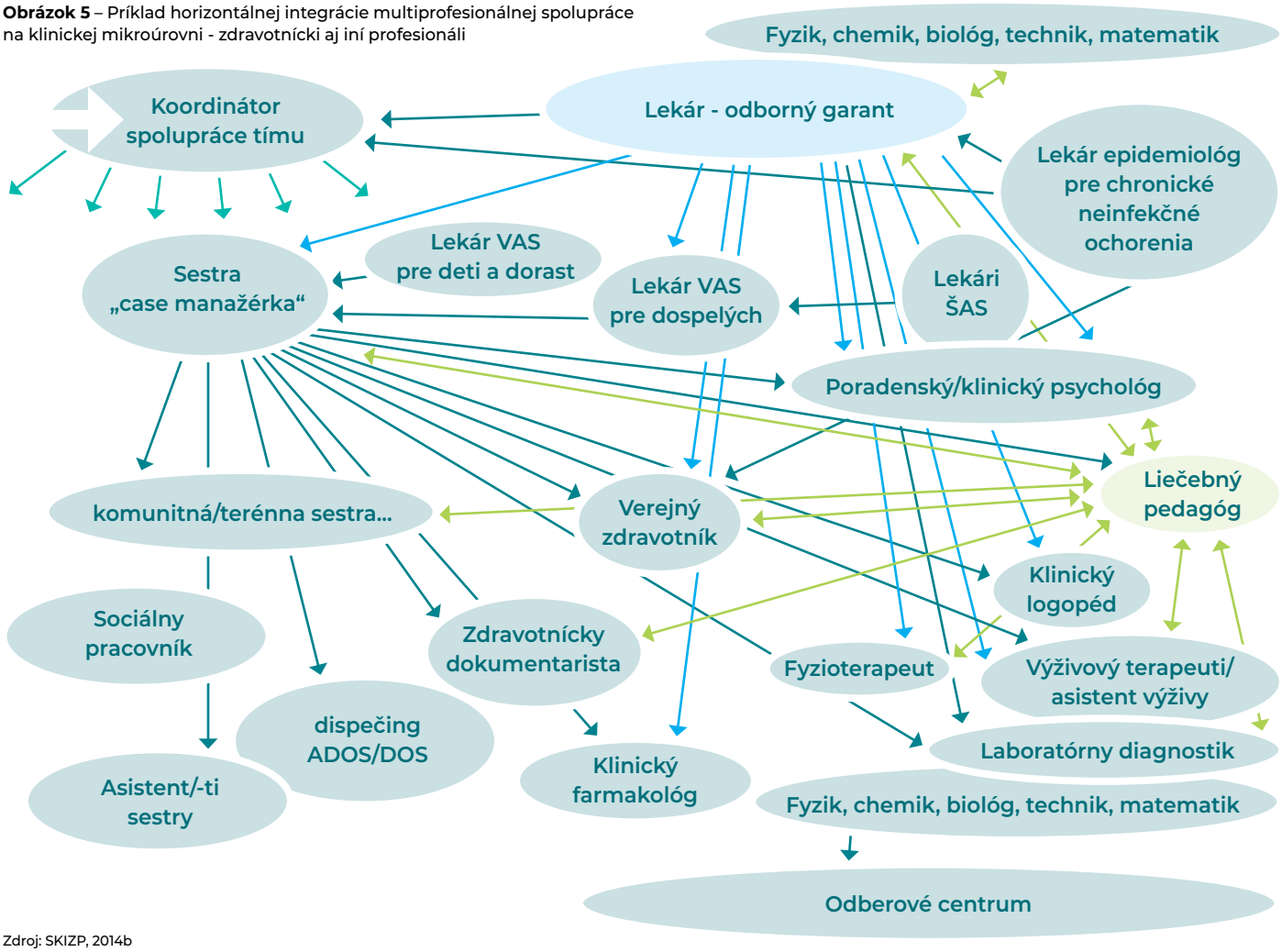
Len úplnosť pre uveďme, že na Slovensku je primárna aj špecializovaná ambulantná zdravotná starostlivosť teritoriálne aj funkčne tak fragmentovaná, že je reprezentovaná spravidla len jedným lekárom a jednou sestrou všeobecnej zdravotnej starostlivosti pôsobiacich na území s priemerným počtom pacientov vo veku nad 18 rokov na 1 ambulanciu 1 912 *(Makara, P., 2020).*[23] Títo dvaja majú zvládnuť riešenie väčšiny zdravotných potrieb obyvateľstva vrátane populačnej prevencie bez akejkoľvek systémovo podporovanej, či už fyzickej alebo virtuálnej prostredníctvom počítačových sietí, spolupráce ďalších členov tímu z iných profesií. Tímová multiprofesionálna spolupráca v ambulantnej zdravotnej starostlivosti je teda skôr výsledkom náhody a dobrých vzájomných vzťahov ako systémovo podporovaným prvkom, ktorý tvorí súčasť poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Nehovoriac o tom, že v medzinárodných porovnaniach potom vlastne porovnávame neporovnateľné.

S odkazom na dostupné dáta o zdravotnom stave obyvateľstva a očakávaných trendoch, ako sme ich uviedli vyššie, ako aj na ďalšie dáta o starnutí kmeňa lekárov *(Kotrbová, K. a kol., 2020)*[24] sa aktuálne na Slovensku ako aj v medzinárodnom kontexte multidisciplinárna a multiprofesionálna spolupráca v prospech pacienta javia ako systémová nevyhnutnosť.

Lekár by mal mať v najbližšej budúcnosti v ambulantnej zdravotnej starostlivosti systémovo podporovanú možnosť nielen delegovať niektoré odborné profesionálne činnosti, ktoré nemusí vykonávať sám, na ďalší erudovaný zdravotnícky personál, ktorý by mal dostať k dispozícii, ale aj možnosť priebežných konzílií so zdravotníckymi ako aj profesionálmi z iných odborných oblastí podľa potreby (ako sú napríklad fyzici, biológovia, chemici, matematici, štatistici, atď.). Bolo by tiež vzhľadom na limitované lekárske zdroje a ich doterajšie vzdelávanie, ktoré zatiaľ veľmi nezahŕňa interdisciplinárne multiprofesionálne presahy, aby lekár, ak si to výslovne sám nepra-

22. ibid, s. 511.
23. MAKARA, P. (2020): Len sa chcem opýtať, či už máte otvorenú ambulanciu. Bratislava: Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://ssvpl.sk/len-sa-chcem-opytat-ci-uz-mate-otvorenu-ambulanciu/>
24. KOTRBOVÁ, K. a kol. (2020): Veková štruktúra lekárov na Slovensku. Modra: VEEVENT, s. r. o., ISBN 978-80-973335-0-8. [cit. 2020-07-21]. Dostupné na internete: <https://lekarskenoviny.sk/index.php/podujatia/>

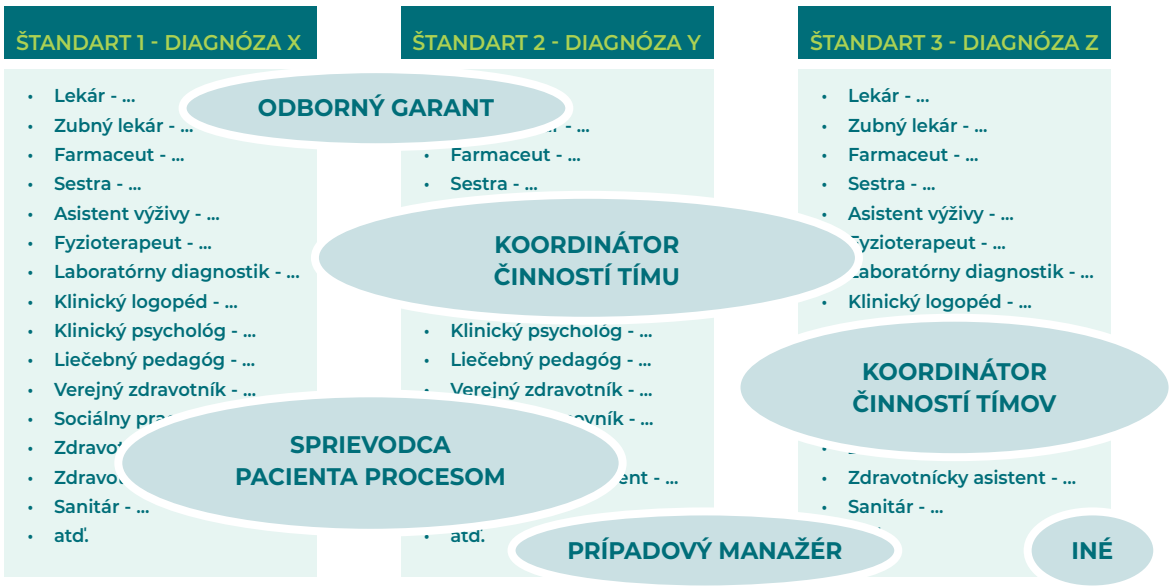
Obrázok 5 – Príklad horizontálnej integrácie multiprofesionálnej spolupráce na klinickej mikroúrovni - zdravotnícki aj iní profesionáli



Zdroj: SKIZP, 2014b

je, nemusel byť zaťažovaný koordináciou činností jednotlivých členov tímu, ktorú môže rovnako dobre organizačne a logisticky zabezpečiť aj zdravotnícky profesionál s inou kvalifikáciou, ako je napríklad verejný zdravotník, sestra a podobne. Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov (SKIZP, 2014a)[25] na podporu multiprofesionálnej tímovej spolupráce v ambulantnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku v roku 2014 na základe objednávky vypracovala pre Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky organizačný, štrukturálny a profesný model centra integrovanej zdravotnej starostlivosti, ktorého obrazové spracovanie so súhlasom tejto organizácie uvádzame v tomto článku (obrázky 4 a 5).

Obrázok 6 – Samostatné pracovné pozície na podporu horizontálnej integrácie na klinickej mikroúrovni



Zdroj: vlastné spracovanie

25. TRECHOVÁ, M., KOTRBOVÁ, K., STUPKOVÁ, M., HAGOVSKÁ, A., HORŇÁKOVÁ, M., WOLEKOVÁ, H., MACHAJDÍKOVÁ, M.: (2014): Podklady SKIZP pre MZ SR za zdravotníctvo 2014 – aktualizácia z 24.11.2014. Bratislava: Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov. 23 s.

Ako však Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov zdôraznila v ďalšom dokumente (SKIZP, 2014b),[26] keďže pri zabezpečovaní multiprofesionálnej zdravotnej starostlivosti pri dnešných možnostiach virtuálnej komunikácie už ani nie je ani tak dôležitá koncentrácia odborníkov na jednom mieste poskytovania starostlivosti (aj keď je samozrejme možná, pretože potenciálne vedie k integrácii činností). Ako dôležitejšie sa však javí ich vzájomné prepájanie, kontinuálne podporovaná priebežná komunikácia, spoločné konzíliá, odborné konzultácie a semináre, tímové riešenie jednotlivých prípadov pacientov najmä pokiaľ ide o preventívne riešenia dlhodobých chronických prípadov prostriedkami populačnej prevencie a interdisciplinárne vzdelávanie vrátane budovania a upevňovania vzťahov a to aj v rámci ambulantne zdravotnej starostlivosti.

Šípky vyznačujúce komunikáciu jednotlivých profesionálov na obrázkoch 4 a 5 by teda mohli a mali byť aj obojstranné, vzájomné vzťahy a odborná komunikácia by sa dali vyznačiť ešte aj medzi jednotlivými profesionálmi navzájom a v ich vzájomnej kombinácii. Pre zachovanie prehľadnosti obrázkov sme však zachovali pôvodný formát vizuálneho zobrazenia ako postačujúci na zvýraznenie ako zapojených profesií, tak aj ich vzájomnej interakcie.

Radi by sme zdôraznili, že komora v uvedených dokumentoch jednoznačne odlišuje medzi odborným garantom poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ktorým je spravidla lekár a koordinátorom spolupráce členom tímu, ktorý nevyhnutne nemusí byť jednou a tou istou osobou. Komora tiež odporúča pridať ďalšie podporné odborné pracovné pozície, ktoré majú byť profesionálom zapojeným do multiprofesionálneho tímu kontinuálne k dispozícii, a to v záujme komplexnej starostlivosti o pacienta. V rovnakom dokumente komory[20] sa tiež uvádza, že by bolo vhodné identifikovať štruktúry zodpovedné za implementáciu optimálnych ciest pacienta a ich priebežné vyhodnocovanie a aktualizáciu s prípadným vytvorením ďalších pracovných miest potrebných na tento účel.
Preto okrem vytvorenia nových pracovných miest koordinátorov spolupráce tímu, koordinátorov spolupráce tímov, koordinátorov zdravotnej starostlivosti a koordinátorov ochrany a podpory zdravia a vzniku ďalších nových odborných podporných pracovných pozícií ako sú case-manažéri, zdravotní dokumentaristi, koordinátori interdisciplinárneho vzdelávania a podobne, komora vypracovala a navrhla aj procesný model činnosti centra integrovanej zdravotnej starostlivosti,[26] v ktorom odlišuje samostatne proces pacienta a samostatne proces multiprofesionálneho ambulantného tímu. Schémy týchto procesov so súhlasom Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov taktiež sprístupňujeme v tomto článku (obrázky 7 a 8).

Takto organizovaná multiprofesionálna odborná spolupráca má jednak potenciál skracovať ako aj inak optimalizovať cesty pacienta medzi jednotlivými zdravotníckymi profesionálmi, medzi zdravotníckymi profesionálmi a inými profesiami, ďalej medzi jednotlivými pracoviskami v rámci ale aj mimo konkrétneho zdravotníckeho zariadenia, ako aj medzi vo všeobecnosti medzi zdravotníckymi zariadeniami navzájom. Od zisteného rizikového faktora/alebo faktorov zdravia, od zistených funkčných porúch alebo ochorenia, od zistených protektívnych faktorov, fázy liečby a ochoty a potrieb pacienta sa potom cesta pacienta v spoločne v tíme profesionálov plánuje a modeluje tak, aby bola a) čo najkratšia, b) čo najefektívnejšia a c) kontinuálne podporovaná. Lekár ako odborný garant poskytovanej zdravotnej starostlivosti identifikuje a zapája potrebných zainteresovaných profesionálov, koordinátora procesu starostlivosti o pacienta a koordinátora spolupráce tímu ako aj koordinátorov prípadových peer-review – konziliárnych multidisciplinárnych kazuistických stretnutí. Identi-

Obrázok 7 – Príklad procesu pacienta na horizontálnej klinickej mikroúrovni

PROCES PACIENTA (v prípade zdravých osôb = proces klienta)

1. **Návšteva pacienta:** Komplexná preventívna prehliadka u všeobecného lekára (biochemické parametre, body mass index, zmeranie „vnútorného tuku“, životný štýl – stravovacie návyky, pohybové návyky, postoje, rizikové faktory, atď.).

2. Tá istá návšteva – pokračovanie: Sestra „case manažérka“ – komplexné zhodnotenie situácie a aktuálnych zdravotno-sociálnych potrieb pacienta. Odporúčania pre zapojenie interdisciplinárneho tímu. Aktivácia multidisciplinárneho tímu, konzultácie, odporúčania. Zdravotno-sociálne poradenstvo. Voľba pacienta, naplánovanie ďalšej návštevy. V prípade potreby sociálne poradenstvo.

3. Po návšteve: Multidisciplinárny tím – detailné oboznámenie sa s prípadom. Vzájomné konzultácie, tvorba hypotéz, spoločného postupu, odporúčaní. V prípade potreby naplánovanie návštevy komunitnej sestry v prirodzenom prostredí pacienta, v prípade potreby aktivovanie ADOS.

4. **Ďalšia návšteva pacienta:**
a) ak potrebná návšteva lekára špecialistu – návšteva ŠAS,
b) ak potrebná zmena alebo podpora životného štýlu v oblasti výživy - asistent výživy, zmapovanie stravovacích zvyklostí – vedenie a kontrola denníka stravovania, naplánovanie jedálničkov „na mieru“ klienta, výživové poradenstvo, vedenie pacienta pri zmene stravovacích návykov, v prípade potreby zapojenie poradenského psychológa pre potrebnú zmenu postojov a koučovanie pri zmene správania,
c) ak potrebná zmena alebo podpora životného štýlu v oblasti pohybovej aktivity – fyzioterapeut, zmapovanie pohybových zvyklostí – naplánovanie individuálneho pohybového programu, vedenie pri zmene pohybových návykov, výpožička digitálnych nástrojov na sledovanie fyziologických parametrov pri pohybových aktivitách, poradenstvo, vedenie pacienta, v prípade potreby zapojenie poradenského psychológa pre potrebnú zmenu postojov a koučovanie pri zmene správania,
d) ak potrebná zmena alebo podpora pri zmene v oblasti rodinných, pracovných a iných vzťahov, emócií, stresu atď. – poradenskí psychológ, pracovný a organizačný psychológ (v prípade patológie klinický psychológ), liečený pedagóg + v spolupráci sestry – relaxačné, komunikačné, interakčné tréningy, koučing, psychoterapia, psychomotorická terapia, pamäťové stimulačné programy, muzikoterapia, arteterapia atď.,
e) ak potrebné zhodnotenie stavu a absolvovanie stimulačného programu u klinického logopéda – klinický logopéd – zhodnotenie, tréning,
f) ak potrebné poradenstvo pri užívaní liekov prípadne v kombinácii s výživovými doplnkami – klinický farmakológ,
g) ak rodiny s deťmi – centrum podpory rodiny s deťmi, cetrnum včasnej intervencie a pod.,
h) ak seniorská cieľová skupina – geriater, geriatrická sestra atď.

5. **Ďalšia návšteva pacienta:** kontrolný odber biologického materiálu, prípadne iných parametrov potrebných pre podporu zdravia pacienta. Sprístupnenie výsledkov – ošetrujúci lekári, sestra „case manažérka“, asistent výživy, fyzioterapeut, prípadne iný na vyžiadanie. Multidisciplinárny tím - naplánovanie úpravy ozdravného programu, odporúčania pre ďalší postup. Naplánovanie ďalšej návštevy pacienta.

6. **Ďalšia návšteva pacienta – špecialisti podľa kroku 4:** zisťovanie pokroku, korekcie ozdravného programu, pokračovanie vo vedení alebo podpore pacienta, atď.

7. **Cyklus – kroky 4 až 6 opakovanie podľa potreby.**

Zdroj: SKIZP, 2014b

26. KOTRBOVÁ, K., TRECHOVÁ, M., ŠTEFÍKOVÁ, E. (2014): Procesný model centra integrovanej zdravotnej starostlivosti verzia 2 – návrh pre MZ SR. Bratislava: Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov. 11 s.

fikovaný koordinátor zabezpečí, aby sa uskutočnili, vykonali a zdokumentovali dohodnuté pracovné činnosti.

Pre úplnosť uveďme už dávnejšie známy fakt, že pre dosiahnutie čo najlepšieho výsledku, či už ide o poskytovanie zdravotnej starostlivosti alebo poskytovanie populačnej prevencie v podobe ochrany a podpory zdravia obyvateľstva nepostačuje, aby každý člen tímu pracoval v tíme nezávisle v rámci svojej špecializácie, robil diagnostiku, plánoval, poskytoval vlastné služby, správy a hodnotil pokrok len podľa postupov vlastného odboru.

Je potrebné organizovať neformálne stretnutia členov tímu, na ktorých sa diskutujú spoločné postupy v rámci jednotlivých povolaní a špecializácií v prospech čo najlepšej diagnostiky, plánovania, výkonu služieb a hodnotenia pokroku u konkrétneho pacienta (interdisciplinárne multiprofesionálne tímy).

Prípadne, ak je potrebné dosiahnuť ešte vyššiu mieru spolupráce, kedy jednotliví odborníci prekračujú hranice svojej špecializácie a vzájomne sa učia a spolupracujú tak, aby umožnili také rozvinutie potenciálu pacienta, ktoré by inak neboli možné, hovoríme o transdisciplinárnom vzdelávaní a tvorbe transdisciplinárnych tímov, ktoré sú spravidla zdrojom inovácií a odborného alebo profesionálneho pokroku častokrát presahujúceho hranice konkrétneho pracovného tímu.

Obrázok 8 – Príklad procesu multidisciplinárneho tímu na horizontálnej klinickej mikroúrovni

PROCES MULTIDISCIPLINÁRNEHO TÍMU – SYNERGICKÝ EFEKT FUNKCIÍ

1. **Manažér multidisciplinárneho tímu centra (zdravotnícky pracovník s praxou vo vedení zdravotníckych zariadení alebo inou manažérskou skúsenosťou v zdravotníctve) - funkcie**
1. vedenie tímu centra - napríklad spočiatku aj za pomoci koučovania jedným z pracovno-organizačných psychológov z tímu centra: organizovanie a vedenie interných porád multidisciplinárneho tímu k odborným aj organizačným otázkam (používané guidelines, odborné postupy, návrhy, vylepšenia, dizajnovanie, zverejňovanie, vyžadovanie dodržiavania, podpora tímovej spolupráce, prevencia syndrómu vyhorenia a podobne, budovanie vízie, koncepcií a stratégií rozvoja centra do budúcnosti,
2. komunikácia s okolím – funkčné zapájanie a spolupráca s okolitými zdravotníckymi zariadeniami, nemocnicou, VÚC, RÚVZ, mestom, obcou, školami, lokálnymi podnikateľmi, neziskovými organizáciami a pod.) v záujme zlepšenia ukazovateľov zdravia občanov príslušného územia – zber, spracovanie a vyhodnocovanie údajov a dopadov politík na zdravie obyvateľstva, prípadne lokálny výskum – epidemiológ centra,
3. vzdelávanie - organizovanie a vedenie interných odborných seminárov bez alebo za prítomnosti odbornej verejnosti z okolitých zdravotníckych zariadení – ambulancie, nemocnice, laboratóriá (kauzistické semináre k jednotlivým prípadom, tvorba spoločných postupov, tréningy využívania odborných guidelines) atď. – sestra case manažérka, prípadne iný odborník podľa internej dohody,
4. vzdelávanie verejnosti – rodinné, komunitné, skupinové, firemné, nízkoprahové poradenstvo (besedy, prednášky, diskusné fóra, workshopy, semináre, tvorivé dielne, produkcia DVD, letákov, brožúr, kampane; tvorba osvetových, zážitkových a iných projektov a programov zdravia, ktoré zrealizuje tím centra pre školy, seniorské centrá atď. na danom území – projektový manažér centra.
5. podieľanie na tvorbe lokálnych politík – eliminácia politík s predpokladaným negatívnym vplyvom na zdravie obyvateľstva daného územia, prezentovanie a podpora politík podporujúcich zdravie obyvateľstva daného územia, navrhovanie lokálnych intervenčných stratégií.

2. **Sestra „case-manažérka“** – koordinácia pacientov v rámci multidisciplinárneho tímu centra.

3. **Odberové stredisko centra** (lekár, resp. laboratórny diagnostik, laborant, sestry odberového strediska) - integrácia správnej prípravy pacienta, odber biologických vzoriek a ich správne a bezpečné odoslanie (špeciálne školený tím vrátane dopravcu) do tzv. spracovateľských centier (samotné medicínske laboratóriá) v závislosti od a) diagnózy pacienta a indikovaných parametrov definovaných lekárom v písomnej alebo elektronickej žiadanke na vyšetrenia ale aj od b) informácií zo zdravotnej dokumentácie pacienta o doterajších laboratórnych vyšetreniach a výsledkoch z nedávneho, ale aj staršieho obdobia (uložených v informačných systémoch odberového pracoviska v písomnej alebo elektronickej forme, prípadne komunikácia s indikujúcim lekárom o možnosti využitia predchádzajúceho výsledku v závislosti od predpokladanej časovej zmeny analyzovaného parametra) s možnosťou korekcie duplicitne alebo nezdôvodnene žiadaných vyšetrení. Dokumentácia.

4. **VAS a ŠAS multidisciplinárny** (lekársky aj nelekársky) tím – podieľanie sa na plnení úloh centra – realizácia individuálneho poradenstva a starostlivosti, ďalej skupinového poradenstva, vzdelávaco- osvetovej činnosti voči verejnosti atď. v danej miestnej populácii, spolupráca s okolím, podieľanie sa na tvorbe politík.

5. **Komunitná sestra, sociálny pracovník, dispečing ADOS, ADOs+DOS** – spolupráca pri podpore pacienta.

6. **Projektový manažér** – vyhľadávanie príležitostí, tvorba projektov a programov na realizáciu intervenčných programov, skupinového poradenstva a podobne pracovníkmi centra.

7. **Epidemiológ, štatistik, výskumník centra** – uskutočňovanie regionálnych a národných prieskumov, výskumov, analýz a štúdií.

3.
Komplexná viacdimenzionálna starostlivosť

V poslednom období sme často svedkami, že keď sa v odbornej literatúre spomenie komplexná zdravotná starostlivosť, niekedy ešte s prídavkom „na pacienta orientovaná“, čitateľ sa spravidla ďalej v texte veľa dozvie napríklad o komplexnej ortopedickej starostlivosti, komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti, komplexnej anesteziologickej starostlivosti a podobne.

Veda napreduje takou rýchlosťou, že zatiaľ čo v minulosti bol rozsah odborných poznatkov taký úzky, že ho hravo dokázali obsiahnuť dávni filozofi, dnes nie je možné za jeden ľudský život ani len stihnúť prečítať všetko to, čo veda objavila. Preto sa aj v rámci medicíny postupne s pribúdaním znalostí diferencovali jednotlivé medicínske odbory až do tej miery, že aj kráľovná medicíny – interná medicína – ktorá je dodnes charakteristická svojím celostným prístupom sa postupne diferencuje a aj v rámci nej vznikajú jednotlivé špecializačné odbory, ktoré sú buď orgánovo (ako napríklad kardiológia) alebo funkčne (diabetológia, poruchy látkovej premeny a výživy) alebo systémovo zamerané (angiológia a podobne). Podobne sme aj pri všeobecnom lekárstve svedkami toho, že sa možno vplyvom logistického alebo organizačného zabezpečenia zdravotnej starostlivosti a limitov z toho vyplývajúcich časť spektra patriaceho do komplexného prístupu v zmysle bio-psycho-socio-spirituálnej jednoty postupne vytráca. V skutočnosti je dnes už len veľmi málo medicínskych odborov, v ktorých sa k posúdeniu zdravotného stavu pacienta pristupuje skutočne komplexne.

Ako dokladajú príspevky iných autorov, s ohľadom na používané diagnostické a terapeutické nástroje je napríklad lekárska akupunktúra vykonávaná alebo vedená lekármi s príslušnou kvalifikáciou a odbornými skúsenosťami z poskytovania zdravotnej starostlivosti okrem už spomínaného vnútorného a všeobecného lekárstva, ešte stále jedným z mála takýchto medicínskych odborov, v ktorom lekár dokáže uchopiť a posúdiť zdravotný stav pacienta komplexne, tzv. viacdimenzionálne, neopomenúť žiadnu z rovín (bio-psycho-socio-spirito), ktoré ho ovplyvňujú a ako taký ho aj cielene a účinne komplexne riešiť.[27]

V kontexte projektu, vďaka ktorému tejto príspevok vznikol uveďme, že existuje Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky akreditovaný študijný program sústavného vzdelávania s modulovou štruktúrou určený pre lekárov, sestry a fyzioterapeutov „Diagnostika, terapia a prevencia v akupunktúre“, ktorým sa prehlbujú doterajšie medicínske poznatky lekárov a ďalších zdravotníckych pracovníkov a zároveň sa tieto rozširujú o prepájanie s poznatkami aj iných nemedicínskych vedných odborov.[28] Študijný program podľa doterajších referencií absolventov tvorí kvalifikačný most medzi detailizovanou medicínou a potrebou komplexného prístupu a môže byť v blízkom období inšpiráciou ako poznatkovo a intervenčne účinne zvládnuť práve už skôr spomínané výzvy v podobe zdravotných potrieb obyvateľstva.

Frekventanti sa namiesto orgánového a systémového mikroprístupu učia myslieť komplexne a funkčne; pri posudzovaní zdravotného stavu pacienta brať napríklad do úvahy nielen stravovacie, pohybové, spánkové zvyklosti, preferované chute a témy, iné celkové správanie, ktoré môže byť vyhodnotené ako rizikové, ako napríklad fajčenie, užívanie alkoholu, liekov a podobne, oslabené funkcie alebo naopak, na druhej strane tiež protektívne faktory, ako je napríklad vitalita buniek, sila imunitného systému, informácie o celkovom životnom štýle, o životnom prostredí, v ktorom pacient žije, vzťah k sebe, príbuzným a širšiemu okoliu, doterajší spôsob riešenia problémov, hodnotová orientácia, spiritualita v snahe priviesť indivíduum čo najbližšie k stavu rovnováhy. Ako vo svojich príspevkoch podrobnejšie popisuje jedna z lektoriek študijného programu,[29] do úvahy sa súčasne berú biologická, psychická, sociálna aj spirituálna rovina a podľa toho sa volí spôsob terapeutickej intervencie.

Uvedený prístup, okrem toho, že má potenciál podstatne meniť doposiaľ zaužívané protokoly poskytovanej zdravotnej starostlivosti a ochrany a podpory zdravia s vysokou očakávanou efektivitou intervencie v prospech pacienta, sa tiež nezaobíde, ako sme už vyššie uviedli bez prepájania poznatkov aj z iných ako medicínskych oblastí.

---

27. Minimálny štandard pre lekársky špecializačný študijný program v špecializačnom odbore akupunktúra. Bratislava: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 15. októbra 2010, ročník 58, osobitné vydanie, s. 7–8. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?Minimalne-standardy-pre-specializacne-studijne-programy-minimalne-standardy-pre-certifikacne-studijne-programy-a-minimalne-standardy-pre-studijne-programy-sustavneo-vzdelavania>

28. Študijné programy sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov (2021). Zoznam akreditovaných študijných programov sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?zoznam-akreditovanych-studijnych-programov-dalsieho-vzdelavania-zdravotnickych-pracovnikov>

29. SOLÁROVÁ, S. (2014): Teoretické základy procesu diagnostiky v dotazníku MKBD-S (modifikovaný Korngold-Beinfieldovej dotazník podľa autorky článku. s. 32–38. In: Akupunktúra a naturálna medicína. Bratislava: Reviewovaný vedecký časopis Lekárskej spoločnosti naturálnej medicíny. Ročník II, č. 1/2014. ISSN 1339-4703 [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.naturalnamedicina.com/casopis/>

4.
Interdisciplinárne vzdelávanie

Komplexná viacdimenzionálna multiprofesionálna spolupráca prirodzene predpokladá, že členovia multiprofesionálneho tímu budú priebežne čeliť prekračovaniu osobnej odbornej komfortnej zóny vlastného odborného zamerania, na ktorej istotu boli doposiaľ zvyknutí. S záujme multiprofesionálneho charakteru starostlivosti možno prirodzene očakávať prekračovanie medziodborových hraníc a odborných hraníc medzi jednotlivými povolaniami, počas ktorého je potrebné vedieť dobre zvládnuť osobné aj odborné bariéry v komunikácii a naopak hľadať a nachádzať postupy, ktoré napomáhajú z toho prirodzene vznikajúce situácie prípadného vzájomného neporozumenia riešiť. A to nielen v prospech vzájomného odborného porozumenia, ale aj v prospech lepšieho porozumenia pacientovi a vzájomne si s pacientom. Pri multiprofesionálne nastavenom pohľade na poskytovanie komplexnej zdravotnej starostlivosti bude potrebné počítať s tým, že bude potrebné opakovane a priebežne sa učiť novým poznatkom a zručnostiam. A to vrátane poznatkov z oblasti odborného vedenia a koordinácie tímovej spolupráce. Učiť sa spolupráci v rámci tímu, ale aj s inými tímami a ako aj medzisektorovej spolupráci a koordinácii práce tímov. Dalo by sa povedať, že len samotná koordinácia spolupráce tímu môže byť prácou na plný úväzok.

Hoci sa možno spočiatku bude zdať, ako keby každý člen z multiprofesionálneho tímu hovoril „vlastným jazykom“, odborný slang nevynímajúc, zbližovanie a vzájomné odborné (transdisciplinárne) prepájanie a prenos poznatkov možno začať napríklad postupným zladťovaním a približovaním vlastného odborného slovníka a tvorbou spoločného slovníka. Mali by na tento účel vzájomného interdisciplinárneho porozumenia postupne vznikať nové kurzy, tréningy, študijné programy a obsahy realizované v simulovaných alebo reálnych podmienkach, vrátane kontinuálnej podpory ďalšieho učenia v podobe koučingu zainteresovaných členov tímu, intervízie alebo supervízie priamo na pracovisku, ktoré budú jednotlivých členov ale aj vedúcich tímov podporovať v zabezpečovaní priebežného zlepšovania a potrebnej flexibility.

Európska komisia napríklad na tento účel rozlišuje v rámci celoživotného sústavného medicínskeho vzdelávania (Continual Medical Education - CME) samostatný segment, ktorý nazýva sústavný profesionálny rozvoj (Continual Professional Development – CPD).[30] Sústavný profesionálny rozvoj by mal podporiť celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov nielen v oblasti medicíny, ale aj v iných oblastiach, ktoré majú potenciál prispieť ku skvalitneniu a zvyšovaniu bezpečnosti pacienta a zdravotníckeho pracovníka v procese poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Slovenské právne predpisy v reakcii na túto novú európsku právnu úpravu konkrétne vo vyhláške MZ SR o sústavnom vzdelávaní zdravotníckych pracovníkov z roku 2019[31] upravili, že vzdelávacie aktivity sústavného profesionálneho rozvoja určené pre zdravotníckych pracovníkov majú byť zamerané najmä na prehlbovanie, rozširovanie a posilňovanie zručností odborníkov v oblasti technického, vedeckého etického rastu, osvojovania si znalostí z právnych predpisov súvisiacich s výkonom zdravotníckeho povolania, ale taktiež by mali byť zamerané aj na tréning komunikačných zručností, oblasť elektronického zdravotníctva a na inovácie, ktoré prispievajú ku kvalitnému, bezpečnému a efektívnemu výkonu zdravotníckeho povolania.

Ukazuje sa, že sústavné celoživotné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov sa vysoko pravdepodobne bude v najbližšom období čoraz viacej individualizovať. V rámci ponuky vzdelávacích aktivít budú pravdepodobne vznikať individuálne študijné plány a študijné programy; tréningy, kurzy a iné vzdelávacie podujatia „šité na mieru“, ktoré budú viac reflektovať individuálne profesionálne záujmy a potreby toho ktorého zdravotníckeho pracovníka. Rovnako sa pravdepodobne bude týkať aj vzdelávania v oblasti interdisciplinárnej spolupráce, čím by sa vlastne nepriamo malo aj lepšie reagovať na individuálne zdravotné potreby pacientov ako aj zdravotné potreby populácií.

Do popredia sa tak namiesto doterajšej ponuky vzdelávacích tém a obsahov, ktoré vie alebo má vzdelávacia ustanovizeň poskytnúť bude stále viac dostávať problematika mapovania, vyhodnocovania, budovania, upevňovania, rozširovania alebo prehlbovania výstupných kompetencií, ktoré je absolvent vzdelávania pripravený použiť v praxi.

30. Article 15 on Continual Professional Development. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No. 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System („the IMI regulation“). [Článok 15 o Kontinuálnom profesionálnom rozvoji Smernice Európskeho Parlamentu a Rady č. 2013/55/EU, ktorou sa dopĺňa Smernica Európskeho parlamentu a Rady č. 2005/36/EC o uznávaní odborných kvalifikácií a Nariadenie (EÚ) o administratívnej spolupráci prostredníctvom informačného systému o vnútornom trhu (nariadenie o „IMI“)]. Brusel: Európska komisia [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=celex:32013L0055>

31. § 2 ods. 10 druhá veta Vyhlášky Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 74/2019 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/74/20190315>

Pripojená kompetenčná matrica na mapovanie individuálnych vzdelávacích výsledkov bola vyvinutá ako príklad uplatnenia kombinácie Bloomovej taxonómie vzdelávacích cieľov, Freedmanových psychologických štúdií o účinku jednotlivých spôsobov vyučovania na zapamätanie učiva[32] a Shapirovej pyramídy učenia[33] (Tabuľka 1), aby uľahčila orientáciu vo výstupných kompetenciách jednotlivca bez ohľadu na to, či išlo o nadobúdanie, udržiavanie, obnovovanie, prehlbovanie alebo rozširovanie kompetencií z oblasti komplexnej zdravotnej starostlivosti, alebo o kompetencie z oblasti koordinácie spolupráce multiprofesionálneho tímu a podobne. Umožňuje uznať všetky výsledky vzdelávania, teda vrátane neformálneho vzdelávania a informálneho učenia sa. A pri akejkoľvek z kompetencií sa až posledná úroveň č. 8, kedy jednotlivec integroval hodnoty súčasne na úrovni kognitívnej, psychomotorickej aj afektívnej vrátane prevzatia zodpovednosti za vlastné rozhodnutia, sa považuje za úplnú kompetenciu a skutočnú kompetentnosť.

Keďže sa ukazuje, že úspech výsledkov interdisciplinárnych, multiprofesionálnych ale aj transdisciplinárnych tímov je priamo závislý nielen od vzájomnej komunikácie, koordinácie spoločných činností, ale hlavne od identifikovania, komunikovania, porozumenia a zdieľania univerzálnych princípov a hodnôt, ktoré sú spoločné a prelínajú naprieč všetkými špecializáciami, odbormi a povolaniami, rozvoj poznania až do najvyššej možnej úrovne kompetencie (integrácia hodnoty) sa javí ako prioritný.

Tabuľka 1 – Individuálny kompetenčný profil

IDENTIFIKOVANÉ VZDELÁVACIE CIELE	PRACOVNÁ ČINNOSŤ **A** (POPIS) DOSIAHNUTÉ VZDELÁVACIE VÝSLEDKY	PRACOVNÁ ČINNOSŤ **B** (POPIS) DOSIAHNUTÉ VZDELÁVACIE VÝSLEDKY
Kognitívna zložka:		
1. úroveň: počul	x	x
2. úroveň: videl	x	x
Kognitívna a psychomotorická zložka spolu:		
3. úroveň: napodobnil/konal pod vedením	x	-
4. úroveň: konal samostatne	x	-
5. úroveň: konal automaticky	x	-
Kognitívna, psychomotorická a afektívna zložka spolu:		
6. úroveň: riešil problém/konflikt	x	-
7. úroveň: rozhodol a prevzal zodpovednosť	-	-
8. úroveň: integroval hodnoty	-	-

Zdroj: vlastné spracovanie[34]

32. TUREK, I.: Didaktika. Iura Edition, 2008. 1. vyd. 600 s. ISBN 978-80-8078-198-9
33. Pyramída učenia S. Shapiro. S. 308. In: KALOUS, Z., OBST, O. (2002): Školní didaktika. Praha: Portál. 447 s. ISBN 807178253X
34. KOTRBOVÁ, K.: Metodika na porovnávanie kompetencií zdravotníckych pracovníkov – vzor - prispôsobené pre potreby Slovenskej lekárskej komory, 2015. Vypracované podľa BEŇUŠOVÁ, K., SOUKOPOVÁ, I., ŠKORVAGA, E. (2011): Príručka manažéra vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava: Vydavateľstvo Raabe. 220 s. ISBN 9788089182961

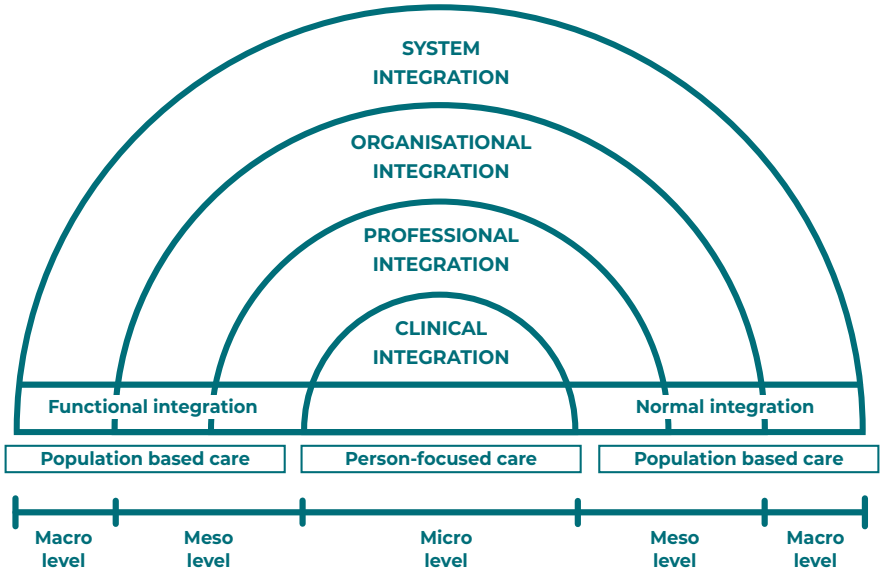
5.
Vertikálna a horizontálna integrácia

Použijúc terminológiu autorov Rice, E. a kol. (2001),[35] ale hlavne Valentinj, P. P. a kol. (2013)[36] – doposiaľ sme sa zaoberali niečím čo by dalo nazvať klinická mikroúroveň. Prípadne môžeme ešte hovoriť aj o horizontálnej integrácii zdravotníckych činností na klinickej mikroúrovni a o súvisiacom sústavnom celoživotnom vzdelávaní.

Okrem klinickej mikroúrovne, v súvislosti s podporou tímovej multidisciplinárnej spolupráce v zdravotnej starostlivosti a ochrane a podpore zdravia (ku ktorej ešte pridávajú spoluprácu multisektoriálnu), však uvedení autori uvádzaju, že existuje aj klinická mezo- a makroúroveň a ešte aj v rámci nich títo autori súčasne hovoria o horizontálnej a vertikálnej integrácii odborných činností. Na lepšie uchopenie všetkých vrstiev na mikro-, mezo- a makro zdravotníckych úrovní v zmysle ďalšieho horizontálneho a vertikálneho nazerania, ktoré vo výsledku súčasne v synergickom pôsobení ovplyvňujú zdravie pacienta aj celých populácií, tieto demonštrujeme reprodukciou obrázku z článku citovaných autorov.

Keď to prevedieme do konkrétneho príkladu - na horizontálnej klinickej mikroúrovni odborník integruje vďaka transdisciplinárnemu vzdelávaniu a vzájomnému učeniu sa poznatky z rôznych oblastí vrátane oblastí profesionálnej pôsobnosti ostatných kolegov v tíme alebo aj mimo tímu. Na horizontálnej klinickej mezoúrovni viacero odborníkov súčasne integruje poznatky, interaguje v tíme profesionálov z rôznych oblastí a spolupracuje v prospech čo najlepšieho výsledku pre zdravie pacienta ako výsledok tímovej spolupráce, vrátane spolupráce s odborníkmi v iných - napríklad lokálne najbližších – ďalších zdravotníckych zariadeniach (obrázok 11). Horizontálnu klinickú makroúroveň potom môže predstavovať prepájanie odborníkov a tímov aj z teritoriálne vzdialenejších pracovísk a oblastí, ako je napríklad prepájanie činností zdravotníckych zariadení okresov alebo krajov navzájom.

Obrázok 10 – Konceptuálna predloha pre integrovanú zdravotnú starostlivosť



Zdroj: Valentijn, P.P. a kol., 2013[37]

35. RICE, E., SMITH, P. C. (2001): Ethics and geographical equity in health care. In: Journal of Medical Ethics (2001); 27: 256–261
Dostupné na internete: <http://jme.bmj.com/content/27/4/256> In: WEBER, J. a kol.: Odpovede SLK na otázky stáleho zastúpenia Európskej komisie na Slovensku - pozícia Slovenskej lekárskej komory Bratislava na rokovanie s EK 14. novembra 2016 [cit. 2021-08-08]. Bratislava: Slovenská lekárska komora.
Dostupné na internete: <https://old.lekom.sk/upload/dokumenty/2016/pozicia_SLK_EK_november_2016_PM_ZT_KK_JW_MK_kompletizacia_dr_Weber_1484057632.pdf>
36. VALENTINJ, P. P., SCHEPMAN, S. M., OPHEIJ, W., BRUJINZEELS, M. A. (2013): Understandig integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. In: International Journal of Integrated Care. Volume 22, 22 March 2013, Igitur Publishing, 11 p. Int J Integr Care 2013; Jan-Mar, URN: NBN: NL: UI: 10-1-114415

Tejto témy sa nedotýkame náhodou. V kapitole 2. o odporúčanej multiprofesionálnej spolupráci sme spomenuli historickú skúsenosť Slovenska z horizontálnej klinickej integrácie činností odborníkov v bývalých zdravotných strediskách a poliklinikách z obdobia bývalého Československa. Ešte stále rešpektujúc definície spomínaných autorov Rice, E.[36] a Valentinj, P. P.[37] rovnako je tu aj historická skúsenosť odborníkov zo Slovenskej republiky z vertikálnej integrácie zdravotníckych činností na mezo- a makroúrovni taktiež z obdobia bývalého Československa. A preto na obrázku 12 prinášame porovnanie situácie z toho obdobia so súčasným stavom, ktorý nastal ako výsledok postupnej fragmentácie ambulantnej zdravotnej starostlivosti, ktorá nastala po privatizácii v 90. rokoch min. storočia.

Riadenie tímov a riadená spolupráca a priebežná integrácia odborných pracovných činností v rámci jednotlivých tímov sa okrem horizontálnej klinickej mikro-, mezo- a makroúrovne, uskutočňovala aj na týchto úrovniach: lokálna – obce a niektoré mestá (v zdravotných strediskách), okresná (polikliniky, nemocnice s poliklinikou), krajská (krajské nemocnice s poliklinikou) a národná (v dnešnej terminológii koncové nemocnice), bola zároveň zabezpečovaná aj vertikálne.

Riadenú vertikálnu spoluprácu a interakciu zdravotných stredísk, poliklinik a nemocníc s poliklinikou navzájom mali na starosti špeciálne riadiace štruktúry, ktoré boli vytvorené iba na tento účel. Tieto mali taktiež svoje hierarchicky usporiadané stupňe riadenia navzájom, ktorými konkrétne v tom čase boli krajské ústavy národného zdravia, okresné ústavy národného zdravia a národné výbory.

Krajské ústavy národného zdravia boli ako samostatné organizácie vytvorené krajskými národnými výbormi v systéme zdravotníctva k dispozícii len na účel riadenia spolupráce (integrácie) všetkých zdravotníckych pracovníkov, tímov, zdravotníckych zariadení v kraji. Podobne na úrovni okresu - okresné národné výbory vytvárali okresné ústavy národného zdravia ako samostatné organizácie určené na zabezpečovanie = vykonávanie riadenej spolupráce zdravotníckych pracovníkov a zdravotníckych zariadení na území daného okresu. Na úrovni miest a obcí zabezpečovali spoluprácu zdravotných stredísk na danom území navzájom a so zdravotníckymi zariadeniami vyššej hierarchickej úrovne samotné mestské a miestne národné výbory.[12]

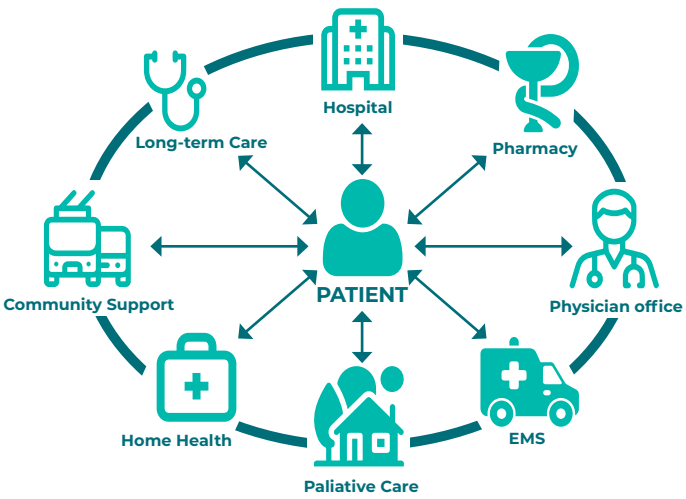
Tieto riadiace štruktúry boli v septembri 1990, teda po rozpade Česko-Slovenskej Federatívnej republiky zrušené.[37] Uvedeným sa však dá nechať v istej modifikovanej podobe aj dnes stále inšpirovať.

Dovtedajší systém vertikálneho riadenia zdravotníctva sa síce postupne začal rozpadať a to napriek tomu, že niektoré funkcie bývalých národných výborov prevzali novo vzniknuté krajské a okresné úrady, ku ktorým sa neskôr pridali vyššie územné celky,[38] dodnes sa ich nepodarilo plnohodnotne funkčne nahradiť.

Štruktúry, riadiace medzičlánky alebo funkcie zodpovedné za integráciu činností v systéme, ktoré dovtedy plnili krajské ústavy národného zdravia a okresné ústavy národného zdravia úplne zanikli a ako možno vidieť na obrázku 12, dodnes neboli inštitucionálne ani funkčne nahradené ničím plnohod-

Obrázok 11 – Príklad horizontálnej integrácie multiprofesionálnej starostlivosti na klinickej mezoúrovni

RIADENÁ SPOLUPRÁCA - HORIZONTÁLNA



zdravotnícky tím/tímy riadená spolupráca vo vnútri a horizontálne navzájom

Zdroj: https://markmdmph.wordpress.com/

Obrázok 12 – Príklad vertikálnej integrácie multiprofesionálnej starostlivosti na území Slovenska porovnanie rokov 1995 a 2020 – mezo- a makroúroveň

RIADENÁ SPOLUPRÁCA - VERTIKÁLNA

	do roku 1995	rok 2020
Republika		
Koncová nemocnica (národná úroveň)	**MZSR**	**MZSR**
Kraj		
Nemocnica s poliklinikou (krajská úroveň)	**KÚNZ**	**VÚC čiastočne**
Okres		
Nemocnica s poliklinikou (okresná úroveň)	**OÚNZ**	**?**
Obec/mesto		
Poliklinikou	**NV**	**?**
Komunita		
Zdravotné stredisko/Centrum integrovanej zdravotnej starostlivosti	**Mesto, obec**	
Jednotlivec		

zdravotnícky tím/tímy riadená spolupráca vo vnútri a horizontálne navzájom

Zdroj: vlastné spracovanie

37. Zákon Slovenskej národnej rady č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení. [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/1990-369>
38. Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 416/2001 Z. z. o prechode pôsobnosti z orgánov štátnej správy na obce a vyššie územné celky. [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2001-416>

notne podobným. Pritom obce a mestá, ktoré by mohli byť prirodzeným nositeľom koordinačných kompetencií, opakovane konštatujú zákonné prekážky na ich realizáciu. Konštatujú, že širšie zapojenie miest a obcí s pridaním kompetencií v oblasti zabezpečovania a prevádzkovania služieb zdravotnej starostlivosti a podpory zdravia na danom území vrátane optimálnych ciest pacienta, ich priebežného vyhodnocovania a aktualizácie by bolo vítané.

Interdisciplinárne multiprofesionálne vzdelávanie, ktoré sme spomínali v predchádzajúcej kapitole, zohráva úlohu aj vo vertikálnej integrácii vykonávaných zdravotníckych profesionálnych činností. Tak ako je potrebné dobre poznať a rozvíjať individuálny odborný profil jednotlivca ako člena tímu (Tabuľka 1), je súčasne pri multiprofesionálnej tímovej spolupráci dobré poznať a rozvíjať aj odborné profily jednotlivých tímov ako takých. Príklady Komparatívnych kompetenčných matríc pre odborné tímy, ktoré môžu byť inšpiráciou nielen pre ďalší rozvoj interdisciplinárneho vzdelávania ale aj pre zostavovanie profilov výstupných kompetencií a tým ďalší rozvoj celých tímov, prinášame v nasledujúcich tabuľkách (Tabuľky 2–4).

V tejto súvislosti je potrebné poznamenať, že tu uvedené kompetenčné matrice sú zatiaľ navrhnutým modelom pre lepšie uchopenie kompetencií jednotlivých povolaní v rámci danej pracovnej činnosti v závislosti od nadobudnutého stupňa vzdelania. Okrem toho ich ešte možno obohatiť už o spomínané výsledky neformálneho vzdelávania a informálneho učenia sa. A rovnako ich možno kombinovať s informáciami z individuálnej kompetenčnej matrice (Tabuľka 1). Na základe tohto komplexu informácií možno potom zdravotníckeho pracovníka poveriť pracovnými činnosťami aj nad rámec pôvodne vo formálnom systéme vzdelávania nadobudnutej odbornej kvalifikácie, ak disponuje relevantnou odbornou skúsenosťou predtým vykonávanou pod vedením skúseného odborníka, ktorá podľa jeho posúdenia dosiahla už takú úroveň, že ju zdravotnícky pracovník (úroveň poznania 7. rozhodol a prevzal zodpovednosť a 8. integroval hodnoty) môže začať vykonávať aj sám.

V takejto situácii = nadobudnutá vyššia kompetencia vzhľadom na prirodzene v pracovnom procese nadobúdané skúsenosti– sú napríklad na Slovensku sestry, ktoré získali kvalifikáciu na území bývalého Československa v úplnom strednom odbornom vzdelávaní s maturitou na stredných zdravotníckych školách pred pristúpením Slovenskej republiky k Európskej únii 1. mája 2004. Tabuľka 2 obsahuje iba kvalifikácie, ktoré možno na Slovensku na výkon jednotlivých zdravotníckych povolaní získať po pristúpení Slovenska k Európskej únii, avšak tieto konkrétne spomínané sestry majú podľa cit. smernice o uznávaní odborných kvalifikácií[31] aj naďalej právo vykonávať zdravotnícke povolanie sestry kdekoľvek na území Európskej únie v rozsahu pôvodne nadobudnutých kompetencií a nadväzujúcej odbornej zdravotníckej praxe. Čo niekedy znamená, že až na úrovni sestier s vysokoškolským vzdelaním II. stupňa (magisterské), pretože jednoducho, to čo je potrebné, už dávno vedia. Každý zamestnávateľ by takto pri vyhodnocovaní kompetencií svojich zamestnancov mohol ľahko zohľadniť nielen nadobudnuté doklady o formálnom vzdelávaní, ale aj kompetencie reálne nadobudnuté v nadväzujúcej zdravotníckej praxi.

Na účel výmeny informácií o nadobudnutej kvalifikácii, odbornej praxi a reálnych kompetenciách zdravotníckych pracovníkov medzi zamestnávateľmi má v Európskej únii slúžiť elektronický nástroj Europass Mobility. Do rovnakej skupiny nástrojov na výmenu informácií medzi zamestnávateľmi o zamestnancoch má slúžiť aj tzv. IMI systém výmeny informácií,

Tabuľka 2 – Príklad kompetenčnej matrice – ošetrovateľský tím

KOMPETENCIA – POPIS	ZDRAVOTNÍCKE POVOLANIE/STUPEŇ VZDELANIA				
	Sanitár	Zdravotnícky asistent	Sestra		Verejný zdravotník
	SŠ	ÚSO	VOV/Bc.	Mgr.	Mgr.
Hygiena prostredia – manuálne úkony	+	+	+	+	-
Hygiena pacienta - fyzický kontakt s telom pacienta, jednotlivé manuálne úkony	-	+	+	+	-
Hygiena pacienta – komplexný pohľad – bio-psycho-socio-spirituálne potreby pacienta vo vzťahu k terapeutickej situácii pacienta vedenej lekárom, predikcia, zabezpečovanie, spolupráca s lekárom, prípadne delegovanie a usmerňovanie ostatných členov ošetrovateľského tímu, koordinácia a usmerňovanie činností, logistika, riadenie	-	-	+	+	-
Hygiena pacientov (napríklad na oddelení) – logistika, riadenie tímu	-	-	-	+	-
Hygiena pacientov komplexne výskumne (veda, výskum, vývoj)	-	-	-	+	-
Hygiena prostredia výskumne (epidemiologické štúdie, priebežné vyhodnocovanie, zabezpečovanie nápravných opatrení)	-	-	-	-	+

Zoznam použitých skratiek

+ – kompetencia prítomná (na základe absolvovaného štúdia)
- – kompetencia neprítomná (príprava na danú činnosť netvorila súčasť príslušného študijného programu)
SŠ – stredná škola bez maturity
ÚSO – úplné stredné odborné vzdelanie zo strednej zdravotníckej školy s maturitou
VOV – vyššie odborné štúdium na strednej zdravotníckej škole, ktoré nadväzuje na úplné stredné odborné vzdelanie s maturitou
Bc. – vysokoškolské vzdelanie I. stupňa (bakalárske)
Mgr. – vysokoškolské vzdelanie II. stupňa (magisterské)

Zdroj: Beňušová, K., 2011[39]

39. BEŇUŠOVÁ, K., SOUKOPOVÁ, I., ŠKORVAGA, E. (2011): Príručka manažéra vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. s. 35. Bratislava: Vydavateľstvo Raabe. 220 s. ISBN 978-80-89182-96-1

ktorý sa okrem informácií o kompetenciách konkrétneho odborníka zaoberá ešte aj etikou výkonu povolania v tej ktorej krajine, zdravotnou spôsobilosťou a dôveryhodnosťou daného odborníka. Všetky tieto atribúty sú rovnako zakotvené v spomínanej smernici o uznávaní odborných kvalifikácií, konkrétne v jej neskorších doplnkoch, ktoré sa zaoberajú administratívnou spoluprácou členských štátov.[31] Europass Mobility je však pri jeho zavedení možno rovnako dobre možné uplatniť nielen na medzinárodnú výmenu informácií, ale aj pri vnútroštátnej výmene medzi zamestnávateľmi a zamestnancami vo vnútri konkrétnej krajiny.

Tabuľka 3 ukazuje iný príklad komparatívnej kompetenčnej matrice. Táto sa týka pomerne často vykonávanej (dnes už sa takmer žiadny lekár nezaobíde bez výsledkov laboratórnych analýz) a na prvý pohľad možno jednoduchej pracovnej činnosti, ktorou je analýza biologickej vzorky. Ako však demonštruje tabuľka 3, aj tu sú kompetencie jednotlivých zdravotníckych povolaní prirodzene vnútorne hierarchizované a to nielen v závislosti od nadobudnutého vzdelania, ale aj od nadobudnutých odborných skúsenosti. Podľa Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, s ktorej súhlasom opätovne uvedený príklad kompetenčnej matrice reprotudkujeme v tejto publikácii, pri tvorbe kompetenčného profilu laboratórneho tímu je viac ako kdekoľvek inde potrebné dbať na to, či pôvodne išlo o získanie vzdelania na prírodovedeckej fakulte (akademický titul RNDr.), fakulte technického zamerania (akademický titul Ing. príp. Mgr.), farmaceutickej fakulte (PharmDr. alebo Mgr.) alebo fakulte veterinárneho lekárstva (MVDr.), pretože iba toto je vzhľadom na absolvovaný obsah vzdelávania relevantné a dáva automaticky právo na

Tabuľka 3 – Príklad kompetenčnej matrice – laboratórny tím

KOMPETENCIA – POPIS	ZDRAVOTNÍCKE POVOLANIE/STUPEŇ VZDELANIA				
	Zdravotnícky laborant			Laboratórny diagnostik	Lekár
	ÚSO	VOV/Bc.	Mgr.	Mgr./RNDr./ PharmDr./MVDr./Ing.	MUDr.
výber, určovanie a plánovanie laboratórnych metód, ktoré budú používané pre štandardné rutinné aj upresňujúce neštandardné laboratórne vyšetrenia a ich aktualizácia v závislosti od odborného, vedeckého a technického vývoja	-	-	-	+	-
plánovanie a regulácia celého procesu laboratórneho vyšetrenia –vrátane predanalytickej fázy laboratórneho vyšetrenia = poučenie zdravotníckeho personálu, ako správne poučiť pacienta - vrátane pravidiel životosprávy pred odberom, ak je potrebné; ako vzorku správne odobrať a za akých podmienok (teplota vonkajšieho prostredia, netrepať so vzorkou ani reagenciami, reagenčný čas, kalibrácia), ako s ňou manipulovať a správne transportovať, aby sa neznehodnotila ešte pred začatím vyšetrovania a získaný výsledok bol validný, regulácia samotnej analytickej ako aj postanalytickej fázy – t. j. ako vzorku správne a bezpečne likvidovať = určovanie pravidiel správnej laboratórnej praxe	-	-	-	+	-
jednotlivé manuálne úkony pri štandardných analytických metódach	+	+	+	+	+
komplexné vyšetrovacie postupy v laboratóriách – rutinné výkony	-	+	+	+	+
kontrola správnosti výsledkov diagnostiky vzoriek z hľadiska použitých transportných a laboratórnych technológií a postupov, tvorba a vyhodnocovanie laboratórnych plánov	-	-	+	+	+
kontrola validity výsledkov s ohľadom na celý proces laboratórnej praxe	-	-	-	+	-
interpretácia výsledkov analýz s ohľadom na celý proces laboratórnej praxe	-	-	-	+	+
komunikácia s lekárom: spolupráca na tvorbe terapeutického plánu pacienta a monitorovaní úspešnosti liečby vrátane konzultácií k výberu a správnemu načasovaniu laboratórnych vyšetrení a analýz na čo najpresnejšie zistenie zdravotného stavu pacienta a terapeutických intervencií, problémová analýza a analýza príčin	-	-	-	+	+

Zoznam použitých skratiek

\+ – kompetencia prítomná (na základe absolvovaného štúdia)
\- – kompetencia neprítomná (príprava na danú činnosť netvorila súčasť príslušného študijného programu)

Zdroj: SKIZP, 2021[40]

40. KOTRBOVÁ, K., TRECHOVÁ, M. (2021): Príklad kompetenčného profilu tímu laboratórnych pracovníkov – pracovná činnosť spracovanie biologickej vzorky. Materiál na rokovanie prezídia a rady Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, máj 2021. (Vypracované podľa BEŇUŠOVÁ, K. a kol.: Príručka manažéra vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Dr. Josef Raabe Slovensko, s. r. o., odborné nakladateľstvo Bratislava, 2011. 1. vydanie. 220 s. ISBN 978-80-89182-96-1). Bratislava: Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov. 1 s.

konziliárne postavenie laboratórneho diagnostika vo vzťahu k odborným činnostiam samostatne vykonávaným lekárom. Rovnako pri tomto príklade, ako sme to uviedli aj pri predchádzajúcom príklade komparatívnej kompetenčnej matrice členov ošetrovateľského tímu, platí, že môžu existovať výnimky a na základe nadobudnutej praxe sa aj odborník iného zamerania môže individuálne prepracovať až do úrovne poznania 7. a 8. individuálneho kompetenčného profilu, ako sme ho uviedli v Tabuľke 1, avšak tento model ponúknutý v Tabuľke 3 zachytáva všeobecne platné pravidlo, kde väčšina kompetencií vykonávaných v praxi sa odvíja od poznania a kompetencií nadobudnutých v rámci existujúceho formálneho systému vzdelávania.

Mohla by nasledovať ďalšia tabuľka č. 5 o kompetenciách multiprofesionálneho tímu personalizovanej komplexnej zdravotnej starostlivosti. Keďže však do potenciálneho multiprofesionáleho tímu personalizovanej komplexnej zdravotnej starostlivosti odborne garantovaného lekárom a procesne prípadne koordinovaného napríklad sestrou potenciálne patrí každý odborník, ktorý môže prispieť k zdarnému riešeniu zdravotnej situácie pacienta – v kontexte tejto publikácie teda nielen zdravotnícky pracovník – lekár, sestra, laboratórny diagnostik, výživový poradca, fyzioterapeut, klinický logopéd, klinický liečebný pedagóg, klinický psychológ, verejný zdravotník, farmaceut, fyzioterapeut, ale aj napríklad fyzik, biológ, matematik, ale možno aj kondičný tréner ako absolvent telovýchovnej fakulty so zameraním na starostlivosť o chorých, atď., výpočet by v závislosti od rozvoja a schopnosti integrácie príslušného poznania a potrieb konkrétnych pacientov pravdepodobne nikdy nebol ani nemohol byť úplný. Uvedené však predznamenáva, že systém multiprofesionálnej tímovej spolupráce by mal byť zároveň aj dostatočne flexibilný.

V každom prípade však možno konštatovať, že výsledok činností tímu, ktorý sa premieta do dobrého zdravia, dobrého bytia a kvality života konkrétneho pacienta v interakcii s ním (ale aj celých populácií) vždy závisí nielen od odborných kompetencií členov tímu/alebo tímov a ich vzájomnej profesionálnej spolupráce, ale aj od úrovne vzájomnej dôvery. Na tomto mieste preto na záver radi zdôrazňujeme, že hlboký ľudský vzťah a vzájomné ľudské porozumenie, ktoré sú tak očakávané, potrebné a žiadané najmä pokiaľ ide o poskytovanie zdravotnej starostlivosti, závisí od identifikovania, komunikovania, porozumenia a zdieľania univerzálnych princípov a hodnôt, nielen s pacientami ale aj spolupracujúcimi kolegami a odborníkmi navzájom tak, aby boli jasné, zrozumiteľné a akceptované.

Tabuľka 4 – Príklad kompetenčnej matrice – rehabilitačný tím

KOMPETENCIA – POPIS	ZDRAVOTNÍCKE POVOLANIE/STUPEŇ VZDELANIA							
	Masér	Fyzioterapeut	Lekár FBLR	Klinický logopéd	Liečebný pedagóg	Klinický psychológ	Sestra	Sociálny pracovník
	SŠ	VOV, Bc. príp. Mgr.	MUDr.	Mgr.	Mgr.	Mgr.	VOV,Bc./Mgr.	Mgr.
jednotlivé manuálne úkony – masáže, akupresúra, termo-, foto-, hydro- procedúry	+	+	+	-	-	-	+	-
plánovanie a realizácia fyzioterapeutického procesu pacienta ako kinezioterapia, posilňovacie a uvoľňovacie cvičenia pacienta, nácvik chôdze, nácvik používania zdrav. pomôcok, ergoterapia atď.)	-	+	+	-	-	-	+	-
plánovanie a realizácia komplexného fyziatrického procesu pacienta al. pacientov na oddelení, delegovanie, konzíliá (usmerňovanie ostatných pracovníkov tímu v starostlivosti o pacienta/ pacientov, koordinácia a usmerňovanie činností, logistika, riadenie)	-	-	+	-	-	-	-	-
Plánovanie a realizácia klinickologopedickej starostlivosti v prípade potreby - najmä tréning orofaciálneho aparátu a reči	-	-	-	+	-	-	-	-
Plánovanie a realizácia liečebnopedagogickej starostlivosti – najmä kognitívna terapia, nácvik relaxácie alebo aktivizačne cez tvorivé činnostné terapie (arteterapia, muzikoterapia, psychomotorická terapia vrátane tanečnej terapie, dramatoterapia, a ďalšie umelecké neverbálne médiá, ergoterapia: hrubá a jemná motorika, terapia hrou, tréningy pamäti, psychoedukácia, reedukácia a podobne)	-	-	-	-	+	-	-	-
Psychodiagnostika a verbálna psychoterapia	-	-	-	-	-	+	-	-
Koordinácia činností tímu, ošetrovanie pacienta	-	-	-	-	-	-	+	-
Riešenie hmotnej alebo sociálnej núdze pacienta	-	-	-	-	-	-	-	+

Zoznam použitých skratiek

+ – kompetencia prítomná (na základe absolvovaného štúdia)
- – kompetencia neprítomná (príprava na danú činnosť netvorila súčasť príslušného študijného programu)
SŠ – stredná škola bez maturity
ÚSO – úplné stredné odborné vzdelanie zo strednej zdravotníckej školy s maturitou
VOV – vyššie odborné štúdium na strednej zdravotníckej škole, ktoré nadväzuje na úplné stredné odborné vzdelanie s maturitou
Bc. – vysokoškolské vzdelanie I. stupňa (bakalárske)
Mgr. – vysokoškolské vzdelanie II. stupňa (magisterské)
MUDr. – vyskoškolské vzdelanie II. stupňa (doktorské)

Zdroj: Beňušová, K., 2011[41]

41. BEŇUŠOVÁ, K., SOUKOPOVÁ, I., ŠKORVAGA, E. (2011): Príručka manažéra vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. ss. 56–57. Bratislava: Vydavateľstvo Raabe. 220 s. ISBN 978-80-89182-96-1

O autorke

PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH

Vyštudovala liečebnú pedagogiku na Univerzite Komenského v Bratislave v roku 1995. Následne v roku 1999 absolvovala postgraduálne magisterské štúdium v odbore organizácia a riadenie verejného zdravotníctva v študijnom programe London School of Hygiene and Tropical Medicine realizovanom na Slovenskej zdravotníckej univerzite pod vedením prof. MUDr. Ladislava Badalíka, DrSc. a prof. MUDr. Ladislava Hegyiho, DrSc., PhD. V roku 2009 úspešne zavŕšila doktorandské štúdium v odbore ošetrovateľstvo a rehabilitácia na Trnavskej univerzite v Trnave s dizertačnou prácou na tému „Vplyv smerníc EÚ na výkon zdravotníckeho povolania sestra na Slovensku.“.

Po 14 rokoch na Ministerstve zdravotníctva Slovenskej republiky, kde pracovala ako hlavná štátna radkyňa a generálna riaditeľka sekcie vzdelávania, ďalej pôsobila na Úrade verejného zdravotníctva Slovenskej republiky ako vedúca odboru podpory zdravia. Následne v oblasti klinického výskumu. V rokoch 2014–2018 ako konzultantka prezídia Slovenskej lekárskej komory - špecialistka pre koncepčné, legislatívne a strategické záležitosti.

Dlhoročná stála členka výboru Vyšších štátnych úradníkov pre verejné zdravotníctvo Európskej komisie v Bruseli. Od roku 2002 vedúca alebo členka rôznych pracovných a koordinačných skupín pre organizáciu a riadenie zdravotníctva, vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov a uznávanie odborných zdravotníckych kvalifikácií, ľudské zdroje v zdravotníctve, celoživotné poradenstvo, prevenciu a multiprofesionálnu spoluprácu. V rokoch 2002 až 2009 na MZ SR viedla proces transpozície smerníc Európskej únie o odborných kvalifikáciách zdravotníckych pracovníkov a voľnom pohybe osôb do vnútroštátneho právneho systému na Slovensku. V rokoch 2001–2019 zapojená do 30 národných a medzinárodných projektov zameraných na rozvoj slovenského zdravotníckeho systému, medzinárodnú harmonizáciu a spoluprácu (Svetová zdravotnícka organizácia, Svetová banka, Európska komisia, MZ SR). V roku 2009 nominovaná Úradom vlády Slovenskej republiky na udelenie ceny Európskej komisie „Jednotný európsky trh“ za profesionalitu a entuziazmus v pomoci občanom uplatňujúcich si od roku 2004 práva v rámci EÚ pri uznávaní odborných kvalifikácií.

Od roku 2008 do roku 2014 najskôr členka prezídia, potom členka Rady Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov v Bratislave, aktuálne s funkciou viceprezidentky pre legislatívu a inovácie. Členka Interdisciplinárnej sekcie Lekárskej spoločnosti naturálnej medicíny, zakladajúca členka a vedecká sekretárka Medzinárodnej spoločnosti naturálnej medicíny, členka Asociácie liečebných pedagógov Pro LP, členka Slovenskej psychiatrickej spoločnosti pri Slovenskej lekárskej spoločnosti, členka Spolku slovenských lekárov a členka Slovenskej pedagogickej spoločnosti pri Slovenskej akadémii vied. Od roku 2015 držiteľka ďakovného listu prezídia SLS za príspevok k rozvoju spolupráce medzi Slovenskou lekárskou spoločnosťou a Slovenskou lekárskou komorou. Držiteľka nominácie Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov z Kazuistického festivalu Nižná Slovensko „Iný zdravotnícky pracovník roka 2021“.

Od roku 2018 odborná asistentka na Katedre liečebnej pedagogiky Pedagogickej fakulty Univerzity Komenského Bratislava. Autorka a spoluautorka približne 120 odborných článkov a publikácií týkajúcich sa organizácie a riadenia zdravotníctva, systému zdravotníckeho vzdelávania, poradenstva a prevencie.

V Bratislave, 26. novembra 2021

Zoznam použitých skratiek

CME – Continual Medical Education
CPD – Continual Professional Development
EÚ – Európska únia
EXPH – European Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health
IARC – International Agency for Research on Cancer
KÚNZ – krajský ústav národného zdravia
MP SR – Ministerstvo pôdohospodárstva Slovenskej republiky
MZ SR – Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NV – národné výbory
OECD – Organization for Economic and Co-operation Development
OÚNZ – okresný ústav národného zdravia
SKIZP – Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov
TASR – Tlačová agentúra Slovenskej republiky
VÚC – vyšší územný celok
WHO – World Health Organization
Zb. – Zbierka zákonov pred r. 1991
Z. z. – Zbierka zákonov po r. 1991

KONTAKTNÉ ÚDAJE

PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH
Pedagogická fakulta Univerzity Komenského Bratislava, Katedra liečebnej pedagogiky, Šoltésovej 4, 811 04 Bratislava, Slovenská republika
kotrbova@fedu.uniba.sk, +421 2 9015 9209

1. BARÁKOVÁ, A., CVOPOVÁ, A. a kol. (2015): Medzinárodné porovnanie miery úmrtnosti na prioritné skupiny chorôb. In: Správa o zdravotnom stave obyvateľstva Slovenskej republiky 2012–2014, s. 22–23. Materiál Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky z programu rokovania vlády Slovenskej republiky 7. septembra 2015. s. 23. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.uvzsr.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=2690:sprava-o-zdravotnom-stave-obyvatestva-slovenskej-republiky-za-roky-2012-2014&catid=108:materialy-schvalene-vladou>
2. BÄCK,, M. A. (2016): Risk and Opportunities of Reforms Putting Primary Care in the Driver´s Seat. In: International Journal Health Policy and Management. Volume 5, number 8, p. 511–513. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.ijhpm.com/article_3207_bb3fedeac2289e8cbf752f42539cb3c6.pdf/>
3. BEŇUŠOVÁ, K., SOUKOPOVÁ, I., ŠKORVAGA, E. (2011): Príručka manažéra vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava: Vydavateľstvo Raabe. 220 s. ISBN 9788089182961
4. Demografia – príčiny úmrtí v Slovenskej republike v roku 2020. Bratislava: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2021. [cit. 2021-11-26]. Dostupné na internete: <https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/aboutus/office.activites/officeNews/vsetkyaktuality/6de671fb-b69b-4f85-9c82-4a0a1595f0a0/!ut/p/z1/tVLLUsIwFP0WF122uaGv1F1gHFqlC3AQmo2TQh-xtIU2tPTvDY4LdURxYRZ5nnvOvTkXMbRGrOKdyLgUdcV36hwx53nuBmQ8xhQgfJhAYAb-fEwX2MIj9IQYYptK7mWOojpuea63hS6qVOeF1EBNohNyUOuR79RGg65NZPHxwtkmjovTWI8dL9atlNi6tyEj3eLAse3ZKXA4q-w3Youiq9Cr39Jm6hkuDHqOZ2-QyZT6ljsDILOpDQH1lwtvbppAzXfADxy-RysG9mIOP0aoTSY-WVd2U6qcf_1iiD-geMRGXRr8pDTAwIQ6xwMG2bbnYA-fsnXg5HBhVBtWVTE4Srf_RISU3asJJmKkyuMzPCjVaf-FC62u5aBWbRHE1SZo0SWMcG9WNuZ-T79lYDDfq-N7K6znaJ0RbatxF53aqKPwHRviyJOehFGt6ZFouHkx0PPb25eQXbnaI1/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/>
5. Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No. 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System („the IMI regulation"). [Smernica Európskeho Parlamentu a Rady č. 2013/55/EU, ktorou sa dopĺňa Smernica Európskeho parlamentu a Rady č. 2005/36/EC o uznávaní odborných kvalifikácií a Nariadenie (EÚ) o administratívnej spolupráci prostredníctvom informačného systému o vnútornom trhu (nariadenie o „IMI")]. Brusel: Európska komisia [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/SK/TXT/?uri=celex:32013L0055>
6. HLAVAČKA, S., NAGYOVÁ, K. (2001): Združené praxe. In: Manažment lekárskej praxe, Bratislava: Vydavateľstvo Raabe, spol. s. r. o. 5.aktualizácia, A 4.5, s. 1–16. ISBN 80-968206-1-1
7. Integrovaný regionálny operačný program na roky 2014–2020 (2015). Bratislava: Ministerstvo pôdohospodárstva Slovenskej republiky. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.mpsr.sk/index.php?navID=1036&navID2=1036&sID=67&id=9006>
8. KALOUS, Z., OBST, O. (2002): Školní didaktika. Praha: Portál. 447 s. ISBN 807178253X
9. KOTRBOVÁ, K., TRECHOVÁ, M., ŠTEFÍKOVÁ, E. (2014): Procesný model centra integrovanej zdravotnej starostlivosti verzia 2 – návrh pre MZ SR. Bratislava: Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov. 11 s.
10. KOTRBOVÁ, K. (2015): Metodika na porovnávanie kompetencií zdravotníckych pracovníkov – vzor. Bratislava: Slovenská lekárska komora.
11. KOTRBOVÁ, K. (2017): Integrácia vs. koncentrácia. In: Medikom č. 3/2017, časopis Slovenskej lekárskej komory, október 2017, ročník VII., s. 20-21. ISSN 1338-340X
12. KOTRBOVÁ, K. a kol. (2020): Veková štruktúra lekárov na Slovensku. Modra: VEEVENT, s. r. o., ISBN 978-80-973335-0-8. [cit. 2020-07-21]. Dostupné na internete: <https://lekarskenoviny.sk/index.php/podujatia/>
13. KOTRBOVÁ, K., TRECHOVÁ, M. (2021): Príklad kompetenčného profilu tímu laboratórnych pracovníkov – pracovná činnosť spracovanie biologickej vzorky. Materiál na rokovanie prezídia a rady Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, máj 2021. Bratislava: Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov.
14. Latest Global Cancer Data. International Agency for Research on Cancer World Health Organization, Press release No. 263 from 12th September 2018. International Agency for Research on Cancer World Health Organization, 2018. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf?ua=1>
15. Latest Global Cancer Data Cancer Burden Rises to 19,3 mil. New Cases and 10,0 mil. cancer deaths in 2020. Questions & Answers (Q & A). International Agency for Research on Cancer World Health Organization, 2020. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.iarc.who.int/faq/latest-global-cancer-data-2020-qa/>
16. MAKARA, P. (2020): Len sa chcem opýtať, či už máte otvorenú ambulanciu. Bratislava: Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://ssvpl.sk/len-sa-chcem-opytat-ci-uz-mate-otvorenu-ambulanciu/>
17. MAKOVICKÝ, E. a kol. (1978): Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva. Kompendium. Druhé prepracované a doplnené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 70-0077-81
18. Minimálny štandard pre lekársky špecializačný študijný program v špecializačnom odbore akupunktúra. Bratislava: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 15. októbra 2010, ročník 58, osobitné vydanie, s. 7–8. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?Minimalne-standardy-pre-specializacne-studijne-programy-minimalne-standardy-pre-certifikacne-studijne-programy-a-minimalne-standardy-pre-studijne-programy-sustavneo-vzdelavania>
19. Odborné usmernenie MZ SR, ktorým sa určuje metodika pre tvorbu a implementáciu štandardných diagnostických a terapeutických postupov. Bratislava: Vestník Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z 21.9.2016, ročník 64, čiastka 27–28. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <http://www.health.gov.sk/?vestniky-mz-sr>
20. PONTE, P. R., GROSS, A. H., MILLIMAN-RICHARD, Y. J., LACEY, K. (2010): Interdisciplinary teamwork and collaboration: an essential element of a positive practice environment. In: Annual Review of Nursing Research, Volume 28, Issue 1, 159–189 [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21639027/>
21. Report on the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH) on Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems (2014). s. 4. [Správa Panelu expertov (EXPH) pre efektívne spôsoby investovania do zdravia o definícii referenčného rámca týkajúceho sa primárnej starostlivosti s osobitným dôrazom na systémy financovania a systémy odosielania.]. Brusel: Európska komisia [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/c34869f8-783e-4d99-9f58-6bcd5965608e>
22. RICE, E., SMITH, P. C. (2001): Ethics and geographical equity in health care. In: Journal of Medical Ethics (2001); 27: 256–261 Dostupné na internete: <http://jme.bmj.com/content/27/4/256> In: WEBER, J. a kol.: Odpovede SLK na otázky stáleho zastúpenia Európskej komisie na Slovensku - pozícia Slovenskej lekárskej komory Bratislava na rokovanie s EK 14. novembra 2016. Bratislava: Slovenská lekárska komora. [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <https://old.lekom.sk/upload/dokumenty/2016/pozicia_SLK_EK_november_2016_PM_ZT_KK_JW_MK_kompletizacia_dr_Weber_1484057632.pdf>
23. Slovensko: Zdravotný profil krajiny 2019 State of Health in the EU (2020). OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brusel. ISBN 9789264999275. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_sk_slovak.pdf>
24. SKRBKOVÁ, E., GANICKÝ, B., ŠTĚPÁN, J. (1969): Náuka o zdravotníctve. Učebný text pre stredné zdravotnícke školy. Tretie doplnené vydanie. Martin: Vydavateľstvo Osveta. 70-034-69
25. SOLÁROVÁ, S. (2014): Teoretické základy procesu diagnostiky v dotazníku MKBD-S (modifikovaný Korngold-Beinfieldovej dotazník podľa autorky článku. s. 32–38. In: Akupunktúra a naturálna medicína. Bratislava: Reviewovaný vedecký časopis Lekárskej spoločnosti naturálnej medicíny. Ročník II, č. 1/2014. ISSN 1339-4703 [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.naturalnamedicina.com/casopis/>
26. Študijné programy sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov (2021). In: Zoznam akreditovaných študijných programov sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk/?zoznam-akreditovanych--studijnych-programov-dalsieho-vzdelavania-zdravotnickych-pracovnikov>
27. Štatistika príčin smrti (2017). Brusel: Eurostat Statistics Explained. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/sk>
28. TRECHOVÁ, M., KOTRBOVÁ, K., STUPKOVÁ, M., HAGOVSKÁ, A., HORŇÁKOVÁ, M., WOLEKOVÁ, H., MACHAJDÍKOVÁ, M.: (2014): Podklady SKIZP pre MZ SR za zdravotníctvo 2014 – aktualizácia z 24.11.2014. Bratislava: Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov. 23 s.
29. TRECHOVÁ, M., KOTRBOVÁ, K. (2021): Kto sa stará o tých čo sa starajú? In: Lekárske noviny online, 24. februára 2021. Modra: VEEVENT, spol. s r. o.. [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://lekarskenoviny.sk/index.php/2021/02/24/kto-sa-stara-o-tych-co-sa-staraju/>
30. V globálnom rebríčku patrí Slovensku druhé miesto po Južnej Kórei, kde v minulosti nebol taký výskyt tohto ochorenia. Tretie miesto patrí Maďarsku. TASR 11. júna 2015. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/slovensko/najviac-muzov-v-sr-ochorie-na-rakovinu/139946-clanok.html>
31. TUREK, I.: Didaktika. Iura Edition, 2008. 1. vyd. 600 s. ISBN 978-80-8078-198-9
32. VALENTINJ, P. P., SCHEPMAN, S. M., OPHEIJ, W., BRUJINZEELS, M. A. (2013): Understandig integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. In: International Journal of Integrated Care. Volume 22, 22 March 2013, Igitur Publishing, 11 p. Int J Integr Care 2013; Jan-Mar, URN: NBN: NL: UI: 10-1-114415
33. V ochorení na rakovinu hrubého čreva vedie Slovensko svetový rebríček, 11. júna 2015, TASR, Teraz.sk. [cit. 2021-08-03]. Dostupné na internete: <https://www.teraz.sk/slovensko/najviac-muzov-v-sr-ochorie-na-rakovinu/139946-clanok.html>
34. Vyhláška Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky č. 74/2019 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov. Bratislava: Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <https://www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2019/74/20190315>
35. WELLS, N., JOHNSON, R., SALYER, S. (1998): Interdisciplinary collaboration. In: Clinical Nurse Specialist, Jul, 12 (4):161-8, ISSN 1538-9782 [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9987223/>
36. Zákon Slovenskej národnej rady č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení. [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/1990-369>
37. Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 416/2001 Z. z. o prechode pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a vyššie územné celky. [cit. 2021-08-08]. Dostupné na internete: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2001-416>
38. ZHOU, Y., LI, Z., LI, Y. (2021): Interdisciplinary collaboration between nursing and engeenering in health care: A scoping review. In: International Journal of Nursing Studies, Volume 117, May 2021, [cit. 2021-08-07]. Dostupné na internete: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33677250/>

pacient je človek, ktorému zdravotnícki pracovníci poskytujú prevenciu, diagnostiku a liečbu; ide spravidla o človeka s identifikovaným ochorením, funkčnou poruchou alebo identifikovanými rizikovými faktormi vzniku ochorenia alebo vzniku funkčnej poruchy

zákazník/klient je ten, kto je odberateľom tovarov alebo služieb od poskytovateľa tovarov alebo služieb, spravidla priamo (v hotovosti, bezhotovostne, prostredníctvom komerčného poistenia) alebo nepriamo (prostredníctvom povinného zdravotného poistenia) za tovar alebo služby platí; pojem klient sa neodporúča používať v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, pretože zdravotná starostlivosť je viac ako služba, je to starostlivosť a vo vzťahu k zdravotníckemu pracovníkovi v zdravotnej starostlivosti je človek vždy pacientom; avšak pokiaľ ide o prevenciu, poradenstvo, reedukáciu, rozvoj a podobne, ak keď sa tieto činnosti vykonávajú v rezorte zdravotníctva možno namiesto termínu pacient použiť aj označenie klient

preventívna starostlivosť je vedomé ovplyvňovanie zdravotného stavu osoby, páru, rodiny, skupiny osôb, komunity alebo inej populácie s cieľom udržať jej/ich zdravie (primárna prevencia), zabrániť vzniku komplikácií pri poruchách zdravia (sekundárna prevencia), zabrániť návratu (relapsu) ochorenia (terciárna prevencia) alebo uľahčiť alebo zmierniť prejavy a dôsledky procesu zomierania. Má tvoriť súčasť výchovy aj liečby. V individuálnej, párovej, rodinnej, skupinovej a komunitnej forme má prevažne charakter poradenstva, zdravotnej výchovy, podpory, sprevádzania, reedukácie a rehabilitácie osoby jej príbuzných a blízkych pri dodržiavaní preventívneho režimu, ktoré sú vedené zdravotníckymi pracovníkmi s príslušnou odbornou spôsobilosťou. V populačnej forme má prevažne charakter zdravotníckej výchovy a osvety a ochrany a podpory zdravia, populačných preventívnych skríningov, preventívnych projektov, programov a kampaní vrátane rehabilitácie, ktoré sú riadené a vykonávané zdravotníckymi pracovníkmi s príslušnou odbornou spôsobilosťou

preventívny režim je životospráva osoby na podporu udržania zdravia, podporu zabránenia zhoršovania zdravotného stavu alebo podporu zmierňovania prejavov a dôsledkov zhoršovania zdravotného stavu, ktorý vyhodnocuje ošetrujúci lekár v spolupráci s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi v multiprofesionálnom tíme odborníkov. Súčasťou preventívneho režimu osoby je aj podpora zdravia druhého člena páru (v prípade že osoba žije iba v páre), podpora zdravia členov rodiny, alebo iných príbuzných a blízkych, komunity alebo členov inej prirodzenej sociálnej skupiny, v ktorej osoba uskutočňujúca preventívny režim prevažne žije (psychosociálna prevencia)

primárna prevencia v populácii je všeobecná a organizujú a vykonávajú ju multiprofesionálne tímy pod vedením zdravotníckych pracovníkov individuálne, skupinovo alebo hromadne vo všetkých vekových skupinách obyvateľstva (deti, dospelí, seniori) metódami hromadného alebo skupinového poradenstva, zdravotníckej výchovy a osvety, aktívneho včasného vyhľadávania osôb v riziku priamo v teréne alebo prostredníctvom analýzy výsledkov populačných epidemiologických štúdií a plánovania a organizovania všeobecných populačných intervencií, populačných preventívnych projektov a programov

sekundárna prevencia v populácii je selektívna a organizujú a vykonávajú ju zdravotnícki pracovníci individuálne, skupinovo alebo hromadne u osôb alebo v skupinách osôb, u ktorých bolo identifikované riziko ochorenia

terciárna prevencia je selektívna a uskutočňujú ju zdravotnícki pracovníci individuálne, skupinovo alebo hromadne u osôb alebo v skupinách osôb, u ktorých bolo identifikovnané riziko relapsu ochorenia, je zameraná na opatrenia u rozvinutej choroby alebo jej akútnej exacerbácie s cieľom zabrániť opakovaniu alebo zhoršovaniu choroby

kvartérna prevencia je všeobecná aj selektívna a je zameraná na identifikáciu a odstraňovanie rizika nadmernej medikácie pacientov, vynechávanie zbytočných invazívnych opatrení a na voľbu eticky najprijateľnejších postupov (eliminácia iatrogénneho poškodenia)

eschatologická starostlivosť a výchova uskutočňujú ju zdravotnícki pracovníci prevažne individuálne pacienta a blízkych osôb osoby nachádzajúcej sa v terminálnom štádiu života

správne poskytovaná zdravotná starostlivosť je nielen vykonávanie všetkých zdravotných výkonov potrebných na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby, podpory udržania alebo zlepšenia jej zdravotného stavu pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy **a súvisiacich vied** a v súlade so štandardnými postupmi pri zohľadnení individuálneho stavu pacienta, **ale aj vykonávanie všetkých zdravotných výkonov potrebných na správne určenie funkčnej poruchy, príčiny ochorenia alebo príčiny funkčne poruchy** so zabezpečením včasnej a účinnej prevencie a liečby s cieľom uzdravenia osoby, podpory udržania alebo zlepšenia zdravotného stavu osoby, páru, rodiny, skupiny osôb, komunity prípadne inej územne alebo inak špecifikovanej populácie

Medzinárodná klasifikácia funkčných schopností, disability a zdravia (MKF) je popri Medzinárodnej klasifikácii chorôb ďalším nástrojom používaným zdravotníckymi pracovníkmi na lepšiu identifikáciu aktuálnych zdravotných potrieb a potrebných nefarmakologických intervencií u pacienta, páru, rodiny, skupiny osôb, komunity prípadne inej územne alebo inak špecifikovanej populácie

podpora zdravia, prevencia ochorení a iných porúch zdravia je systém opatrení zameraných na vylúčenie, prípadne zníže-

nie rizika výskytu ochorení a iných porúch zdravia, na ktoré v rozhodujúcej miere vplývajú životné, pracovné a sociálno-ekonomické podmienky a spôsob života jednotlivca i spoločnosti a opatrení zameraných na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia; výchova a vzdelávanie s cieľom ochrany, zachovania alebo navrátenia zdravia osobe, páru, rodine, komunite, skupine osôb, územne alebo inak definovanej populácii, aktívne vyhľadávanie rizikových a protektívnych faktorov a možných príčin chorôb, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb, vyhľadávanie patologických procesov v ich asymptomatickom období s cieľom liečby, ktorou sa predchádza ich klinickému prejavu, aktívne sledovanie choroby s cieľom predchádzania zhoršeniu zdravotného stavu osoby alebo populácie, aktívne vyhľadávanie možných príčin chorôb v súvislosti s prácou, sociálnym prostredím, ich odstraňovanie a predchádzanie vzniku chorôb z povolania vo vzťahu k práci

poradenská činnosť je odborná pracovná činnosť zdravotníckych pracovníkov zameraná na znižovanie výskytu zdravotných, sociálnych, environmentálnych, právnych a iných rizík prostredníctvom všeobecného a špecializovaného poradenstva zameraného na pozitívnu zmenu spôsobu života s využitím empiricky a vedecky overených poznatkov a metód z oblasti medicíny a iných súvisiacich vied, sociálneho systému a verejného zdravotníctva

všeobecné poradenstvo v zdravotníctve pozostáva z aktívneho vyhľadávania a stanovovania rizikových a protektívnych faktorov prenosných, srdcovo-cievnych, nádorových a iných chronických neprenosných ochorení a zo sprostredkovania informácií zrozumiteľnou formou o zásadách správneho spôsobu života a motivácie k pozitívnym zmenám pri predchádzaní najzávažnejším chronickým neprenosným ochoreniam

špecializované poradenstvo v zdravotníctve je zamerané na prevenciu najzávažnejších neprenosných ochorení ovplyvňovaním rizikových a protektívnych faktorov životného štýlu, najmä fajčenia, nedostatočnej fyzickej aktivity, nesprávnej výživy, obezity/nadhmotnosti, s rizikovou konzumáciou alkoholu a stresu

spôsob života je správanie človeka, ktoré je podmieňované vzájomným pôsobením životných podmienok (fyzikálne, chemické, biologické, sociálno-ekonomické, politické, spirituálne a iné životné a pracovné prostredie), jeho osobnostných vlastností a výsledkov výchovy

tím je skupina osôb, ktorá spoločne plní nejakú úlohu; na rozdiel od hierarchického modelu spolupráce sa v tímovom modeli spolupráce kladie dôraz najmä na horizontálne vzťahy, rokovania, dohody a spoluprácu priamo medzi jednotlivými členmi, pričom majú mať jasno v cieľoch a význame takejto aktivity

odborný tím je tím zložený z odborníkov s rôznou formálnou kvalifikáciou alebo expertnými neformálnymi skúsenosťami a kompetenciami

interdisciplinárny/multidisciplinárny tím (v zdravotníctve) je odborný tím zložený spravidla **z odborníkov jedného povolania** (napr. lekári) avšak s rôznou odbornou špecializáciou (všeobecní lekári, gynekológovia, oftalmológovia atď.), ktorí zabezpečujú starostlivosť pacientovi vo vzájomnej spolupráci a komunikácii avšak len v rámci svojej špecializácie **a len podľa postupov vlastného odboru**

multiprofesionálny tím (v zdravotníctve) je odborný tím zložený z **odborníkov viacerých zdravotníckych povolaní** (lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, psychológ, laboratórny diagnostik, klinický fyzik, fyzioterapeut, verejný zdravotník, výživový poradca, klinický logopéd, liečebný pedagóg, atď.), **ale aj nezdravotníckych povolaní** (ako napríklad matematik, štatistik, informatik, manažér zdravotnej starostlivosti, sociálny pracovník a podobne) prípadne s rôznou inou formálnou alebo neformálnou špecializáciou, ktorí zabezpečujú starostlivosť o pacienta vo vzájomnej spolupráci a komunikácii zameranej na diskutovanie **a tvorbu spoločných postupov** s využitím poznatkov jednotlivých povolaní a špecializácií v prospech čo najlepšej diagnostiky, plánovania, výkonu činností a hodnotenia pokroku u konkrétneho pacienta, pričom spoločné diagnostické závery a následné terapeutické úkony koordinuje lekár, resp. zo zákona kompetentná osoba, oprávnená vykonávať takýto úkon v rozsahu svojej kompetencie

transdisciplinárny tím (v zdravotníctve) **je multiprofesionálny tím, v ktorom** jednotliví odborníci nielen diskutujú a tvoria spoločné postupy v prospech čo najlepšej starostlivosti o pacienta, ale aj v záujme vyššej miery spolupráce **sa vzájomne učia a spolupracujú tak, že prekračujú hranice vlastného povolania a špecializácie,** aby umožnili také rozvinutie potenciálu pacienta, ktoré by bez tohto vzájomného učenia a prekračovania hraníc vlastného odboru a špecializácie nebolo možné. Úspech výsledkov takýchto tímov je priamo závislý od identifikovania, komunikovania, porozumenia a zdieľania **univerzálnych princípov a hodnôt, ktoré sú spoločné a prelínajú naprieč všetkými** povolaniami, odbormi a špecializáciami

multiprofesionálny tím odborníkov primárnej zdravotnej starostlivosti je tím zdravotníckych pracovníkov rôznych povolaní (napríklad lekár, zubný lekár, farmaceut, sestra, pôrodná asistentka, laboratórny diagnostik, verejný zdravotník, psychológ, fyzioterapeut, výživový poradca, liečebný pedagóg, zdravotnícky záchranár, dentálny hygienik, optometrista, ortopedický technik atď.) a odborníkov iných povolaní (sociálny pracovník, matematik, štatistik, informatik, atď.) pôsobiaci v primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti

vnútrorezortný – tvoriaci súčasť rezortu zdravotníctva alebo iného rezortu národného hospodárstva (zdravotnícke zariadenia,

zariadenia ochrany a podpory zdravia, zdravotné poisťovne, pacientske organizácie, farmaceutické a organizácie distribúcie liekov a zdravotníckych pomôcok, vzdelávacie organizácie, odborné zdravotnícke profesionálne a stavovské organizácie atď.)

medzirezortný – prekračujúci rámec jedného rezortu a zapájajúci aktérov z viacerých rezortov národného hospodárstva (zdravotníctvo, školstvo, sociálne veci, vnútro, obrana, doprava a spoje, kultúra, financie, atď.)

intersektoriálny/multisektoriálny – prekračujúci rámec aktérov z rezortov národného hospodárstva a zapájajúci aj aktérov pôsobiacich v iných oblastiach, ako napríklad aktérov z územnej samosprávy (mestá a obce), podnikateľské subjekty, miestne akčné skupiny, dobrovoľnícke a humanitárne organizácie, cirkvi a podobne

primárna zdravotná starostlivosť je prvá úroveň systému zdravotnej starostlivosti, ktorá sa spravidla poskytuje ambulantnou formou ako kombinácia všeobecnej a špecializovanej zdravotnej starostlivosti a ochrany a podpory zdravia a zabezpečuje vstup pacienta do systému pri všetkých jeho nových potrebách a problémoch týkajúcich sa jeho zdravotného stavu (s výnimkou veľmi nezvyčajných alebo zriedkavých porúch) vrátane urgentnej a neodkladnej zdravotnej starostlivosti; primárna zdravotná starostlivosť zabezpečuje starostlivosť pre všetky poruchy pacienta kontinuálne v priebehu celého jeho života; je orientovaná na zdravotné potreby a problémy pacienta a je komplexná vzhľadom na potreby, ktoré sú v populácii bežné

sekundárna zdravotná starostlivosť je druhá úroveň systému zdravotnej starostlivosti, ktorá presahuje rámec primárnej zdravotnej starostlivosti a poskytuje sa ambulantnou alebo ústavnou formou spravidla na základe odporúčania lekára primárnej zdravotnej starostlivosti ambulantnou alebo ústavnou formou, prípadne v ich kombinácii. Sekundárna zdravotná starostlivosť má spravidla jednorazový alebo krátkodobý charakter, s výnimkou prípadov kontinuálnej špecializovanej sekundárnej zdravotnej starostlivosti z dôvodu dispenzarizácie pacienta u ošetrujúceho lekára s príslušnou špecializáciou podľa osobitného predpisu.

následná zdravotná starostlivosť je tretia úroveň systému zdravotnej starostlivosti, ktorá presahuje rámec primárnej a sekundárnej zdravotnej starostlivosti; poskytuje sa ambulantnou alebo ústavnou formou v prípadoch, keď je to potrebné v záujme dokončenia liečebného procesu alebo zmierňovania prejavov a dôsledkov zhoršovania zdravotného stavu u pacienta alebo jeho príbuzných a blízkych; má spravidla dlhodobý charakter (dlhodobá starostlivosť) a je zameraná hlavne na ošetrovateľskú, psychologickú a rehabilitačnú starostlivosť; poskytuje sa na základe odporúčania lekára primárnej alebo sekundárnej zdravotnej starostlivosti

integrovaná preventívna zdravotná starostlivosť je starostlivosť, kde je **spolupráca** členov tímu alebo tímov odborníkov **priebežne a sústavne** lokálne, regionálne, národne alebo nadnárodne **koordinovaná z jedného miesta** (koordinátor spolupráce tímu, koordinátor spolupráce tímov navzájom, koordinátor spolupráce zdravotníckych zariadení a iných organizácií na lokálnej úrovni navzájom, koordinátor spolupráce zdravotníckych zariadení a iných organizácií na regionálnej úrovni navzájom, koordinátor spolupráce zdravotníckych a iných organizácií na národnej úrovni navzájom)

inkluzívna preventívna zdravotná starostlivosť je starostlivosť zameraná na zabránenie exklúzie niektorých skupín obyvateľstva z poskytovania zdravotnej starostlivosti (napr. exklúzia detí psychiatricky chorých rodičov, chudobných alebo nezamestnaných rodičov, exklúzia postihnutých z prevencie a podobne)

verejné zdravotníctvo je systém zameraný na ochranu, podporu a rozvoj verejného zdravia, orgánmi verejného zdravotníctva sú najmä Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky a regionálne úrady verejného zdravotníctva

verejné zdravie je úroveň zdravia spoločnosti, ktorá zodpovedá úrovni poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ochrany a podpory zdravia, životných podmienok a ekonomickej úrovni spoločnosti

návyk – taký druh činnosti človeka, ktorý sa postupným cvičením zautomatizuje; základom návyku je ustálený pohybový prejav, ktorý sa uskutočňuje približne za rovnakých podmienok bez nevyhnutnej účasti vedomia; jeho význam spočíva predovšetkým v tom, že skvalitňuje a uľahčuje vykonávať viaceré činnosti, pričom sa nevyžaduje maximálna duševná aktivita, ktorá je nevyhnutná pre realizáciu náročných spoločenských činností. Ak ide o systém návykov, ktoré sa vypracujú a upevnia v určitom poradí, hovoríme o dynamickom stereotype. Pre človeka má značný význam, lebo uľahčuje jeho činnosť, zaručuje stálosť správania v podobných podmienkach a chráni nervovú sústavu pred vyčerpaním

zvyk – osvojená a upevnená činnosť, ktorú jednotlivec vykonáva v každodennom živote, vzniká na základe súboru postupných činností - návykov týkajúcich sa najrôznejších oblastí spoločenských aktivít, v konečnom dôsledku zvyk uľahčuje prácu človeka aj jeho život./zlozvyk – je zvnútornený stav, ktorý smeruje proti záujmom jednotlivca a tiež proti spoločnosti

správanie – priamo pozorovateľný alebo nejakým spôsobom merateľný súbor prejavov jednotlivca vo vzťahu ku zložkám jeho okolia; človek stále nejako reaguje na vonkajšie a vnútorne podnety; sprostredkujúcimi pojmami sú pojmy reaktivita a aktivita; reaktivita sa týka odpovedí na podnety, aktivita zahŕňa také akty, v ktorých bytosť niečo vyhľadáva, rieši, robí nie náhodné zmeny s istým zameraním a uvedomovaným cieľom; tieto činnosti sú vnútorne motivované, vychádzajú zo samotného jedinca, jeho psychickej činnosti

SLOVNÍK

konanie – je úmyselná činnosť, ktorá smeruje k určitému cieľu

osobnosť – systémový komplex vlastností, ktoré jednotlivec získal v predmetnej činnosti a styku a ktoré ho charakterizujú z hľadiska účasti na spoločenských kontaktoch; je to vlastne organizovaný a najvyšší celok duševného života človeka, ktorý reguluje správanie

výchova – je zámerné pôsobenie, ktorého cieľom je formovanie a rozvíjanie osobnosti v súlade s určitým výchovným cieľom; sprostredkovanie schopností, zručností a postojov, ktoré jestvujú v danej spoločnosti a ktoré sa pre jej trvanie a ďalší rozvoj pokladajú za dôležité odovzdať ďalším generáciám; pôsobenie na procesy ľudského učenia a socializácie s cieľom premeny človeka po všetkých stránkach - telesnej, duševnej aj duchovnej; s cieľom pretvoriť človeka z bytosti spoločenskej na bytosť kultúrnu

učenie – zmena v organizme človeka, resp. v jeho schopnostiach, ktorá je závislá od opakovaných skúseností a ktorá sa prejavuje v zmenách správania, ktoré má viac alebo menej trvalú povahu; forma činnosti, pri ktorej jednotlivec mení svoje správanie a svoje vlastnosti pod vplyvom vonkajších podmienok a v závislosti od výsledkov konania; zámerné (cieľavedomé) a systematické nadobúdanie vedomostí, zručnosti a postojov ako aj foriem správania a osobných vlastností

sociológia výchovy – sociologická disciplína, ktorá skúma zákonitosti sociálnej determinácie vývinu človeka z hľadiska jeho výchovného usmerňovania; ide najmä o analýzu vzťahov medzi kvalitou vonkajšieho prostredia a úrovňou cieľavedomého pôsobenia na mladého človeka; na rozdiel od sociálnej pedagogiky, ktorá si viac všíma formatívnu a normatívnu stránku inštitucionálnej výchovy a vzdelávania, v sociológii výchovy dominujú analýzy ostatného, najmä mimoškolského prostredia. Konkrétnejšie ide o problematiku najbližšieho prírodného a spoločenského prostredia, ako je rodisko, rodina, škola, formálne a neformálne skupiny, detské a mládežnícke organizácie, využívanie voľného času a ďalšie. Jej význam pre výchovu žiakov je značný, lebo pomáha odhaľovať neraz aj rozhodujúce príčiny neadekvátneho správania sa jednotlivcov, ktorého príčiny tkvejú vo vonkajšom prostredí

sociálne skupiny – určité množstvo cieľavedome organizovaných jednotlivcov, ktorí sú v kooperácii smerujúcej k naplneniu cieľov; formácia skladajúca sa z určitého počtu osôb, ktoré sú voči sebe navzájom vo vzájomných viac alebo menej vymedzených pozíciách alebo rolách, ktorá má systém hodnôt a noriem regulujúcich správanie jednotlivých členov v pre skupinu dôležitých záležitostiach; delia sa na malé/veľké, formálne/neformálne, primárne/sekundárne, krátkotrvajúce/dlhotrvajúce a referenčné. Malé = 2-12 členov – členovia komunikujú každý s každým (rodina, rovesnícke skupiny, krúžky), stredné = 13-45 členov – členovia sa spravidla poznajú ale komunikujú štýlom vedúci s každým (podniky, organizácie, spolky, trieda), veľké = 45 a viac členov – kontakt zoči-voči je zriedkavý (národy, politické, náboženské a spoločenské organizácie)

skupinová dynamika – vzniká a utvára sa spolu so vznikom skupiny; skupinovú dynamiku utvára rad skupinových elementov: ciele a normy skupiny, vodcovstvo a štruktúru skupiny, jej identita, interakčné a komunikačné procesy v skupine, kohézia a tenzia, projekcia minulých skúseností a vzťahov do aktuálnych sociálnych interakcií, skupinová atmosféra a jej prežívanie členmi skupiny, pozície a role v skupine, tvorba podskupín a vývin skupiny v čase alebo fázy skupinového vývinu. Jednotlivé prvky skupinovej dynamiky sú navzájom všetky úzko späté a spolupôsobia v neustálej interakcii.

populácia – súbor obyvateľov určitého územia; môže byť bližšie charakterizovaná ako napr. zdravá populácia, školská populácia, mestská populácia a podobne

kultúra – súhrn ľudských činností, predmetov, inštitúcií, ideí a hodnôt, ktoré sú vlastné určitému spoločenstvu

Poďakovanie

Ďakujem mojej rodine za jej nekonečnú trpezlivosť, keď som čas, ktorý mi tu bol vymeraný, nebola s nimi, ale som ho v snahe príspevku k zlepšeniu zdravotnej starostlivosti a ochrany a podpory zdravia, trávila napríklad pri písaní takýchto článkov.

Ďakujem všetkým mojim učiteľom, či už nimi boli priamo alebo nepriamo. Pedagógovia na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského, ako prof. PhDr. Marta Horňáková, CSc., doc. PaedDr. Katarína Majzlanová, CSc., doc. PhDr. Zlatica Mátejová, CSc., prof. akad. soch. Jaroslava Šicková, PhD., PhDr. Viera Dieškova, CSc., prof. PaedDr. Jitka Prevendárová, PhD., prof. MUDr. Ivan Drobný, CSc., prof. PhDr. Miroslav T. Bažány, CSc., prof. PhDr. Gejza Dobrotka, CSc., prof. PhDr. Ladislav Požár, DrSc., PhDr. Miroslav Andreánsky, PhD., doc. PhDr. Štefan Vašek, CSc., vedúci mojej diplomovej práce – psychológ, karikaturista a výtvarník PhDr. Vojto Haring, PhD. Tiež pedagógovia, ktorí ma viedli v ďalšom zdravotníckom vzdelávaní, medzi ktorých patrili také osobnosti ako p. profesor MUDr. Ladislav Badalík, DrSc., profesor MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc., PhD., prof. PhDr. Dana Farkašová, PhD., prof. PhDr. Mária Musilová, PhD., prof. PhDr. Vlasta Závodná, PhD., prof. MUDr. Juraj Pechan, CSc. alebo vedúci dlhodobých výcvikových kurzov pre psychoterapeutov, ktoré som absolvovala na Slovensku aj v zahraničí ako PhDr. Janette Rainwater, PhD. (USA), Mgr. Ester Neumannová (ČR), MUDr. Přemysl Suchomel (ČR), PaedDr. Zlata Šramová (SR), MUDr. Ivan Verny (Švajčiarsko), MUDr. Pavel Konečný (ČR).

Ďakujem aj mojim učiteľom, ktorými boli buď moji priami nadriadení, ako MUDr. Ján Gajdoš, PhD., MUDr. Rudolf Zbončák, MUDr. Svätopluk Hlavačka, MBA, doc. MUDr. Ján Bielik, CSc., ale aj všetci tí, ktorí v tom čase boli šéfmi nad nimi. Všetkým mojim kolegom ako Mgr. Elena Štefíková, MPH, Mgr. Blanka Herceková, Mgr. Ivanka Dodoková, Ing. Miloslava Kováčová, MPH, Mgr. Zuzana Sojková, Mgr. Zuzana Foldešová-Motajová, alebo kolegov z ostatných ministerstiev, ako je ministerstvo školstva, ministerstvo práce a sociálnych vecí, nadriadeným a úradu verejného zdravotníctva, Slovenskej zdravotníckej univerzity, Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. Tiež ďakujem kolegom lekárom zo Slovenskej lekárskej komory ako sú MUDr. Jozef Weber, MPH, MUDr. Zuzana Teremová, MUDr. Ján Šimo, PhD., MBA. A tiež ďakujem aj všetkým svojim bývalým podriadeným najmä z odboru zdravotníckeho vzdelávania MZ SR a Úradu verejného zdravotníctva SR, lebo bez nich by sa nepodarilo, čo sa v tom čase dalo, aj keď to mnohokrát bolo za cenu veľkého úsilia a mnohých prebdených nocí.

Ďakujem pani prezidentke Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov RNDr. Monike Trechovej, MPH, ako aj čestnému prezidentovi komory Ing. Michalovi Farkašovi za neutíchajúcu podporu aktivitám, ktoré posúvajú zdravotnícke povolania iných zdravotníckych pracovníkov do konziliárnej profesionálnej úrovne, ktorá im právom patrí ako aj za sociálne cítenie a neustále vlievanie nádeje a svetla na miesta v zdravotnej starostlivosti, ktoré sa javia opomínané.

Ďakujem svojim priateľom, za ktorých si dovoľujem považovať aj niektorých z tu vymenovaných, ale aj členov strategického partnerstva projektu, vďaka ktorému vznikol tento článok, ako napríklad prof. John Stuart Reid z Veľkej Británie, Ing. Daneš z Českej republiky, PaedDr. Zlatica Solárová, PhD., MUDr. Gustáv Solár, PhD., Ing. Juraj Solár, MUDr. Magdalénu Miklósovú z Prvej kliniky akupunktúry a naturálnej medicíny G. Solára, s. r. o. v Šamoríne.

Špeciálne ďakujem aj všetkým tu nevymenovaným priateľom a známym, ktorí ma nejakým spôsobom v živote raz alebo opakovane rôznym spôsobom podporili. S Vami všetkými je tento svet radostnejší a krajší. Ďakujem, že ste!

Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov

- **je samosprávna stavovská organizácia, ktorá zastupuje zdravotníckych pracovníkov v zdravotníckych povolaniach klinický fyzik, laboratórny diagnostik** (vrátane časti verejných zdravotníkov)**, klinický logopéd a liečebný pedagóg,**
- **vznikla z pôvodnej Slovenskej komory vysokoškolsky vzdelaných zdravotníckych pracovníkov, ktorá bola založená na základe zákona v roku 1992 spolu so Slovenskou lekárskou komorou, Slovenskou lekárnickou komorou, Slovenskou komorou stredných zdravotníckych pracovníkov a Slovenskou komorou zubných technikov,**
- **jej úlohou je hlavne chrániť profesijné práva a záujmy zdravotníckych profesionálov v uvedených povolaniach pracujúcich v praxi nielen z hľadiska zabezpečovania kvality a bezpečnosti pre pacienta, ale aj zdravotníckych profesionálov samotných, keď pôsobia v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti alebo poskytovania ochrany a podpory zdravia,**
- **do tejto činnosti patrí najmä poskytovanieodborných profesionálnych konzultáciía poradenstva ústredným orgánom štátnej správy a samosprávy** (ako sú ministerstvá a iné orgány štátnej správy a samosprávy, ďalej NR SR, regionálnym orgánom a podobne)**,**
- **uplatňovanie pripomienok zabezpečujúcich ochranu práv a odborných záujmov zdravotníckych profesionálovpri tvorbe politík zdravia,koncepcií, strategických, implementačných, programových, projektových, legislatívnych a iných typov celonárodných dokumentov a návrhov právnych predpisov týkajúcich sa výkonu zdravotníckych povolaní klinický fyzik, laboratórny diagnostik** (vrátane časti verejných zdravotníkov)**, klinický logopéd a liečebný pedagóg.**

Komora na základe zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov:

- vedie registre zdravotníckych pracovníkov vykonávajúcich príslušné zdravotnícke povolanie, ktoré sú podkladom pre Národný register zdravotníckych pracovníkov vedený Národným centrom zdravotníckych informácií v Bratislave,
- vydáva, pozastavuje a ruší licencie na výkon zdravotníckeho povolania a vedie registre vydaných licencií na výkon uvedených zdravotníckych povolaní,
- poskytuje a zabezpečuje registrovaným zdravotníckym pracovníkom odborné vzdelávacie aktivity,
- hodnotí sústavné vzdelávanie registrovaných profesionálov,
- rieši sťažnosti týkajúce sa výkonu povolania a podnety, sťažnosti a námety týkajúce sa poskytovania zdravotnej starostlivosti a ochrany a podpory zdravia v daných povolaniach,
- navrhuje preskúšanie zdravotníckeho pracovníka alebo doplnenie vedomostí a zručností v prípade pochybenia, rieši disciplinárne opatrenia v prípade pochybenia zdravotníckeho pracovníka
- vydáva stanoviská k etickým otázkam výkonu povolania,
- navrhuje zástupcov do komisií ústredných orgánov štátnej správy k tvorbe celonárodných a regionálnych dokumentov ako napríklad Komisia MZ SR k tvorbe a implementácii štandardných diagnostických a terapeutických postupov, Komisia MZ SR k tvorbe a implementácii postupov prevencie, Komisia MZ SR k Národnému katalógu povolaní a Národnému katalógu zamestnaní, Akreditačná komisia MZ SR pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov, Komisia MZ SR na tvorbu národného katalógu zdravotných výkonov, Rada vlády SR pre duševné zdravie a podobne - podľa aktuálnych požiadaviek.

SLOVENSKÁ KOMORA INÝCH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV
Drieňová 27
(budova Doprastavu)
Bratislava
sekretariát/konzultácie a poradenstvo pre členov každú stredu od 10.00-19.00
www.skizp.sk
Kontakt:
0918 901 386

Pri presadzovaní profesijných záujmov zdravotníckych povolaní, ktoré zastupuje, spolupracuje:

- s ostatnými komorami ako sú Slovenská lekárska komora, Slovenská komora zubných lekárov, Slovenská lekárnická komora, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, Slovenská komora psychológov, Slovenská komora fyzioterapeutov, Slovenská komora zdravotníckych záchranárov, Slovenská komora zubných technikov, Slovenská komora ortopedických technikov, atď.– aktuálne združených v rámci neformálnej platformy Konzorcia zdravotníckych komôr
- s profesijnými organizáciami ako je Združenie všeobecných lekárov pre dospelých Slovenskej republiky, Asociácia súkromných lekárov, atď. a odbornými spoločnosťami ako je Slovenská lekárska spoločnosť, Asociácia ProLP Liečebných pedagógov, atď.
- s inými občianskymi združeniami ako sú Asociácia nemocníc Slovenska, Asociácia zdravotných poisťovní,
- s odborovými organizáciami a organizáciami zástupcov zamestnávateľov ako je Asociácia zamestnávateľských zväzov Slovenska,
- s územnou samosprávou ako sú úrady vyšších územných celkov, mestá a obce, prirodzené regióny, Únia miest a obcí Slovenska.

Zdravotníctvo už dávno prestalo byť výhradne len o lekároch a sestrách, ale je to multidisciplinárny systém založený na úzkej spolupráci rôznych odborov, rôznych povolaní a rôznych úrovní vzdelania, ktorého cieľom je poskytovanie správnej, kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti v prospech pacienta, ale aj ochrana a podpora zdravia.

Zdravotnícki pracovníci združení v Slovenskej komore iných zdravotníckych pracovníkov sú už dlhodobo od roku 1992 tradične odborníci, ktorí získali vysokoškolské vzdelanie II. stupňa na iných ako lekárskych fakultách slovenských i zahraničných univerzít a pôsobia v systéme slovenského zdravotníctva ako zdravotnícki pracovníci už desiatky rokov. Všetky tieto povolania majú svoje významné postavenie v zdravotníckych systémoch v Európe a vo svete a ich vzdelanie je častokrát viac docenené v zahraničí ako na Slovensku.

Historicky sa na Slovensku pre skupinu zdravotníckych pracovníkov, ktorí získali vysokoškolské vzdelanie II. stupňa na iných, nie lekárskych fakultách našich i zahraničných univerzít zaužívali rôzne názvy. V poslednom čase to bola kategória „iný zdravotnícky pracovník“. Pod týmto názvom boli označovaní absolventi prírodovedeckých, matematicko-fyzikálnych, pedagogických, filozofických a technických fakúlt, pôsobiaci v zdravotníctve. Pod týmto názvom - kategóriou - boli pre laboratórne činnosti špecifikovaní biológovia, chemici a genetici. Tento názov však nevystihuje vykonávajúce zdravotnícke povolanie. Zdravotnícky pracovník – klinický logopéd, liečebný pedagóg, klinický fyzik, laboratórny diagnostik. Napr. laboratórny diagnostik je schopný diagnostický proces, ktorý zavádza, vykonáva, kontroluje a validuje aj plne garantovať.

Tieto zdravotnícke povolania majú nezastupiteľnú a veľmi dôležitú úlohu aj v oblasti primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti, kde by v súlade s odporúčaniami Panelu expertov Európskej únie pre efektívne spôsoby investovania do zdravia mali byť súčasťou multiprofesionálnych tímov pôsobiacich a podporujúcich činnosti príslušného všeobecného ambulantného lekára pre dospelých alebo praktického lekára pre deti a dorast. Súčasťou tímu primárnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti by okrem všeobecného lekára pre dospelých a všeobecného lekára pre deti a dorast a príslušných sestier mali byť aj výživoví poradcovia, fyzioterapeuti, psychológovia, liečební pedagógovia, laboratórni diagnostici, verejní zdravotníci a podobne. Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov podrobne rozpracovala systém integrovanej ambulantnej zdravotnej starostlivosti (primárnej, sekundárnej, následnej – krátkodobej a dlhodobej) v dokumente vypracovanom na základe objednávky Kancelárie Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku pre Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky z roku 2014. Keď chýbajú ľudské zdroje pre multiprofesionálne tímy v primárnej zdravotnej starostlivosti, pokrivkáva nielen zdravotná starostlivosť ale aj účinná prevencia v podobe ochrany a podpory zdravia.

O kvalite zdravotníckeho pracovníka nerozhoduje jeho pregraduálne vzdelanie ale zdravotnícka odbornosť (znalosti a zručnosti), etika a morálka, ktorá vedie k správnemu, kvalitnému a bezpečnému poskytovaniu zdravotnej starostlivosti a ochrany a podpory zdravia. A bez ohľadu na to, či klinickí logopédi, liečební pedagógovia, klinickí fyzici, laboratórni diagnostici alebo verejní zdravotníci pracujú v rezorte zdravotníctva, alebo v iných rezortoch (sociálnych vecí a rodiny, školstva, vnútra, obrany, spravodlivosti) ich pôsobenie sa vždy stretáva s vysokým uznaním ich činnosti a ich práca je napokon vždy vítaná.

Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov si chce svoje poslanie lídra pre zdravotnícke povolania, ktoré zastupuje, plniť čo najlepšie a jej predstavitelia veria, že aj budúce generácie budú považovať túto inštitúciu pre riešenie ich profesionálneho etablovania sa v zdravotníckom systéme Slovenska za nevyhnutnú a potrebnú.

LEKÁRSKE NOVINY

Originálne noviny slovenských lekárov pravidelne odoberá vyše 13 000 čitateľov.

- Odborné prílohy a reprinty
- Priamy dosah na cieľové skupiny
- Kvalitní autori a medicínski odborníci

Zasielané adresne lekárom a distribuované na vybrané odborné pracoviská.

e-mail: **obchod@lekarskenoviny.sk** **redakcia@lekarskenoviny.sk**

Čítajte nás aj na našom webovom portáli
www.lekarskenoviny.sk