

LEKÁRSKA STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA SLOVENSKU

Medical care for seniors in social service facilities in Slovakia

Ivan BARTOŠOVIČ¹, Ivana IVÁNKOVÁ BARTOŠOVIČOVÁ²

¹Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, Ústav zdravotníckych disciplín, študijný odbor ošetrovateľstvo, zast. vedúca prof. PhDr. H. Koňošová, PhD.

²OZS Skalica, ambulancia všeobecného lekára pre dospelých

Abstrakt

Úvod. Starnutie populácie predstavuje bezprecedentný proces, ktorý nemá v histórii ľudstva obdobu. V súvislosti s týmto fenoménom rastie aj počet seniorov žijúcich v zariadeniach sociálnych služieb. Cieľom našej práce bolo zistiť, aký je stav v poskytovaní lekárskej starostlivosti v týchto zariadeniach.

Súbor a metodika práce. Lekársku starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb sme zisťovali v 25 domovoch dôchodcov a domovoch – penziónoch pre dôchodcov v Trnavskom kraji v roku 2001. V týchto inštitúciách žilo celkovo 1758 seniorov v priemernom veku 74 rokov, priemerne 70 obyvateľov v jednom zariadení (rozpätie 17 – 251 obyvateľov). Písomne a telefonicky sme oslovili a inštruovali riaditeľov, ústavných lekárov i vrchné sestry všetkých zariadení, ktorí vyplnili dotazník, kde sme okrem farmakoterapie zisťovali aj prítomnosť lekárov a dĺžku ich ordinácie v zariadeniach.

Výsledky. Lekársku starostlivosť vo všetkých 25 zariadeniach zabezpečovali všeobecní lekári pre dospelých, ktorí v dvoch prípadoch mali aj geriatrickú kvalifikáciu. Psychiater pravidelne dochádzal do piatich zariadení (20 %). V 23 zariadeniach (92 %) sa o obyvateľov staral jeden ošetrojúci lekár; v jednom zariadení boli traja lekári a v jednom zariadení (s 53 obyvateľmi) sa o seniorov starali siedmi lekári. Prítomnosť lekárov bola veľmi variabilná, od 12 hodín týždenne až po raz mesačne. V štyroch zariadeniach bol lekár dostupný na vyžiadanie, podľa potreby, alebo vo svojej ambulancii. Najčastejšie ordinovali lekári v zariadeniach 2 – 2,5 hodín týždenne.

Záver. Zabezpečenie lekárskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku je veľmi variabilné a individuálne. V posledných rokoch pribúdajú štandardizované diagnostické a terapeutické postupy, ktoré sa zaoberajú aj týmto problémom. V záujme zlepšenia zabezpečenia starostlivosti bude tiež potrebné komplexné riešenie úlohy lekára v inštitúciách pre starých ľudí (tab. 2, lit. 23). Text v PDF www.lekarsky.herba.sk.

KLÚČOVÉ SLOVÁ: seniori, zariadenia sociálnych služieb, lekárska starostlivosť v zariadeniach.

Lek obz 2023, 72 (6): 279-283

Abstract

Introduction. Population aging is an unprecedented process that has no parallel in human history. In connection with this phenomenon, the number of seniors living in social service facilities is also growing. The aim of our work was to find out the state of medical care provision in these facilities.

Material and methods. We investigated medical care in social service facilities in 25 retirement homes and retirement boarding houses in the Trnava region in 2001. A total of 1,758 seniors with an average age of 74 lived in these institutions, with an average of 70 residents per facility (range 17 to 251 residents). In writing and by phone, we addressed and instructed the directors, attending physicians and head nurses of all facilities, who filled out a questionnaire where, in addition to pharmacotherapy, we also ascertained the presence of doctors and the length of their Office hours in the facilities.

Results. Medical care in all 25 facilities was provided by general practitioners for adults, who in two cases also had geriatric qualifications. The psychiatrist regularly visited five facilities (20 %). In 23 facilities (92 %), residents were cared for by one attending physician, in one facility there were three doctors and in one facility (with 53 residents) seven doctors cared for the elderly. The presence of doctors was very variable, from 12 hours a week to once a month. In four facilities, the doctor was available upon request, as needed or in his office. Most often, doctors in facilities prescribed 2 to 2.5 hours a week.

Conclusion. The provision of medical care in social service facilities in Slovakia is highly variable and individual. In recent years, there has been an increase in standardized diagnostic and therapeutic procedures that also deal with this problem. In order to improve the provision of care, a comprehensive solution will also be needed for the role of the doctor in institutions for the elderly (Tab. 2, Ref. 23). Text in PDF www.lekarsky.herba.sk.

KEY WORDS: seniors, social service facilities, medical care in facilities.

Lek obz 2023, 72 (6): 279-283

Úvod

Starnutie populácie je proces, ktorý nemá v histórii ľudstva obdobu. V Európe (má dlhodobu najstaršiu populáciu sveta) ľudia vo veku 60 a viac rokov tvoria takmer štvrtinu celej populácie, pričom očakávaný ná-

rast do roku 2050 hovorí o zvýšení na téměř 35 % (1). Obdobný stav je aj na Slovensku. Index starnutia (pomer počtu osôb v poproduktívnom veku 65 + rokov k osobám v predproduktívnom veku 0 – 14 rokov) sa v priebehu 10 rokov (od roku 2012 do 2021) zvýšil o 26,6 %.

Vo vekovej skupine 65 + ročných žilo ku koncu roka 2021 na Slovensku 944 958 ľudí, čo tvorí 17,39 % celkovej populácie. V porovnaní s rokom 2012 sa počet obyvateľov tejto vekovej skupiny zvýšil o 33,1 % (2). Dá sa očakávať, že Slovensko sa zaradí medzi staršie populácie Európy (1).

V súvislosti so starnutím populácie sa zvyšuje aj počet seniorov, ktorí žijú v **sociálnych inštitúciách**. Na Slovensku sa sociálne služby k 31. 12. 2020 z celkového počtu 5 459 781 obyvateľov poskytovali 0,98 % (53 494) obyvateľom. Služby pre seniorov sa poskytujú najmä v 1185 zariadeniach podmienených odkázanosťou na pomoc inej osoby, medzi pobytové patria najmä zariadenia pre seniorov (19 201 miest), domovy sociálnych služieb (12 345 miest) a špecializované zariadenia (kapacita 8 365 miest) (3).

V zmysle Zákona o sociálnych službách 448/2008 Z. z. sa v zariadeniach vykonávajú odborné činnosti (napr. ošetrovateľská starostlivosť, sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti a i.), obslužné činnosti (napr. ubytovanie, upratovanie, stravovanie a i.) a ďalšie činnosti (napr. požíčanie pomôcok, zabezpečenie záujmovej činnosti a i.) (4). Lekárskou starostlivosťou o seniorov v sociálnych inštitúciách sa legislatíva priamo nezaobrá.

Keďže sa starostlivosťou o seniorov v sociálnych inštitúciách už dlhodobo zaoberáme, cieľom našej práce bolo zistiť, aký je stav v poskytovaní lekárskej starostlivosti v týchto zariadeniach.

Súbor a metodika práce

Lekársku starostlivosť sme zisťovali spolu s vyhodnotením farmakoterapie, ktoré sme publikovali už skôr (5). Štúdiu sme realizovali v roku 2001 v dvadsiatich piatich zariadeniach sociálnych služieb v Trnavskom kraji. Dvadsať vtedajších domovov dôchodcov (DD) bolo režimového typu; štyri zariadenia boli kombinované režimového a penziónového typu a jedno zariadenie bol vtedajší domov penzión pre dôchodcov (DPD). V týchto inštitúciách žilo 1758 seniorov s priemerným vekom 74 rokov, priemerne 70 obyvateľov v jednom zariadení (rozpätie 17 – 251 obyvateľov). Písomne a telefonicky sme oslovili a inštruovali riaditeľov, ústavných lekárov i vrchné sestry všetkých zariadení, ktorí vyplnili dotazník, kde sme okrem farmakoterapie zisťovali aj prítomnosť lekárov a dĺžku ich ordinácie v zariadeniach.

Výsledky

Lekársku starostlivosť vo všetkých 25 zariadeniach zabezpečovali všeobecní lekári pre dospelých (praktickí lekári, obvodní lekári), ktorí v dvoch prípadoch mali aj geriatrickú kvalifikáciu. Psychiater pravidelne dochádzal do piatich zariadení (20 %). V 23 zariadeniach (92 %) sa o obyvateľov staral jeden ošetrojúci lekár; v jednom zariadení boli traja lekári a v jednom zariadení (s 53 obyvateľmi) sa o seniorov starali siedmi lekári. Prítomnosť lekárov bola veľmi variabilná, od 12 hodín týždenne až po raz mesačne. V štyroch zariadeniach bol lekár dostupný na vyžiadanie, podľa potreby alebo vo svojej

ambulancii. Najčastejšie ordinovali lekári v zariadeniach 2 – 2,5 hodín týždenne (tab. 1).

Tabuľka 1. Počet zariadení, obyvateľov a dĺžka ordinácie lekárov.

Počet zariadení	Počet obyvateľov	Dĺžka ordinácie lekárov v zariadeniach
1	68	12 hodín týždenne
1	28	8 hodín týždenne
1	158	7 hodín týždenne
3	77, 113, 159	6 hodín týždenne
5	25, 37, 116, 131, 251	4 hodiny týždenne
6	20, 27, 30, 40, 53, 77	2 – 2,5 hodiny týždenne
3	18, 41, 43	1 hodina týždenne
1	15	1 x mesačne
4	17, 24, 54, 136	podľa potreby, na vyžiadanie, vo svojej ambulancii

Diskusia

Starostlivosť pre chronicky chorých pacientov v rámci dlhodobej sociálno-zdravotnej starostlivosti („long-term care“) sa poskytuje:

- ambulantnou formou (napr. ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, geriatrická alebo iné špecializované ambulancie, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, mobilný hospic),
- ústavnou formou (hospitalizáciou v nemocniciach, odborných liečebných ústavoch, liečebniach a oddeleniach pre dlhodobo chorých, špecializovaných psychiatrických nemocniciach a pod.),
- v zariadeniach sociálnej pomoci (zariadeniach pre seniorov, špecializovaných zariadeniach, domoch ošetrovateľskej starostlivosti, domovoch sociálnych služieb, zariadeniach sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately) (6).

Lekársku starostlivosť v sociálnych inštitúciách pre starých ľudí na Slovensku zabezpečujú **všeobecní** (praktickí, obvodní) **lekári**, podľa sídla zariadenia, v ktorom senior býva. Lekár (ani pri slobodnej voľbe lekára pacientom) prakticky nemá veľa možností na odmietnutie pacienta, ktorý má prechodný alebo trvalý pobyt v zdravotnom obvode, ktorý mu určil samosprávny kraj. Niekde môže zariadenie zamestnať lekára na dohodu o pracovnej činnosti, či inú formu pracovno-právneho vzťahu, čo však zvyšuje finančnú náročnosť pre obyvateľov a ich rodinných príslušníkov. Najčastejším modelom v našich podmienkach je jeden všeobecný lekár, ktorý sa stará o všetkých obyvateľov. Aj nový obyvateľ zariadenia tak prechádza od svojho všeobecného lekára k určenému lekárovi zariadenia. Tento systém je výhodnejší pre komplexný manažment starostlivosti o starého človeka, ale na druhej strane vedie k absencii slobodnej voľby lekára. Zdravotné poisťovne platia lekára mesačnou paušálnou kapitačnou platbou. V čase písania tejto práce (marec 2023) bola priemerná platba za seniora vo veku 65 + rokov v našej najväčšej zdravotnej poisťovni v sume 5,34 Eur/mesiac. Okrem toho je zvlášť

platená preventívna starostlivosť, očkovanie, predoperačné vyšetrenie, ekg vyšetrenie, stratifikácia kardiovaskulárneho rizika, CRP vyšetrenie, elektronická a online konzultácia – čo však môže niekedy narážať na regulačné snahy zdravotnej poisťovne. Platba nezohľadňuje náročnosť i špecifické podmienky práce lekárov v sociálnej inštitúcii, ani nepriaznivý zdravotný a funkčný stav jej obyvateľov. Lekári prvého kontaktu nie sú dostatočne finančne motivovaní k zlepšovaniu starostlivosti o starých ľudí a zvyšovaniu svojich vedomostí v starostlivosti o seniorov.

Dĺžka ordinácie lekárov je veľmi individuálna. V našich zariadeniach ordinovali najčastejšie lekári 2 – 2,5 hodiny týždenne (tab. 1). Niektorým lekárom stačí tento čas na zabezpečenie starostlivosti pre dvadsať seniorov, iným lekárom na viac ako trojnásobok (77 obyvateľov). V štyroch zariadeniach (v jednom zariadení je 136 obyvateľov!) ordinuje lekár vo svojej ambulancii a starostlivosť zabezpečuje „podľa potreby“, či na vyžiadanie. Rozpätie od jednej hodiny mesačne až po 12 hodín týždenne svedčí o veľkej variabilite času, ktorý všeobecní lekári venujú svojim pacientom v inštitúciách. Sme si vedomí, že ide o staršie výsledky, alebo podľa našich skúseností sa tieto okolnosti podstatne nezmenili.

V 22 krajinách Európy poskytujú lekárska starostlivosť v zariadeniach najčastejšie všeobecní lekári (69 %), menej často internisti (9 %), či geriatri (7 %) (7). Dôležité sú vedomosti a výchova lekárov v starostlivosti o starých ľudí, ktoré sa v rôznych krajinách odlišujú. V Česku od roku 2009 existuje špecializačný odbor „medicína dlhodobé péče“. Jedná sa o certifikovaný kurz v dĺžke 12 mesiacov, ktorým získa lekár schopnosť poskytnúť adekvátnu starostlivosť pacientom s komplexnou zdravotno-sociálnou problematikou, posúdiť sebestačnosť, zdravotný stav i sociálnu situáciu pacienta, navrhnúť a zabezpečiť adekvátne postupy a preventívne opatrenia, indikovať ďalšie služby. Absolvent je schopný poskytovať špecializovanú starostlivosť aj v zariadeniach starostlivosti o dlhodobo chorých (8).

Unikátny je systém dlhodobej starostlivosti v Holandsku, kde od roku 1990 (ako v jedinej krajine na svete) bola vytvorená samostatná medicínska špecializácia „lekár ošetrovateľských domovov“ (nursing home physician – NHP), ktorý sa staral o obyvateľov ošetrovateľských domovov (= nursing homes, ďalej NH). V roku 2009 bol zmenený názov špecializácie na „lekár starostlivosti o seniorov“ (elderly care physician) a rozšírená jej pôsobnosť. Okrem priamej účasti v liečbe v seniorov v inštitúciách pracujú títo lekári v komunitách v rámci skupiny rodinných lekárov, v ambulanciách nemocníc, v systéme starostlivosti o psychicky chorých seniorov, či v hospicioch. Dôležitá je aj ich spolupráca s ostatnými špecialistami v úlohe koordinátorov a konzultantov v starostlivosti o seniorov. Vytvárajú si vlastné špecifické pole pôsobenia (napr. demencie, Parkinsonova choroba, sclerosis multiplex, komplexná lekárska starostlivosť o pacientov na dlhodobej ventilácii) (9,10). Aj vďaka tomuto opatreniu sa v Holandsku zlepšila kvalita starostlivosti v inštitúciách, ktorá sa prejavila po-

klesom počtu hospitalizácií u obyvateľov týchto zariadení (10).

V USA podľa federálnych zákonov musí lekár vyšetriť obyvateľov typu NH každých 30 dní počas prvých troch mesiacoch po prijatí, potom každých 60 dní, pričom ho môže zastúpiť diplomovaná zdravotná sestra (nurse practitioner) alebo asistent lekára (physician assistant). Lekár (alebo títo spomenutí spolupracovníci) musí byť v pohotovosti počas 24 hodín (obyčajne telefonicky) a často, pokiaľ potrebuje urgentné vyšetrenie po ordinálnych hodinách, je pacient odoslaný pohotovostnou službou na vyšetrenie (11). Podľa medzinárodnej štúdie (zariadenia charakteru NH z tridsiatich krajín celého sveta) v 37 % krajín lekári pravidelne navštevujú obyvateľov a rovnako v 37 % lekári ich vôbec nenavštevujú. Až 77 % krajín nemá žiadnu reguláciu frekvencie týchto návštev (12).

Dostupnosť praktických lekárov v susednom Česku podľa dotazníkového prieskumu (osem domovov pre seniorov, 859 klientov, priemerný vek 81,6 roka) je nedostatočná (13). V jednom zariadení mali napríklad 200 seniorov (včítane tých, ktorí vyžadovali zvýšenú pomoc), ale lekár ich navštevoval len dvakrát týždenne po dvoch hodinách (13). Aj iná práca od našich západných susedov konštatuje, že k veľkým problémom v domovoch pre seniorov patrí neprítomnosť lekára, čím musí aktuálny zdravotný stav seniorov riešiť sestra (14). Z ich skúseností vyplýva, že je potrebné zefektívnenie starostlivosti v zmysle intenzívnejšej spolupráce s lekárom a jeho častejšou prítomnosťou (osobnou alebo telefonickou) v zariadení. Navrhujú napr. pomoc lekárov-konzultantov (minimálne telefonicky) i tvorbu ošetrovateľských postupov (napr. mapy pre orientáciu, na koho sa má sestra v prípade neprítomnosti lekára obrátiť v akútnych či subakútnych problémoch) (14). Medzi závažné systémové problémy spojené s nedostatočnou dostupnosťou lekára i sestier v týchto zariadeniach (13) patria:

- praktický lekár nemôže koordinovať predpisovanie liekov, pokiaľ je senior v starostlivosti niekoľkých špecialistov;
- hlavným koordinátorom starostlivosti sú zdravotné sestry, pričom ich počet stále klesá a je problémom, ako ich zaplatiť. V prieskume bolo zariadenie, kde má sestra v noci zodpovednosť za 177 seniorov;
- zohnať lekára, ktorý by dochádzal do zariadení poobede, či cez víkendy je prakticky nemožné, preto stredný zdravotnícky personál volá záchrannú službu;
- geriater, ktorý by sa mal zúčastňovať starostlivosti o krehkých „frail“ seniorov, je v niektorých oblastiach úplne nedostupný;
- problémom je dostupnosť psychiatrickej starostlivosti a práca s psychofarmakmi (13).

Ležovič (15) analyzoval poskytovanie zdravotných a sociálnych služieb v 307 zariadeniach sociálnych služieb. 46 % osloveného manažmentu sa vyjadrilo, že spôsob zabezpečovania zdravotnej starostlivosti je lepší ako u občanov žijúcich doma (pretože majú zabezpečenú základnú zdravotnú starostlivosť a služby praktic-

kého lekára) a 45 % ho považuje za nadštandardný (keďže doma by nedostali toľko profesionálnej starostlivosti) (15). Palúchová publikovala štúdiu o zdravotnom stave a starostlivosti o seniorov v 230 zariadeniach sociálnych služieb s 17 241 obyvateľmi (16). Len 60,4 % zariadení považuje dochádzanie všeobecného lekára za dostačujúce, 20,9 % ho považuje za nedostačujúce. Dochádzanie psychiatrov bolo hodnotené za postačujúce v 47,4 % a za nedostačujúce v 21,7 % zariadeniach. Výsledky prieskumu poukazujú na nepostačujúci stav všeobecných lekárov, psychiatrov, geriatrov a gerontopsychiatrov v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku (16). Neprítomnosť lekárov je zaradená na druhé miesto medzi desiatimi najväčšími problémami v zariadeniach (16).

V zariadeniach charakteru NH v USA príbuzní seniorov poukazujú na to, že lekárov v zariadeniach vôbec nestretli, nemajú s nimi kontakt, vzájomná komunikácia je problematická. Podľa príbuzných lekári neprejavujú dostatočný súcit so seniormi, nevládajú manažment bolesti, nepoznajú aktuálny stav svojich pacientov, problémom je aj prechod seniora od svojho rodinného lekára k lekárovi, ktorý pracuje v zariadení (17). Napriek týmto kritickým pohľadom na prácu lekárov autori konštatujú, že nie je nedostatok kvalitných informácií o ich úlohe v týchto zariadeniach (napr. spôsob práce, výsledky praxe, možnosti optimálneho stavu starostlivosti) (18).

Lekár v zariadení má dôležitú **úlohu** v zabezpečení kvality starostlivosti o seniorov, redukcii polyfarmácie a hospitalizácie obyvateľov, objasňuje ciele starostlivosti a prispieva k vzdelávaniu personálu a príbuzných – hlavne v starostlivosti na konci života (18). Na druhej strane častejšia prítomnosť lekára v zariadení môže viesť k rozšíreniu medicíny (medicinalizácii) v zariadení, zvýšenej diagnostike i liečbe (18). Dochádza tým k napätiu medzi medicínskym a sociálnym modelom starostlivosti o obyvateľov. Vhodnejšia je angažovanosť lekára v holistickom, na osobu orientovanom, racionálnom modeli starostlivosti o starého človeka v inštitúcii (18).

Predpisovanie liekov patrí medzi najčastejšie úkony lekárov starajúcich sa o seniorov, aj v inštitúciách sociálneho typu.

V susednom Česku sa v domovoch pre seniorov úspešne rozvíja projekt „Senior“, ktorý spočíva v podrobnom rozbere liečby klinickým farmaceutom a následnom vypracovaní odporúčení pre ošetrovujúcich lekárov a ošetrovateľský personál (13, 19). Medzi najvýraznejšie problémy pri farmakoterapii obyvateľov v sociálnych inštitúciách patria:

- hyperpreskripcia (nadliečenosť), chýbanie diagnóz alebo informácií, ako dlho a prečo senior liek užíva),
- nekompletné informácie o senioroch a ich diagnózach,
- nedostatočná liečba (podliečenosť, neužívanie liekov s účinkom na prognózu i kvalitu života pacienta),
- riziká liečby (napr. nevhodné dávky liekov, kontraindikácie, duplicity, neadekvátna dĺžka liečby a i.) (13, 19).

Autori odporúčajú zapojenie klinického farmaceuta do multidisciplinárneho tímu, napríklad formou konzultácii pre praktických lekárov (13).

Celoeurópskym problémom je nedostatok písomne dokumentovaných štandardov lekárskej starostlivosti a chýbanie špecializačnej výučby lekárov pracujúcich v týchto zariadeniach (20). Na Slovensku k prvým patria štandardizované diagnostické a terapeutické postupy (ŠDTP), v rámci ktorých vyšiel komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci (účinný od 1. januára 2019). Podľa tohto postupu (21) ošetrojúci lekár pacienta zodpovedá za:

- zabezpečenie alebo priame poskytnutie **lekárskej starostlivosti** (vyšetrenia, ošetrovania, zostavenia liečebného plánu v ambulancii alebo zariadení),
- zabezpečenie poskytnutia telefonickkej, elektronickej alebo osobnej **konzultácie** so sestrou,
- určenie termínu a realizáciu **vizít** v spolupráci so sestrou (21).

Roku 2022 vyšli aj ŠDTP „Multidisciplinárny manažment zdravia dospelých v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti“ (22). Tento obsiahly 68-stránkový dokument sa zaoberá komplexným manažmentom zdravia multidisciplinárnym tímom, v ktorom figuruje okrem iných odborností (napr. fyzioterapeut, sociálny pracovník, sestra, nutričný terapeut, ergoterapeut) aj všeobecný lekár pre dospelých a špecialista (geriater, paliatológ). Lekár posudzuje zdravotný a funkčný stav obyvateľa, navrhuje liečbu, následné intervencie, kontroluje ich efekt a prehodnocuje ciele. „**Spolupracujúci lekár zariadenia**“ vstupuje do manažmentu zdravia vo viacerých situáciách, miestom vyšetrenia je ambulancia lekára, podľa okolností možno vyšetriť osobu priamo v zariadení. Dôležitá je aj koordinácia medicínskej starostlivosti s cieľom minimalizácie polypragmázie a iatrogenicity (22). Odporúčané aktivity lekára znázorňuje tabuľka 2.

Tabuľka 2. Manažment zdravia spolupracujúcim lekárom v zariadení – podľa Hoozovej (22).

Pred prijatím do zariadenia: • v ambulancii lekára, • zdravotný a funkčný stav, • súhrn diagnóz, • problematické či rizikové oblasti, • farmakoterapia, • odporúčenie liečby, rehabilitácie a vyšetrení, • odporúčenie preventívnych opatrení.
Pravidelná kontrola: • interval podľa zvyklostí zariadenia alebo potreby obyvateľa • v ambulancii lekára alebo priamo v zariadení, • bežná kontrola zdravotného stavu podľa plánu, • kontrola efektu liečby a prehodnotenie medikácie • kontrola preventívnych opatrení, • prehodnotenie cieľov na stretnutí multidisciplinárneho tímu, • komunikácia s príbuznými.
Zmena zdravotného stavu: • prvé oznámenie sestrou telefonicky alebo e-mailom (protokol), • vyšetrenie pacienta v ambulancii lekára alebo priamo v zariadení, • liečba akútnej choroby, kontrola stavu a efektu liečby, • prehodnotenie iných činností (rehabilitácia, vychádzky, záujmy) • pri živote ohrozujujúcich stavoch volanie RZP, • paliatívna starostlivosť.

Spolu s autorkami však upozorňujeme na skutočnosť, že veľkým problémom praxe je nedostatok lekárov, sestier a iných profesií. Aj snaha koordinátora tímu plánovať vizity lekára u osoby v zariadení (minimálne raz týždenne) (22) môže naraziť nielen na problémy zo strany preťažených a „prestarnutých“ všeobecných lekárov, ale aj na odmietanie pravidelných vizít samotnými seniorami, ako sme sa o tom v praxi opakovanne presvedčili. V každom prípade možno vnímať štandard ako pozitívny príspevok k riešeniu komplexnej starostlivosti o seniorov v inštitúciách, ktorých zdravotný stav je podstatne horší, ako u seniorov žijúcich vo svojich domovoch.

Záver

V súvislosti s procesom starnutia populácie bude rásť počet ľudí, ktorí budú žiť v zariadeniach sociálneho charakteru. Aj keď ide primárne o sociálne zariadenia, poskytovanie zdravotnej, a teda aj lekárskej starostlivosti má pre seniorov veľmi dôležitú a nezastupiteľnú úlohu. Ani v tomto prípade nemôžeme od seba oddeľovať problematiku zdravotnú od problematiky sociálnej. Zabezpečenie lekárskej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku je veľmi variabilné a individuálne. V posledných rokoch pribúdajú štandardizované diagnostické a terapeutické postupy, ktoré sa zaoberajú aj týmto problémom. V záujme zlepšenia zabezpečenia starostlivosti bude potrebné komplexné riešenie úlohy lekára v inštitúciách pre starých ľudí aj s účasťou medicínskych špecializácií, ktorých sa tento problém týka.*

***Vyhlasenie o ľudských právach:** Autori vyhlasujú, že všetky použité postupy boli v súlade s etickými normami príslušnej etickej komisie pre klinickú prácu s ľuďmi a práca bola realizovaná v súlade s Helsinskou deklaráciou.

Informovaný súhlas: Autori publikácie vyhlasujú, že od všetkých účastníkov štúdie bol získaný informovaný súhlas.

Konflikt záujmov: Autori vyhlasujú, že nemajú žiaden konflikt záujmov.

Literatúra

1. Šprocha B, Ďurček P. Starnutie populácie Slovenska v čase i priestore. 1 vyd. Bratislava: SAV, 2019, 96 s. ISBN 978-80-89524-39-6.
2. Štatistický úrad SR. My v číslach – pohyb obyvateľstva 2021. Štatistický úrad SR: Bratislava 2022. 75 s. Online. Dostupné z WWW: <https://slovak.statistics.sk/>
3. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Správa o sociálnej situácii obyvateľstva SR za rok 2021. MPSVaR: Bratislava 2022. Online. Dostupné z WWW: https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/ministerstvo/analyticke-centrum/2022/sprava-sossr_2021_pub.pdf
4. ZÁKON č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona 455/1991 Z.z. (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. 154 s. Online. Dostupný z: www.slov-lex.sk/pravne-predpisy/SK/ZZ/2008/448/20230101.html
5. Bartošovič I. Seniori v domove dôchodcov. Bratislava: Charis, 2006, 156 s. ISBN 80-88743-63-X.
6. Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR, Ministerstvo zdravotníctva SR. Stratégia dlhodobej starostlivosti v Slovenskej republi-

ke, Integrovaná zdravotno-sociálna starostlivosť. 2021, 50 s. Online. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/files/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr/strategia-dlhodobej-starostlivosti-sr-sept-2021.pdf>

7. Fitzpatrick D, Samuelsoon O, Holmerová I, et al. Who are the main medical care providers of European nursing home residents? An EuGMS survey. *European Geriatric Medicine* 2009, 10: 135 – 139.
8. Ministerstvo zdravotníctví ČR. Vzdělávací program nástavbového oboru medicína dlouhodobé péče. *Věstník MZ ČR* 2009, 10: s. 653 – 672.
9. Verenso (Dutch Association of elderly care physicians and social geriatricians). Elderly care physicians in the Netherlands. Professional profile and competencies. Zwolle 2015, 48 s. Online. Dostupné na: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Vereniging/ALV/Ledenprojecten/VER0026_Professionalprofile_broch_DEF.pdf
10. Pirková V, Holmerová I. Medicína dlhodobé péče u nás i v zahraničí. *Prakt Lék* 2011, 91 (2): 700 – 702.
11. Eskildsen M, Price T. Nursing home care in the USA. *Geriatr Gerontol Int* 2009, 9: 1 – 6.
12. Tolson D, Rolland Y, Katz PR, et al. An international survey of nursing homes. *JAMDA* 2013, 14: 459 – 462.
13. Plechatá I, Halačová M. První zkušenosti z projektu Účelná a bezpečná farmakoterapie v zařízení sociálních služeb (realizovaný na Vysočině v letech 2016 – 2017). *Geri a Gero* 2018, 7 (2): 65 – 67.
14. Motlová L, Stasková V, Vacková J, et al. Trendy v péči v domovech pro seniory v České republice. *Prakt Lék* 2019, 99 (2): 68 – 73.
15. Ležovič M. Analýza poskytovania zdravotných a sociálnych služieb v zariadeniach sociálnej starostlivosti v kontexte dlhodobej starostlivosti na Slovensku. *Lek Obz* 2009, 58 (7 – 8): 291 – 295.
16. Palúchová D. Zdravotná starostlivosť o seniorov v zariadeniach sociálnych služieb. *Lek Obz* 2012, 61: 233–237.
17. Shield RR, Wetle T, Teno J, et al. Physicians „missing in action“: family perspectives on physician and staffing problem in end-of-life care in the nursing home. *JAGS* 2005, 53: 1651 – 1657.
18. Banerjee A, James R, McGregor M, et al. Nursing home physicians discuss caring for the elderly residents: an exploratory study. *Canadian Journal on Aging* 2018, 37 (2): 133 – 144.
19. Státní ústav pro kontrolu léčiv. Farmakoterapie v domovech pro seniory. *Farmakoterapeutické informace* 2018, 7 – 8: 1 – 4.
20. Briggs R, Robinson S, Martin F, et al. Standards of medical care for nursing home residents in Europe. *Eur Geriatr Med* 2012, online. Dostupné na: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurger.2012.07.455>
21. Fabianová Z, Kličová M. Komplexný ošetrovateľský manažment pacienta v zariadení sociálnej pomoci. *Vestník MZ SR, osobitné vydanie* 2019, 67: 195 – 215.
22. Kočanová Ľ, Fabianová Z, Hoozová J, et al. Multidisciplinárny manažment zdravia dospelých v pobytových zariadeniach dlhodobej starostlivosti – multidisciplinárny štandard. *Vestník MZ SR, osobitné vydanie* 2022, (227): 130 – 198.

Do redakcie došlo 10. 3. 2023.

Adresa pre korešpondenciu:
Prof. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD.
 Pod Hájkom 37
 909 01 Skalica
 E-mail: ivan.bartosovic@gmail.com