

Některé problémy s dlouhodobou a návrhy řešení

Po prvním roce působnosti legislativy o sociálních službách, o níž tvůrce deklaroval zlepšení sebeurčení klienta a posílení služeb v domácím prostředí, nedošlo k zásadnímu průlomu, alespoň v oblasti péče o seniory:

- **financování služeb v domácím prostředí je chaotické a deficitní**
- **velké, zejména krajské, domovy pro seniory jsou financovány naopak mnohdy abundantně:**
 - systémem státních dotací, a to mechanismem, který je byrokratický a netransparentní
 - příspěvkem na péči, platbami ze zdravotního pojištění a dalšími úhradami

Posuzování s ohledem na příspěvek na péči:

- nequalifikovanost posuzování pro účel příspěvku na péči (sociální pracovníky často bez adekvátní kvalifikace)
- posuzování se často provádí v neadekvátním prostředí
- s chybnými výstupy

Sociální služby ve zdravotnictví

Současný stav poskytování dlouhodobé péče ve zdravotnických zařízeních formou „poskytování sociálních služeb“ ve zdravotnických zařízeních:

- jedná se o mylné pojetí poskytování sociálních služeb, zatímco tito lidé zpravidla potřebují dlouhodobou (zdravotně sociální péči).
- současné předpisy částečně řeší financování ošetrovatelských výkonů avšak neprůhledným výkonovým systémem, který je spíše překážkou než nástrojem implementace ošetrovatelského procesu. Další aktivity, zejména lékařská péče, preskripce léků a pomůcek, jsou řešeny obdobně složitě.

- financování z mnoha zdrojů, často obtížně dostupné:
 - příspěvek na péči (dosud není přiznán nebo není adekvátní)
 - spoluplatba klienta (pouze pokud souhlasí a je schopen podepsat smlouvu)
 - zdravotní pojištění – složitý systém vykazování jednotlivých úkonů kontrastující s potřebou komplexní péče
 - státní dotace – neprůhledný a neflexibilní systém.

V praxi dochází k tomu, že tento systém není využíván a dále je čerpáno zdravotní pojištění i na úhradu pobytů charakteru dlouhodobé péče.

Současný stav poskytování zdravotní péče v zařízeních sociální péče

- složitost administrativního systému indikování a vykazování výkonů
- složitost systému pro praktické lékaře, nemožnost i neochota výkony indikovat

Současný stav poskytování (dlouhodobé) péče ve zdravotnických zařízeních:

Pacienti setrvávají na lůžkách plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění i tehdy, kdy se jedná o dlouhodobou péči.

Z výše uvedených a dalších skutečností vyplývá potřeba změnit systém poskytování dlouhodobé péče jakožto péče zdravotně sociální

Potřeba dlouhodobé péče - klienti

chronicky nemocní (a některé typy a stupně zdravotního postižení –kvadruplegie...)

25. března 2008

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti

Tedy: zdravotní stav je stabilizovaný, nelze jej zlepšit a má tendenci se bez adekvátní péče zhoršovat, dekompenzovat. Zdravotní péče nevede ke zlepšení stavu ale k jeho stabilizaci a k udržení kvality života. Důsledkem výše uvedeného je omezení **soběstačnosti**

Tito lidé potřebují služby podle tíže a typu postižení nebo nemoci.

Tato potřeba musí být kvalifikovaně posouzena multidisciplinárním kvalifikovaným týmem (rehabilitační nebo geriatrická **konference**) a určeny služby, které bude potřebovat v následujícím období „individuální plán dlouhodobé péče“.

Považujeme za naprosto nutné zdůraznit, že laické posuzování soběstačnosti, které je prováděno mnohdy bez znalosti zdravotního stavu, stavu kognice a podobně je třeba nahradit posouzením odborníkem, který je k tomuto kvalifikován. Koncept souběstačnosti je součástí oboru geriatrie či rehabilitace.

Složení týmu (geriatrické, rehabilitační atd.) konference (odborník –lékař dle problematiky, všeobecná sestra, fyzioterapeut ev ergoterapeut, sociální pracovník)

Výše uvedená multidisciplinární konference posoudí a stanoví :

- soběstačnost dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách
- potřebu služeb
- individuální plán dlouhodobé péče
- možnosti zajištění služeb, a to na určité období (3 měsíce) dále bude plán revidován

Poskytování dlouhodobé péče

- ústavní, domácí, semimurální

Individuální plán bude plněn buď v **domácím prostředí** (rodina, profesionální zdravotnické a sociální služby).

Role koordinátora v domácím prostředí: praktický lékař

v případě těžké a úplné závislosti je třeba zajistit spolupráci s odborným týmem dle povahy onemocnění (rehabilitační, psychiatrický, geriatrický)

V ústavním prostředí

služby dlouhodobé péče je třeba poskytovat profesionálně (kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky a pracovníky sociálních služeb)

V případě těžké a úplné závislosti (stupeň 3 a zejména 4 zákona o sociálních službách) je zapotřebí péči poskytovat v zařízení dlouhodobé péče. *Dlouhodobou péči definujeme jako dlouhodobou zdravotně sociální péči, která respektuje standardy sociálních služeb v adekvátním znění a personální obsazení obdobné ošetrovatelskému lůžku.*

Zařízení dlouhodobé péče by po splnění strukturálních standardů (personální a technické vybavení) a dalších podmínek (doporučení odborné společnosti) měla být financována paušálem za lůžko a den dle náročnosti pacienta (viz individuální plán dlouhodobé péče).

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti

březen 2008

Několik poznámek ke geriatrii a gerontologii

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., předsedkyně ČGGS
MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc, místopředseda ČGGS
Pracoviště: Gerontologické centrum Praha 8, Šimůnkova 1600

Obecná východiska:

1. V současné době dochází ke stárnutí populace (ČR bude jednou z nejstarších zemí Evropy), zejména se zvýší počet velmi starých seniorů (80+).

- **Tomuto trendu neodpovídá dosavadní vývoj služeb**

2. Českou republiku zavazují mezinárodní dokumenty a zejména dokumenty Evropské Unie k zajištění nejen zdravotní péče, ale také **péče dlouhodobé.**

- **Tyto dokumenty nejsou zatím v ČR respektovány**

3. V posledních letech byly v ČR zřetelné tendence považovat stáří za problematiku „sociální“ což je východiskem **diskriminace seniorů** v systému zdravotnictví. (viz pro dokreslení kasuistiky). Setkali jsme se dokonce s tendencemi považovat veškerou lázeňskou léčbu za péči zdravotní (a tedy z pojištění hrazenou) a **služby seniorům za pouze sociální péči**

- **Této zřetelné tendenci diskriminovat seniory v poskytování zdravotnických služeb je třeba bránit.**

4. **Za alarmující považujeme vývoj zejména v oblasti dlouhodobé péče**, tedy péče o ty pacienty, jejichž stav je stabilizován na úrovni snížené soběstačnosti a kteří potřebují pomoc v základních sebeobslužných aktivitách. Těmto pacientům byly služby poskytovány zatím několika velice rozdílnými způsoby, z nichž každý měl své závažné a zásadní nedostatky, zákon č 108 /2006 sb. o sociálních službách do této problematiky nepřináší ujasnění, naopak.

- **V ČR neexistuje systém kvalifikované dlouhodobé (zdravotně sociální) péče, a to se všemi ekonomickými i faktickými následky.**

5. Za potřebné považujeme vytvoření **komunitních zdravotnických zařízení**. Domníváme se, že geriatrie i gerontologie by měly z tohoto principu vycházet.

- **Komunitní centra s výrazným podílem geriatrické péče (ať již samostatná či jako součást jiných zařízení) mají šanci stát se východiskem kvalifikované a ekonomicky efektivní péče o seniory.**

6. **Pokud budou revidovány postgraduální vzdělávací náplně v lékařství**, odborná společnost bude nápomocna tomu, aby bylo vzdělání v geriatrii zpracováno účelně a pro praxi použitelně a koordinovaně s jinými obory.

- **Výše uvedeným a dalším aktuálním potřebám je třeba přizpůsobit vzdělávání v geriatrii a gerontologii**

7. Dosud nebyla společenská vůle (ministerstvo, zdravotní pojišťovny) naplnit oborovou koncepcí geriatry zpracovanou a přijatou jako systém diferencovaných aktivit.

Deformovaně jednostranné vnímání geriatry jako tzv. následné péče o nesoběstačnou populaci je jedním ze závažných společenských východisek deformovaného společenského vnímání seniorské populace (tedy společenského ageismu), závažného nezájmu studentů lékařských fakult o geriatrickou problematiku a také zdrojem neúčelnosti části zdravotnických i sociálních služeb (a výdajů)

- **Podmínky pro rozvoj diferencovaných geriatrických služeb (např. nemocničních geriatrických oddělení, geriatrických ambulancí a geriatrických programů) včetně pomoci ve smyslu monitorování jejich účelnosti by měly vytvářet především zdravotní pojišťovny**

Potřebnost jednotlivých typů geriatrických služeb budeme dokumentovat na modelových kasuistikách.

Úvodem následující definice:

Starší pacient – se liší od mladšího pacienta zpravidla tím, že jeho stonání trvá déle

Geriatrický pacient - je ten starší pacient (zpravidla 70 a více let),

-jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými komorbiditami ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci,

-který je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi (imobilita, dehydratace, malnutrice atd) – zdravotnický zájem se u takového pacienta stává komplexnější a rovnoměrněji se soustřeďuje na problematiku chorob i funkčního stavu.

- Tento pacient potřebuje specifický přístup (specifický geriatrický režim), tak jako děti potřebují specializovanou pediatrikou péči (s tím rozdílem, že pediatrikům pacientem je každé nemocné dítě – geriatrickým pacientem není zdaleka každý nemocný senior).

1. ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

1.1 Potřebnost geriatrických oddělení v nemocnici

Kasuistika 1: Pan A, 78 let, profesor lékařství, až do svých 73 let odborně a veřejně činný, nyní trpí již 5 let Alzheimerovou chorobou. V péči rodiny. Náhlé **zhoršení stavu, zhoršení orientace, bolesti v bedrech, neklid.** (skutečná diagnóza pyelonefritida)

Komentář: v současné době jsou tyto pacienti zpravidla ve zdravotnických zařízeních odmítáni, neboť jsou zmatení a rušili by oddělení. Pokud jsou přijati, bývají přikurtováni k posteli, a to za ruce i nohy, aby na nich mohla být prováděna terapie a nekladli odpor. Dekubity vznikají velmi rychle.

Kasuistika 2: Paní B, 82 roky, sochařka, nositelka mnoha tuzemských i mezinárodních vyznamenání, dosud pracuje. Trpí osteoporózou, celkově křehká. **Upadla a nemůže chodit.** (Dg. infrakce pánve)

Komentář: V současné době tyto pacientky bývají zpravidla (pokud vůbec jsou) přijaty na různá oddělení nemocnic. Z obav před inkontinencí je zaveden permanentní katetr, tím je

pacientka připoutána k posteli a její pohyb je omezen na minimum, rychle se dehydratuje, dochází k rozvratu vnitřního prostředí atd.. Pacientka však potřebuje nutriční péči a dostatečnou mobilizaci.

Kasuistika 3. Paní C, 86 let, významná spisovatelka, dosud žijící samostatně jen s domácí dopomocí. V posledních dnech **opakované pády, celková nevolnost, ulehla**. Odeslána do nemocnice, kde vyloučena chirurgická, interní i neurologická příčina stavu a vrácena zpět domů. (Dg. dehydratace při interkurentní infekci, malnutrice, slabost, instabilita).

Komentář: V současné době jsou geriatrickí pacienti s netypickou problematikou často odmítáni, není jim věnována v nemocnicích dostatečná pozornost a jsou odesíláni domů nebo předáváni na oddělení následné péče. To má vliv na zhoršení jejich soběstačnosti a mobility, i když by se jejich stav mohl ještě zlepšit.

Výše uvedené situace by pomohla řešit geriatrická oddělení nemocnic se specifickým režimem, která by zajistila dostatečnou diagnostiku a léčbu a včasné propuštění. Dalším důležitým aspektem je zajištění geriatrické konziliární služby.

1.2 Potřebnost doléčení a rehabilitace v geriatrii

Kasuistika 4: Paní D, 76 let, v důchodu. Po zlomenině krčku a operaci má být 7. den propuštěna, došlo však k vytvoření dekubitu v sakrální oblasti, špatná nutrice (dlouhodobě, zhoršeno výkonem).

Potřebuje doléčit a zrehabilitovat tak, aby byla nadále schopna žít samostatně.

Komentář: Pacientka potřebuje doléčit a zrehabilitovat, toto léčení bude trvat pravděpodobně několik týdnů, mělo by být dostatečně intenzivní, aby se pacientka mohla vrátit domů a byla soběstačná. Tomuto účelu slouží a měly by sloužit léčebny (dlouhodobě nemocných, geriatrické...).

Pokud bude tato léčba podceněna, nebude dostatečně intenzivní a kvalitní, dojde ke zhoršení soběstačnosti, pacientka se nebude moci vrátit domů. „Ušetřením“ na tomto stupni péče dojde ke zbytečnému plýtvání prostředků na dlouhotrvající péči. Kvalitní péče doléčovací rehabilitativní je o 50-100% nákladnější než péče dlouhodobá. Trvá však několik týdnů, dlouhodobou péči je třeba zajistit zpravidla po několik měsíců a let, což je mnohonásobně dražší.

Starý rovná se neperspektivní, dlouhodobý či sociální? – nikoli

Kasuistika 5: Paní V, 78 let, občasně stavy zmatenosti, zhoršení hybnosti, slabost obou dolních končetin, během několika měsíců nesoběstačná, zcela ležící, s poruchou výživy, dehydratace rodina dle rady hledá dlouhodobé či sociální řešení, pacientka přijata do geriatrického zařízení. Po několika týdnech stabilizace stavu, pátráno po příčině poruchy hybnosti. Jedná se o meningeom (nezhoubný ale utlačující nádor) v oblasti hrudní míchy, pacientka indikována k operaci, poté rehabilitována. Po 6 měsících se soběstačná a chodící vrací domů.

Komentář: Staří lidé se stávají nesoběstačnými „klienty sociální péče“ často jen proto, že jejich stav nebyl dostatečně diagnostikován, že nebyli adekvátně léčeni a rehabilitováni.

1.3 Potřebnost ambulantních týmů terénní geriatrické péče

Kasuistika 6: Pan E, 78 let, v důchodu, diabetik, po CMP a další komorbidita, narůstá nesoběstačnost. Rodina se rozhodla přestěhovat si pana E z Jižních Čech k sobě do Prahy, aby se o něj mohla starat. Vystávají nečekané problémy:

- rodina nemůže pro pana E najít praktického lékaře v místě péče a musí jezdit za původním do Jižních Čech
- nelze získat indikaci domácí péče, kterou je třeba obnovovat
- většinu pomůcek může předepsat jen vzdálený specialista

Komentář: Kapitační systém je nastaven pro většinu populace, nepočítá však s případy výjimečně náročné péče, potřeby soustavné domácí ošetrovatelské péče, zajištění pomůcek atd. – tedy nepočítá s nesoběstačnými, polymorbidními seniory. Ti jsou pro praktické lékaře neatraktivní a často je jim věnována minimální pozornost, pokud se přestěhují (například za rodinou, která se o ně bude starat) často nenajdou lékaře v místě nového bydliště. Předepisování pomůcek a některých léků je rezervováno specialistům, takže tito pacienti absolvují četné převozy sanitou, a to pouze za účelem preskripce. Zajištění služeb v domácím prostředí by bylo nejen humánní ale i ekonomicky efektivní.

Kasuistika 7: Paní F, 67 let, umírá na malignitu. Přeje si zemřít doma, proto předána do péče rodiny a praktického lékaře. Praktický lékař ji nenavštíví, neindikuje ani domácí péči. Pacientka by zemřela bez jakékoli péče, ztišení symptomů atd.

Komentář: Případ se může zdát raritní ale není tomu tak. Situaci by vyřešil tým terénní paliativní či geriatrické péče.

1.4 Potřebnost neoncologická paliativní péče

Kasuistika 8: Paní G, 82 roky, terminální stadium demence, zcela nesoběstačná, křeče, stavy neklidu, bolesti, stav však může trvat i několik měsíců. Zajistit péči v domácím prostředí je nemožné, hospic předpokládá kratší dobu umírání. Z ošetrovatelského oddělení, kam byla přeložena, je opakovaně „akutně“ odvážena do nemocnice.

Komentář: Považujeme za nutné zajistit kvalifikovanou paliativní péči o seniory v terminálních stádiích i neoncologických onemocnění tak, aby jim byl zajištěn potřebný komfort a aby byli co nejméně transportováni do nemocnic (jedná se nejen o demence, ale také o závažnou multimorbiditu, terminální kardiální selhání atd.)

Tuto péči je možné zajistit v domácím prostředí (ambulantní tým geriatrické či paliativní péče) i v odborných léčebných ústavech (LDN, geriatrické léčebny).

1.5 Geriatrické ambulance

Kasuistika 9: Paní H, 71 rok, v důchodu. Odeslána k hospitalizaci pro pokročilou demenci. CT prokázalo tumor mozku (meningeom), indikována operace, výrazné zlepšení stavu

Komentář: výše uvedený případ mohl být řešen obdobně i neurologickou ordinací i praktickým lékařem samotným, geriatrické ambulance považujeme spíše za nedílnou součást komplexního spektra služeb pro seniory, ke sledování stavu po hospitalizaci, konziliární služby v nemocnicích, předoperační přípravě (zamezení zbytečných komplikací operačního výkonu, zkrácení délky hospitalizace) a jako podporu praktického lékaře i týmů domácí péče.

Zkušenosti ojedinělých fungujících geriatrických ambulancí (v Praze např. MUDr. Tučková na Praze 4) dokumentují jejich potřebnost, přínosnost, vytíženost i přirozenou autoritu.

2. INTEGROVANÉ SLUŽBY

2.1 Potřebnost dlouhodobé péče (včetně dlouhodobé péče geriatrické)

Kasuistika 10: Paní I, 83 roky, v důchodu. Po cévní mozkové příhodě s hemiplegií a afazií, poruchy polykání, epi paroxysmy. Po 6 měsících pobytu na různých rehabilitačních odděleních je stav pacientky víceméně stabilizovaný. **Potřebuje však kvalifikovaný zdravotnický dohled a péči (poruchy polykání, prevence aspirace, prevence dekubitů, zvládnutí epi paroxysmů).** Rodina řeší neřešitelnou situaci: pacientka je příliš nemocná pro sociální zařízení, které nemá zdravotnické pracovníky, a její pobyt ve zdravotnickém zařízení je limitován pojišťovny.

Komentář: Obdobné situace jsou dnes řešeny odborně, eticky i ekonomicky nepřijatelným způsobem – kolotočem krátkodobých a střednědobých pobytů v různých zařízeních, což vede k enormní zátěži a znejistění pacienta a k řadě neúčelně opakovaných výkonů a výdajů. Nejde ani o tvrdě jednoduché „šetření“, spíše jen o bezohlednou a ve zdravotnictví zcela nepřijatelnou byrokratickou šikanu!

Kasuistika 11: pan J 89 let, demence smíšeného typu, nemůže být doma sám, je zcela dezorientovaný, občas neklidný, občas agresivní, inkontinentní, sám nejí. **Rodina se nemůže starat nebo rodina není.**

Komentář: Pacient potřebuje péči poskytovanou týmem zaškoleným v problematice demencí, tento tým bude schopen zajistit péči jak ve fázi rozvinuté a pokročilé demence, tak i ve fázi demence terminální. Pacientům se tak zajistí kvalitní péče, systému se ušetří neindikované překlady do nemocnice, ke kterým jinak běžně dochází.

Komentář obecnější: Za jednu z nejzávažnějších situací v ČR lze považovat neexistenci dlouhodobé péče, která by odpovídala potřebám zdravotního stavu. Tato péče je suplována několika instituty, které mají níže vyjmenované (a další) zásadní nedostatky. Tuto situaci neřeší ani institut „poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení“, podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Dlouhodobá péče se netýká jen seniorů (i když těch je nejvíce), ale i mladších lidí v závažném leč relativně stabilizovaném stavu (vigilní koma, stavy po CMP, neurodegenerace, multimorbidita). Tito lidé nevystačí jen s jakousi „sociální péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních“, ale potřebují kvalifikovanou zdravotně sociální péči, zdravotnická složka je neopominutelná. Nezajištění dlouhodobé péče v současné době je jednou z nejzávažnějších chyb zdravotní a sociální péče.

Nepochybujeme o tom, že financování výše uvedených služeb musí být vícezdrojové. Hlavní roli by v tomto případě měly hrát obce, které by měly získat prostředky, aby mohly tuto péči zajistit - a nikoli ústavy sociální péče, jak je tomu dosud.

2.2 Potřebnost denních stacionářů pro seniory při větších nemocnicích či poliklinikách

Kasuistika 12: Paní K, 92 roky, žije dosud sama, svou domácnost zvládá s pomocí pečovatelské služby, má zajištěný dovoz obědů, jinak si jídlo připraví. Nezvládá ale dlouhé cesty a zařizování. **Nyní potřebuje různá vyšetření:** na ortopedickou kontrolu, odběr krve a EKG, RTG plic, gynekologické a další vyšetření. Každé z těchto vyšetření znamená pro její rodinu celý den nebo půldne zařizování a čekání. Potřebuje také diagnostickou a terapeutickou péči, kterou zařídí přímo v denním stacionáři.

Komentář: zřízení denního centra při nemocnici by zajistilo staré paní i rodině komfort. Rodina by paní K odvezla do denního centra a večer si ji vzala zpět, jednou či vícekrát. Paní K by byla v pohodlí a pracovníci denního centra by jí zařídili potřebná vyšetření v nemocnici a doprovodili by ji tam, měla by zajištěno jídlo a odpočinek po vyšetřeních, čekala by v denním centru a nemusela by čekat na chodbách. Pro nemocnici by bylo denní centrum „zásobitelem“ ambulancí.).

2.3 Potřebnost stacionářů pro seniory trpící demencí

Kasuistika 13: Pan L, 89 let, demence smíšeného typu, nemůže být doma sám, nepřetržitá péče o něj rodinu vyčerpává, je **zcela dezorientovaný, ale velmi čilý, občas agresivní**.

Rodina je v koncích a hrozí hospitalizace v psychiatrické léčebně.

Pacient potřebuje dohled a kvalifikovaný aktivizační program, péči pracovníků znalých této problematiky, včetně schopností zvládat poruchy chování. Rodina má o pacienta zájem, nechce jej dát do instituce.

Komentář: Řešením je pobyt v denním centru specializovaném na problematiku demencí, které zajistí kvalifikovaný program, dohled a zvládnutí akutních komplikací stavu. Tato péče bude zajištěna ve všední dny, ostatní péči zajistí rodina.

2.4 Potřebnost zdravotně sociální péče v domácnosti

Kasuistika 14: Paní M, 86 let, stav po CMP, diabetes, demence smíšené etiologie, omezeně hybná, nesoběstačná, žije s manželem.

Komentář: Řešením je zajištění provozu domácnosti prostřednictvím sociálních služeb a domácí péče, která zajišťuje kvalifikované zdravotnické výkony a také zaškoluje manžela v péči o pacientku. Bez této podpory by nemohl péči dlouhodobě poskytovat.

Zajištění potřebných zdravotnických, sociálních a dalších služeb v domácnosti je nutnou podmínkou pro to, aby mohli i nesoběstační senioři setrvávat co nejdéle v domácím prostředí a aby se o ně mohli rodinní pečující v co největší míře starat. Bez této pomoci dochází jak ke zbytečným hospitalizacím tak k předčasně dlouhodobé institucionalizaci.

3. Výše uvedené kasuistiky popsaly potřebnost jednotlivých typů služeb v geriatrické péči

Je třeba zdůraznit důležitost jejich posloupnosti a funkčního propojení

V ústavní složce je tato posloupnost (v lůžkové složce) následující:

akutní geriatrická oddělení- diagnostika, léčba, zlepšení stavu, návrat domů či předání do léčebny (pobyt několik dnů)

geriatrická léčebna – léčba, rehabilitace, zlepšení soběstačnosti, návrat do domácího prostředí

- pokud se stavlepší – **dimise, eventuálně sociální řešení (náhradní ubytování)**

- pokud se stav nezlepší, ale stabilizuje na neuspokojivé úrovni (nesoběstačnost) –

dlouhodobá péče (zdravotně sociálního charakteru)

Výše uvedené řešení musí navrhovat kvalifikovaný multidisciplinární tým, nesmí se jednat o pouhé administrativní opatření.

4. Posuzování soběstačnosti

V současné době dochází k zásadním změnám v systému poskytování sociálních služeb.

Klíčovým aspektem je posuzování soběstačnosti (resp. závislosti). Touto problematikou se velmi podrobně zabývá obor geriatric, jehož odborníci a pracoviště mohou kompetentně posoudit soběstačnost v intencích zákona o sociálních službách, a to i v komplikovaných situacích kognitivní poruchy, multimorbidity a stařecké křehkosti.

Děkujeme za cenné připomínky:

prim.MUDr.I.Burešovi, Geriatrické centrum NemocnicePardubice

prim.MUDr.A.Jiroudkové, Krajská nemocnice Liberec

prim.MUDr. B.Juraškové, KGM FN Hradec Králové

prim.MUDr. J.Markovi, Albertinum Žamberk

prim.MUDr. J. Mullnerovi, LDN Ryjice