

Ministerstvo práce a sociálních věcí
ve spolupráci s Katedrou řízení a supervize
v sociálních a zdravotnických organizacích
Fakulta humanitních studií
Univerzity Karlovy

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice

Praha 2010



Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

© Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010

ISBN 978-80-7421-021-1

Předmluva

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice je otevřeným dokumentem, který mapuje současnou situaci v poskytování sociálně zdravotní péče o populaci 65 +. Dále analyzuje a současně navrhuje a doporučuje alternativy systémových změn v oblasti dlouhodobé péče o populaci 65 + s výhledem do roku 2020, neboť populace 65 + bude v naší republice narůstat a je nutné učinit řadu systémových změn v sociálním a zdravotnickém systému s ohledem na dlouhodobou péči.

Tento materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice vznikl na základě studia mezinárodních i tuzemských odborných podkladů o dlouhodobé péči různých zemích Evropy i u nás a vychází z doporučených principů Rady vlády pro seniory a stárnutí populace a materiálu Kvalita života ve stáří (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012). Dále tento materiál vychází z doporučení České gerontologické a geriatrické společnosti a České alzheimerovské společnosti a z odborné expertízy katedry Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK. Struktura diskusního materiálu byla prezentována a diskutována na Expertním panelu pro problematiku sociálně zdravotní péče.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice je otevřeným dokumentem, který může být v průběhu dalších let připomínkován a doplňován o další možné varianty systémových změn ve zdravotnickém a sociálním systému.

Poděkování

Chtěly bychom tímto poděkovat všem lidem, kteří se podíleli na vzniku tohoto dokumentu. Jmenovitě RNDr. Nečasovi, bývalému ministrovi MPSV, který dal podnět k vytvoření expertní skupiny pro problematiku sociálně zdravotní péče, arch. Ing. Filipiové, bývalé ministryni MZ, která velmi podporuje činnost tohoto panelu. Současnému ministrovi MPSV JUDr. Šimerkovi a současné ministryni Mgr. Juráskové Ph.D., kteří zastřešují činnost tohoto panelu. V neposlední řadě bychom chtěly poděkovat členům Expertního týmu, RNDr. Palečkové, PaedDr. Rybínové, PhDr. Vostřákové, MUDr. Vodičkovi, MUDr. Cabrnchovi, Ing. Horeckému a Mgr. Hanušovi.

Dále bychom chtěly poděkovat konzultačním partnerům Expertního týmu, Mgr. Lormanovi, Mgr. Roubalovi, Mgr. Wijovi, PhDr. Kadlecovi a panu Vyšehradskému. Zvláštní poděkování za konzultační činnost při tvorbě tohoto dokumentu patří Ing. Košťálovi, Ph.D. a MUDr. Hoškovi.

Mgr. Monika Válková
Ing. Marie Kojesová
Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD.

Obsah:

Předmluva.....	3
Poděkování	4
Úvod ke zprávě o dlouhodobé péči	6
Demografická východiska	7
Nesoběstačnost a soběstačnost ve stáří.....	10
Dysabilita (invalidita – nesoběstačnost) a soběstačnost.....	10
Disability free life expectancy DFLE (naděje na dožití bez dysability – nesoběstačnosti) nebo nověji Healthy life expectancy (zdravé dožití).....	10
Nejvýznamnější zdravotní problémy s ohledem na specifičnost potřeb dlouhodobé péče	11
Alzheimerova choroba a jiná onemocnění způsobující demenci	11
Cévní mozkové příhody	14
Traumatické poškození mozku (TBI – Traumatic Brain Injury).....	16
Paliativní péče a její potřeba.....	16
Medicína dlouhodobé péče a její potřeba.....	17
Vývoj nákladů na zdravotní a dlouhodobou péči (LTC) a faktory, které je podmiňují	17
Co bude ovlivňovat veřejné výdaje na dlouhodobou péči v budoucnosti.....	22
Definice a vymezení dlouhodobé péče LTC	22
Klasifikace služeb dlouhodobé péče s ohledem na veřejné výdaje a pro srovnatelnost mezinárodní statistiky v EU	26
Význam problematiky dlouhodobé péče	27
Spektrum a provázanost služeb dlouhodobé péče.....	28
Kontinuita zdravotní a dlouhodobé péče	29
Specializované služby jako podpora služeb dlouhodobé péče.....	31
Role obcí v poskytování dlouhodobé péče.....	32
Intenzivnější péče v domácím prostředí	34
Kde by měla být dlouhodobá péče poskytována.....	35
Možnosti volby	38
Poskytování dlouhodobé péče	39
Spektrum profesionálů pečujících profesí.....	39
Rodinní pečující a péče v domácím prostředí versus péče v instituci.....	40
Úloha rodinných pečujících a jejich podpora	41
Kvalita dlouhodobé péče.....	41
Respektování důstojnosti v péči	43
Kvalita péče v ČR – špatná kvalita zadarmo či pseudozadarmo či za nízkou cenu	44
Východiska dlouhodobé péče v České republice.....	46
Vývoj situace v sociální sféře	51
Změny s novou legislativou o sociálních službách	51
Další pobyt ve zdravotnickém zařízení ze sociálních důvodů.....	53
Závěry obecné.....	58
Příklady dobré praxe v České republice.....	59
Statistické přílohy	63

Úvod ke zprávě o dlouhodobé péči

V letech 2009 – 2010 pod garancí MPSV byla ustavena pracovní expertní skupina z oblasti sociální péče a zdravotnictví, která vytvořila jádro expertního panelu pro péči o seniory a handicapované, zabývajících se současným stavem sociální a zdravotní péče o tuto sociální skupinu v podmínkách České republiky. Jejím úkolem a cílem bylo podrobné zmapování současné situace, odborný a ekonomický rozbor náročnosti jednotlivých typů služeb a péče, porovnání s doporučeními EU v této oblasti a návrh možného řešení problému stárnutí populace s výhledem do r. 2020 tak, aby byly odstraněny zbytečné nákladové položky v oblasti sociálních služeb i zdravotní péče a současně vznikly potřebné aktivity a instituce, odborně zabezpečující komplexní péči i ochranu této skupiny obyvatel.

Podařilo se zmapovat a velice podrobně rozklíčovat jednotlivé typy činností a služeb pro seniory a handicapované, porovnat jejich odborné, kapacitní i ekonomické parametry se standardy EU a navrhnout řešení pro ČR v horizontu r. 2020 tak, aby bylo přijatelnou ekonomickou variantou rozpočtu ČR v následujících letech.

Ucelené a podrobné výstupy z práce expertního panelu jsou obsahem této předkládané publikace.

Demografická východiska

Stárnutí populace bude i nadále významným demografickým trendem, a to ve všech zemích Evropské unie, jejíž populace do roku 2060 mírně vzroste, ale významně zestárne. Z celkového počtu obyvatel EU v roce 2008 (495,4 milionu) dojde do roku 2035 ke vzestupu o 5% na 520,1 milionu. Poté nastane pokles populace o cca 3% (na 505,7 milionu) do roku 2060. V současné době je polovina obyvatel EU starších 40 let a v roce 2060 bude polovina obyvatel EU starší 48 let. Počet 65letých a starších již v roce 2008 převyšoval počet dětí, ale toto převýšení nebylo příliš významné, avšak v roce 2060 bude počet starších lidí převyšovat počet dětí již dvojnásobně. Zatímco v roce 2008 byl počet dětí třiapůlkrát vyšší než počet velmi starých lidí (80letých a starších) v roce 2060 bude tento počet již téměř vyrovnán (počet velmi starých lidí bude představovat 80% počtu dětí).

Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale především populace seniorů, kdy bude zejména narůstat skupina tzv. velmi starých (old old), tedy lidí 80letých a starších, kteří již mají své specifické potřeby. Tento nárůst bude znamenat zvýšení ze současných 4,4% na 9,4% v roce 2040 v zemích původní EU 15, zatímco v nově přistoupivších zemích se bude jednat o nárůst ze současných 2,8% v průměru na 8,4% v roce 2040. Česká republika bude patřit mezi země s nejrychleji stárnoucí populací^{1,2}.

Přestože lze předpokládat, že populace Evropské unie jako celku mírně vzroste do roku 2060, v některých zemích dojde naopak k poklesu celkové populace, tak tomu bude i v České republice (stejně jako v Bulharsku, Německu, Estonsku, Řecku, Itálii, Litvě, Lotyšsku, Maďarsku, Maltě, Polsku, Rumunsku, Slovensku a Slovinsku).

Populace ekonomicky aktivních lidí (mezi 15 a 65 lety) začne klesat v roce 2010 a do roku 2060 tento pokles dosáhne 15% v zemích EU v průměru, pouze v 7 zemích (Belgie, Irsko, Francie, Kypr, Lucembursko, Švédsko a Velká Británie) počet těchto obyvatel mírně vzroste (zejména v důsledku migrace) a klesat začne po roce 2020. Počet seniorů v zemích EU výrazně vzroste, a to z 85 milionů v roce 2008 na 151 milionů v roce 2060. Počet velmi starých lidí, osmdesátiletých a starších) se zvýší z 22 milionů v roce 2008 na 61 milionů v roce 2060. Toto stárnutí seniorské populace je velmi důležitým aspektem stárnutí populace³. Bude mít nemalý vliv na nárůst finančních zdrojů potřebných k zabezpečení sociálně zdravotní péče o tuto skupinu obyvatelstva.

Přestože počet obyvatel České republiky poprvé po 13 letech vzrostl v roce 2006, je tento jev pouze jevem přechodným, který je dán zejména odloženou porodností relativně silných ročníků žen a dalším snížením mortality.⁴ Populace České republiky však bude nadále ubývat a velmi rychle stárnout, jak ukazuje následující tabulka č. 1.

¹ *Demographic outlook: National reports on the demographic developments in 2006*. Luxembourg: Eurostat EC, 2007. Accessed: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-07-026/EN/KS-RA-07-026-EN.PDF, 30.3.2008

² <http://eurostat.ec.europa.eu>, accessed 30.3.2008

³ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

⁴ Zdravotnická ročenka 2006. Praha: ÚZIS, 2007

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Tabulka č. 1

Stárnutí populace v České republice do roku 2060

	celkem populace v mil.	65 plus	80 plus	% 80 plus
2008	10 345	1 515	349	3,4
2010	10 394	1 600	373	3,6
2020	10 543	2 132	432	4,1
2030	10 429	2 391	691	6,6
2040	10 158	2 674	853	8,4
2050	9 892	3 060	921	9,3
2060	9 514	3 175	1 274	10

Stárnutí staré populace

V současnosti lze charakterizovat demografické změny zejména jako stárnutí staré populace, neboť dochází k dosud nevídané „disproporci“ v populačním vývoji, kdy počet velmi starých lidí přibývá nebývalým způsobem, což je dáno zejména prodlužováním věku dožití⁵. Do roku 2050 budou osmdesátiletí a starší lidé představovat významnou část seniorské populace, 17,4% na Slovensku, 31,4% ve Švédsku, 29,5%, 44,1% v Německu⁶ v České republice 33,3 % (viz Příloha tabulka č. 2).

Old-age dependency ratio – Rozložení věkových skupin v rámci celkové skupiny seniorů

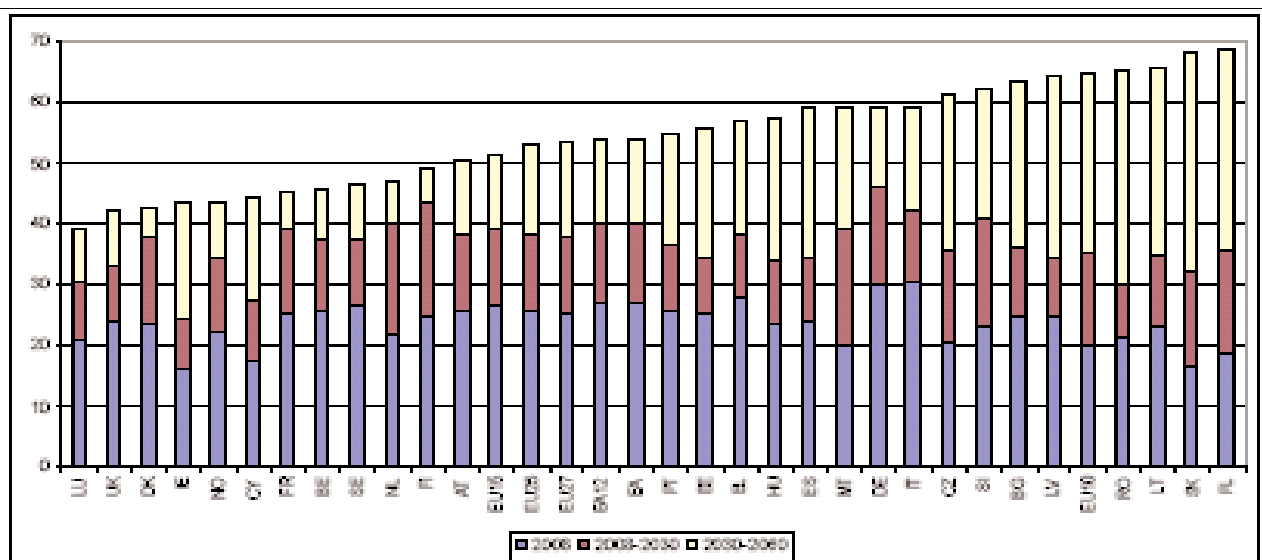
Jedná se o poměr lidí 65letých a starších vůči lidem ekonomicky aktivního věku (15–64). V období 2008 – 2060 se tento poměr zvýší z 25,4% na 53,5%, nejrychlejší nárůst tohoto poměru bude v letech 2015–35. Bude to znamenat, že místo 4 ekonomicky aktivních lidí na jednoho seniora to budou pouze dva.⁷

⁵ Schoenmaeckers RC, Van der leyden L: Population Ageing – Towards an Improvement of Quality of Life. Brussels. Vlaamse Overheid. 2007.

⁶ Marin B, Leichsring K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

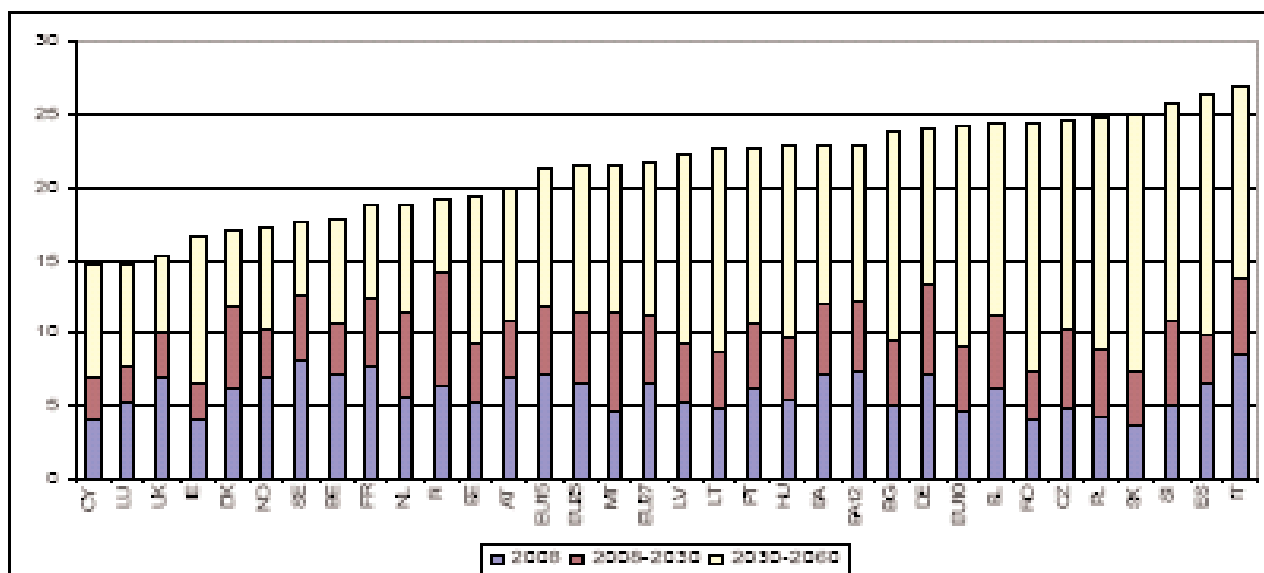
⁷ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009.

Vývoj „old age dependency ratio“ v jednotlivých zemích



Zdroj: *The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009*

Vývoj počtu nejstarších seniorů ve vztahu k lidem v „produktivním“ věku (oldest old dependency ratio)



Zdroj: *The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009*

Nesoběstačnost a soběstačnost ve stáří

Dysabilita (invalidita – nesoběstačnost) a soběstačnost

Předtím než byla přijata mezinárodní klasifikace ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) Světovým shromážděním v květnu 2001, používala se definice dysability, která byla zavedena předchozí klasifikací ICIDH 1980 (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, která stanovila, že „dysabilita je jakákoli restrikce nebo omezení schopnosti-ability, (které jsou důsledkem poruchy, impairment) provádět aktivity způsobem, který je běžný pro lidské bytosti. V novém pojetí ICF se termín dysability rozšířil, takže tento pojem představuje nyní jakýsi zastřešující termín, který zahrnuje jak vlastní poruchu, tak i limitování aktivit a omezení participace i environmentálními faktory (WHO 2001). V současné době se tato klasifikace v jednotlivých zemích přijímá a začleňuje do vlastních systémů funkčního posouzení⁸.

Disability free life expectancy DFLE (naděje na dožití bez dysability – nesoběstačnosti) nebo nověji Healthy life expectancy (zdravé dožití)

Zdravé roky života, zdravé dožití – healthy life expectancy představovaly dle výpočtů provedených na základě úmrtnostních tabulek a subjektivně pociťované dysability 63,2 roku u žen a 61,3 roku u mužů (v roce 2007).⁹ (viz Příloha, tabulka č. 3)

Disability rates – míra nesoběstačnosti

jedná se o míru určující tu část populace (seniorů), kteří pravděpodobně potřebují služby dlouhodobé péče. Tento parametr je definován jako **závislost alespoň v jedné ze základních aktivit denního života** a byl vymezen na základě výzkumu SHARE, který se uskutečnil ve 12 zemích EU (Rakousko, Německo, Švédsko, Nizozemí, Španělsko, Itálie, Francie, Dánsko, Řecko, Belgie, Česká republika, Polsko). Pro zbývající země se vychází z údajů poskytnutých v rámci šetření Eurostatu SILC (Survey on Income and Living Conditions).¹⁰

Definice soběstačnosti

Soběstačnost obecná je schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí dopomoci.

Soběstačnost konkrétní je schopnost vést důstojný život samostatně v konkrétních podmínkách stávajícího bydliště a sociálního prostředí.

Soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL – instrumental activities of daily living) je schopnost vykonávat běžné úkony každodenního života (doprava, nákup, zacházení s financemi, obstarání domácnosti atd.)

Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách (ADL – activities of daily living). Jedná se o schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony (najíst se, vykonat hygienu, vykonat toaletu, přesunout se, zachovat čistotu atd.) Schopnost obejít se bez pomoci v péči o vlastní osobu.

Dependency rate – míra závislosti

Jedná se o indikátor určující míru péče. Je zřejmé, že tato potřeba může být uspokojována jak poskytováním neformální péče (která dosud ve většině evropských zemí představuje většinu), tak různými službami financovanými také z veřejných rozpočtů.

⁸ Lafortune G, Balestat G a Disability Study Expert Group: Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health working papers 26. Paris. 2007

⁹ Chudobová M: Zdravotní stav obyvatel z pohledu demografické a zdravotnické statistiky. Praha. UZIS. 2009.

¹⁰ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

Nejvýznamnější zdravotní problémy s ohledem na specifičnost potřeb dlouhodobé péče

Materiál OECD¹¹ poukazuje na vcelku závažnou skutečnost, že mnoho přehledů o zdravotním stavu obyvatel či přímo seniorů bylo uskutečněno na vzorcích populace, které nezahrnovaly populaci seniorů žijící v různých typech zařízení a institucí, čímž bezpochyby došlo ke zkreslení údajů v některých zemích, které uvádějí na předních místech závažnosti onemocnění somatická, zatímco onemocnění duševní jsou opomíjena (přestože a nebo právě protože představují velmi často příčinu institucionalizace – umístění v zařízení zdravotní nebo sociální péče), jedná se například o Alzheimerovu chorobu a jiné příčiny demence (viz dále) ale také o depresivitu, jejíž prevalence je velmi vysoká zejména mezi seniory v institucích, jak jsme mimo jiné prokázali i vlastním šetřením¹². Mezi nejčastějšími příčinami morbidity a dysability vyššího věku jsou tak uváděny poruchy pohybového systému (artroza, osteoporoza), metabolické poruchy (diabetes), následky traumat, bolestivé syndromy, následky cévních mozkových příhod, kardiovaskulární onemocnění a podobně.

Teprve v posledních letech byla věnována větší pozornost také populaci seniorů žijící v zařízeních dlouhodobé péče, což vedlo k tomu, že se demence dostaly na jedno z předních míst v těchto ukazatelích.¹³ Vzhledem ke specifické problematice těchto onemocnění, a to zejména s ohledem na specifičnost potřeb, se jimi budeme dále podrobněji zabývat.

Alzheimerova choroba a jiná onemocnění způsobující demenci

Mezi zdravotní problémy, které budou bezpochyby ovlivňovat potřebu dlouhodobé péče, patří bezesporu Alzheimerova choroba a jiná (zejména neurodegenerativní) onemocnění způsobující demenci. Vzhledem k tomu, že prevalence těchto onemocnění s věkem exponenciálně narůstá a vzhledem k tomu, že se jedná zatím o onemocnění nevyhlášená, představují demence zvláště významný problém pro systém dlouhodobé péče.

V průběhu francouzského předsednictví Evropské unie byla schválena jak Deklarace Evropského parlamentu 80/2008, o prioritách v boji s Alzheimerovou chorobou a podobnými onemocněními¹⁴, tak dva další závěry Rady ministrů EU (o prioritách výzkumu a veřejného zdravotnictví)¹⁵, po nichž následovaly další strategické dokumenty v roce 2009.¹⁶

¹¹ Lafortune G, Balestat G a Disability Study Expert Group: Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health working papers 26. Paris. 2007

¹² Vankova H and Holmerova I, Andel R, Veleta P, Janeckova H: *Functional status and depressive symptoms among older adults living in residential care facilities in the Czech republic*. International Journal of Geriatric Psychiatry, 2007, 22, 1-6

¹³ Lafortune G, Balestat G a Disability Study Expert Group: Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health working papers 26. Paris. 2007

¹⁴ Písemné prohlášení o prioritách při boji proti Alzheimerově chorobě, Evropský parlament, 0080/2008

¹⁵ Council of the European Union: Council Conclusions on public health strategies to combat neurodegenerative diseases associated with ageing and in particular Alzheimer's disease. Brussels. 2008

¹⁶ Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on a European initiative on Alzheimer's disease and other dementias Brussels, COM (2009) 380 final, 22.7.2009

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Se stárnutím populace vzroste také počet lidí s chronickými, zejména degenerativními onemocněními. Uvedme například vzestup případů demence, jak je uvádí pro Českou republiku Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International ¹⁷ (viz Příloha tabulka č. 4).

Péče o lidi s demencí v České republice představuje zásadní problém, neboť tito lidé vyžadují jak včasnou diagnostiku a terapii, tak později také dlouhodobou péči, která dosud není v České republice uspokojivě řešena. Dochází tak k tomu, že nejsou vítáni ve zdravotnictví (neboť se jedná o chronickou záležitost) ani v sociální sféře (neboť jsou nemocní a svým chováním „problémoví“). Zbytečně dochází k oddalování diagnózy, vlivem nevhodného nastavení úhrad péče pak ke zpoždění terapie, pečující rodiny nemají téměř žádnou podporu a sociální služby v terénu nejsou dostatečné a někdy zcela chybí.

Šetření v terénu

Naše šetření probíhalo v letech 2004-2006, do kterého bylo zařazeno celkem 325 obyvatel ze zařízení pro seniory, tedy „domovů důchodců“, nyní dle nové legislativní úpravy „domovů pro seniory“. Toto šetření v terénu se zabývalo nefarmakologickými postupy, které mohou zlepšit funkční stav seniorů a tím i přispět ke zkvalitnění života. Výzkumný vzorek byl vybrán náhodně ze 12 domovů pro seniory na území Čech. Dle velikosti vzorku i způsobu výběru lze toto šetření považovat za reprezentativní.

Do šetření kognitivního stavu v těchto 12 zařízeních byla zahrnuta pouze standardní oddělení, nikoliv tedy oddělení se zvýšenou ošetrovatelskou péčí ani případná oddělení poskytující specializovanou péči pro klienty s demencí. Respondenti byli náhodně vybráni (systematický výběr – zvoleno krokové číslo stanovené staniční sestrou, zahrnut byl každý n-tý obyvatel z daného oddělení).

Ostatních 124 respondentů bylo z jednoho velkého domova pro seniory na území Prahy, běžný typ zařízení s neselektovaným příjmem klientů, bez speciálního oddělení pro klienty s demencí. 80 % kapacity DD pokrývá běžné oddělení, 20 % oddělení zvýšené (ošetrovatelské) péče. V roce 2007 zde proběhlo hloubkové šetření s cílem podrobně popsat jeden běžný domov pro seniory a zejména funkční stav jeho obyvatel. Cílovou skupinou studie byli všichni obyvatelé zařízení, zúčastnilo se 124 respondentů, tj. 92 % všech obyvatel, 5 obyvatel odmítlo svou účast ve výzkumu, 5 obyvatel v době šetření nebylo přítomno.

Kognitivní stav respondentů byl vyšetřován pomocí Mini Mental State Examination (MMSE)¹⁸. Na základě obvyklé klasifikace¹⁹ byly zvoleny 4 stupně kognitivních funkcí dle výsledku MMSE: normální kognitivní funkce MMSE 27 a více bodů, mírná kognitivní porucha – resp. přechodné pásmo MMSE 25 až 26 bodů, demence 24 až 10 bodů, těžká demence 9 a méně.

V souboru z výběrového šetření bylo 76 % žen, průměrný věk byl 82 let. Základní vzdělání mělo 40 % respondentů, 20 % mělo výuční list, 33 % mělo středoškolské vzdělání a 7% bylo vysokoškoláků.

Kognitivní poruchou trpělo 56 % obyvatel domovů pro seniory. U 42 % se jednalo o demenci, z toho ve 2 % dokonce o těžkou demenci. U 16 % se jednalo o mírnou kognitivní poruchu. Normální kognitivní funkce byly zjištěny u 44 % respondentů. Ženy výrazně převládají i mezi obyvateli zařízení, kde proběhlo hloubkové šetření. Průměrný věk v tomto domově pro seniory je 83 let. Za pozornost stojí fakt, že celá čtvrtina klientů DD je starších než 89 let.

¹⁷ Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al.; Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet 2005; 366:2112-2117

¹⁸ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-Mental State“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12(3): 189-198

¹⁹ Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. „Mini-Mental State“. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12(3): 189-198.

Kognitivní poruchou trpělo 62 % obyvatel tohoto zařízení. U 43 % se jednalo o demenci, z toho v 5 % o těžkou demenci. U 19 % se jednalo o mírnou kognitivní poruchu. Normální kognitivní funkce byly zjištěny pouze u 38 % respondentů.

Šetření prevalence demence u obyvatel zařízení pro seniory přineslo alarmující zjištění: poruchou kognitivních funkcí v hloubce demence trpí více než 40 % obyvatel standardních oddělení domovů pro seniory, která nejsou nijak přizpůsobena specifickým potřebám lidí s demencí. Mezi obyvateli těchto oddělení jsou dokonce i lidé s těžkou demencí!

Výsledky hloubkového šetření v jednom velkém zařízení jsou velmi podobné jako u výběrového šetření. Procenta respondentů se všemi formami kognitivní poruchy jsou zde ještě o něco vyšší, což je pravděpodobně dáno také tím, že byli zahrnuti i obyvatelé oddělení se zvýšenou péčí. Účast 92 % všech obyvatel nám umožnila vykreslit kvalitní „portrét“ jednoho obyčejného domova pro seniory.

Limitem výběrového šetření je fakt, že s účastí souhlasilo 71 % oslovených. Avšak míra shody s hloubkovým šetřením svědčí o tom, že se ve výběrovém šetření podařilo poměrně věrně zmapovat skutečný stav. Tato studie mapuje výsledky základního screeningového testu kognitivních funkcí, nikoliv vlastní diagnózu demence, což je limitem studie. Přesto se domníváme, že i výsledky screeningu mají dobrou vypovídací schopnost. Zjednodušeně v textu mluvíme o výskytu demence, zcela přesný by byl termín „porucha kognitivního výkonu hloubkou odpovídající demenci“, ten je však neprakticky dlouhý. Nízké výsledky v testu kognitivních funkcí mohou být způsobeny různými příčinami. V každém případě je u pozitivního screeningu vždy na místě odborné vyšetření a péče, ať už je snížený kognitivní výkon způsoben nějakým typem demence, což je zdaleka nejčastější, či např. depresí nebo deliriem.

Zjištěné skutečnosti a doporučení

Vysoký počet obyvatel s poruchou kognitivních funkcí v zařízeních, která nejsou přizpůsobena jejich specifickým potřebám, je závažný. Vzbuzuje otázku, zda je demence u obyvatel domovů pro seniory dostatečně diagnostikována a léčena. Tato otázka je inspirací dalšího výzkumu, stejně jako výzvou ke zlepšení praxe.

Stařecká demence

Lidé s demencí tvoří dle této studie více než 40 % obyvatel standardních oddělení domovů pro seniory. Vzhledem k vysokému počtu těchto nemocných je naprosto nutné, aby vznikala zařízení či oddělení specializovaná na péči o tyto pacienty.

Dále považujeme za nutné, aby byl zajištěn dostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu. Pracovníci těchto zařízení musí být zaškoleni v problematice péče o pacienty s demencí, a specifických přístupů k lidem s demencí.²⁰

Na základě výše uvedeného reprezentativního šetření provedeného v domovech důchodců České republiky v letech 2004–2006, tedy v posledních třech letech před počátkem platnosti nové legislativy o sociálních službách^{21,22} jsme mohli konstatovat, že již tehdy žilo v zařízeních typu „domov důchodců“ více než 40% lidí s demencí. Tento počet je relativně nízký ve srovnání s jinými zeměmi, nicméně v souvislosti s platností výše uvedené nové legislativy v sociálních službách a s posuzováním příspěvku na péči lze očekávat, že se počet lidí s demencí bude i v zařízeních typu domov pro seniory výrazně rychle zvyšovat.

²⁰ Vaňková H, Jurašková B, Holmerová I: Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory, Česká geriatrická revue, v tisku

²¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²² Vyhláška č. 505/2006 Sb.

Tento problém není typický jen pro Českou republiku. Prevalence demence v institucích pro seniory je obecně vysoká, např. u 13004 obyvatel britských zařízení dlouhodobé péče s různým poměrem „zdravotní a sociální“ péče byla zjištěna souhrnná prevalence demence 62%²³. V britské studii zaměřené výhradně na instituce určené klientům bez mentálních onemocnění, tzv. „non-‘Elderly Mentally Infirm’ in nursing homes“ byla zjištěna alarmující prevalence demence: 74% obyvatel mělo pravděpodobnou klinickou demenci, 38% dokonce těžkou kognitivní poruchu²⁴. Tato zjištění korespondují s našimi výsledky. Nutnost přizpůsobit (nejen) institucionální péči potřebám seniorů s demencí, zejména s ohledem na očekávaný demografický vývoj, je důležitým tématem dneška²⁵.

Cévní mozkové příhody

Cévní mozkové příhody jsou bezpochyby častým a závažným onemocněním, s často invalidizujícími následky. Touto skutečností se zabývala Helsingborgská deklarace, která stanovila již v devadesátých letech minulého století zásady, jak postupovat v prevenci, diagnostice a terapii a jak optimálně zorganizovat péči o pacienty s cévními mozkovými příhodami. Po této deklaraci následovala za několik let deklarace Mannheimská²⁶, kterážto se zabývala situací zemí střední a východní Evropy a upozornila, že i zde, respektive zejména zde je tato problematika také nesmírně závažná a že je zapotřebí se jí zabývat (a respektovat doporučení a zásady Helsingborgské deklarace).

Vzhledem k tomu, že toho bylo jen relativně málo, co se ve zdravotních systémech změnilo po přijetí první Helsingborgské deklarace, domluvili se odborníci na deklaraci druhé²⁷.

V České odborné literatuře jsou zmínky o těchto zásadách vcelku raritní (nikoli všichni účastníci výše zmíněných konferencí publikovali alespoň zmínku o těchto důležitých dokumentech). V posledních letech se sice začaly zavádět iktové jednotky do praxe některých nemocnic, ale jejich péče se vcelku výhradně soustředí na péči akutní, převážně intervenční.

Velké obtíže tedy vznikají pacientům po cévních mozkových příhodách již v situaci, kdy hledají adekvátní rehabilitaci, která není vždy dostupná, pokud je dostupná, tak spíše mladším pacientům v naprosté většině případů pak není specializovaná, to se týká zejména rehabilitace ústavní. Co se týká dalších podpůrných služeb, které tito lidé potřebují (terénní rehabilitace, psychologická podpora, pomůcky, poradenství, ergoterapie, logopedie atd.) – je tato situace roztržštěná, nekoordinovaná a tito lidé jen těžko tyto služby hledají. Tím více jich potom samozřejmě končí v systému dlouhodobé péče.

Velmi ostře tato situace kontrastuje se zajištěním péče pro lidi s poraněním páteře a míchy (2000 případů ročně, z toho 200 případů ireverzibilních končících na vozíku), kdy na akutní péči spinálních jednotek navazuje rehabilitace a poté podpora občanského sektoru (o. s. Paraple).

Obtížné je najít i data o incidenci cévních mozkových příhod. Dle některých pramenů jsme mohli soudit, že incidence cévních mozkových příhod (iktů) je 180 na 100 tisíc obyvatel ročně²⁸ (tedy celkem 18 tisíc v ČR),

²³ Matthews FE, Denning TR. The prevalence of dementia in institutional care. The Lancet, Volume 360, Issue 9328, Pages 225 – 226

²⁴ Macdonald AJD, Carpenter GI, Box O, Roberts A, Sahu S. Dementia and use of psychotropic medication in non-‘Elderly Mentally Infirm’ nursing homes in South East England. Age and Ageing 2002; 31: 58-64

²⁵ P. Murdoch. How might a crisis in long-term care of people with dementia be averted Age Ageing, January 1, 2007; 36(1): 6 – 7

²⁶ The Mannheim Declaration on Stroke in Eastern Europe, Accepted at the 13th European Stroke Conference, Mannheim-Heidelberg, Germany, May 12–15, 2004, Cerebrovasc Dis 2004;18:248

²⁷ T. Kjellström, B. Norrving, A. Shatchkute: Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies, Cerebrovascular diseases, Vol. 23, No. 2-3, 2007 (jedná se o tzv. druhou Helsingborgskou deklaraci, první byla přijata v roce 1996)

²⁸ Janečková M: Systém péče o osoby po poranění mozku. Situace v České republice- současná dilemata a výzvy. Diplomová magisterská práce, vedoucí doc. Holmerová, Praha, UK FHS katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2009.

některé prameny uvádějí dvojnásobné i vyšší číslo jen například u ischemických iktů (a srovnatelné populace sousedního Německa)²⁹ jiné ještě vyšší čísla s tím, že předchozí počet se týká pouze iktů se závažnějšími následky. Obecně se počet lidí s netraumatickými poškozeními mozku, z nichž většinu tvoří cévní mozkové příhody, je asi přibližně na 45–50 tis případů ročně³⁰. Prevalence dysability vzniklé z důvodu iktu není prakticky sledována. Základní epidemiologické údaje o této závažné problematice v České republice jsou prakticky nedostupné (nebo se nám je nepodařilo najít běžným způsobem vyhledávání).

Odhadované náklady na řešení jednoho nově vzniklého iktu v prvním roce představují 18 517 euro³¹, z toho tvoří 37% náklady na rehabilitaci náklady celkem na řešení jednoho případu iktu a představují v Německu v průměru 43 129 euro. Náklady na řešení této problematiky jsou jen v Německu odhadovány (v rozmezí let 2006–2025) na více než 100 miliard euro³².

Pacientské organizace, které jsou (na rozdíl například od alzheimerovských společností rodinných pečujících a odborníků) provozovány zejména pacienty s touto zkušeností³³ zjevně nemají ani síly ani možnosti, aby tuto organizační a informační mezeru zaplnily.

Traumatické poškození mozku (TBI – Traumatic Brain Injury)

Velmi obdobná situace je také u traumat centrálního nervového systému (traumatic brain injury), která představují incidenci asi 150 tisíc případů na 100 tisíc obyvatel, což je celkem 15 tisíc ročně (týká se těžkých forem poranění) a celkem cca 36 tisíc ročně³⁴ včetně poranění lehčích. Také těmto lidem je prostřednictvím vzkvétajících a množících se traumacenter zajištěna excelentní akutní péče. Přesto tato traumata představují ve věku 0–40 let nejčastější příčinu úmrtí a celou jednu třetinu náhlých úmrtí.

Poranění mozku mají také závažné následky, a to lehčí a středně těžké u 9 tisíc lidí ročně, tedy těch, kteří s těmito problémy budou ještě dlouho žít a dále 2 tisíce lidí, jejichž následky a omezení soběstačnosti jsou závažné až velmi závažné. Tito lidé potřebují převážně dlouhodobou péči. O problematice traumatického poškození mozku platí totéž, co jsme výše uvedli o problematice cévních mozkových příhod. Po ukončení akutní léčby a terapie zdravotní systém nenabízí prakticky nic, a to i přesto, že symptomatologie těchto lidí (včetně lidí s méně závažnými následky poškození mozku) bývá velmi závažná, zahrnuje poruchy chování, sociální dopady, omezení funkčnosti a podobně a přináší také rizika dalšího zhoršení stavu, zejména ve smyslu rozvoje demence.

²⁹ Kolominsky-Rabas PL, Weber M et al: *Epidemiology of Ischemic Stroke Subtypes According to TOAST Criteria Stroke*. 2001;32:2735-2740

³⁰ dle informace o.s. CEREBRUM, listopad 2009

³¹ Kolominsky-Rabas PL, Weber M et al: *Epidemiology of Ischemic Stroke Subtypes According to TOAST Criteria Stroke*. 2001;32:2735-2740

³² Kolominsky-Rabas PL, Weber M et al: *Epidemiology of Ischemic Stroke Subtypes According to TOAST Criteria Stroke*. 2001;32:2735-2740

³³ www.ictus.cz

³⁴ informace o.s. CEREBRUM, listopad 2009

Paliativní péče a její potřeba

Paliativní péče, péče o lidi v terminálních stádiích nevyléčitelných onemocnění a péče o lidi umírající, představuje další komplex velmi specifických problémů. U nás vznikaly od počátku 90. let 20. století lůžkové hospice, které mají v současné době 366³⁵ lůžek. Je tedy samozřejmé (při počtu zemřelých cca 105 tisíc ročně³⁶), že lůžkové hospice zdaleka nepokryjí potřebu pacientů, kteří potřebují paliativní péči. To ani není však cílem, kterým je spíše vytvoření určitého zázemí a metodického a odborného vedení pro systém paliativní péče a medicíny, který by měl být implementován všude tam, kde jsou lidé, kteří paliativní péči potřebují³⁷, a to ať již trpí pro paliativní péči „tradičními“ onkologickými diagnózami, tak diagnózami neonkologickými včetně například demencí, kardiální insuficience či terminální křehkosti (frailty) vysokého věku.³⁸ Zde je otevřen velký prostor pro poskytování paliativní péče v domácím prostředí pacienta, kdy lůžkové hospice a některá zařízení poskytující klasickou domácí péči jsou odborně, technicky i kapacitně schopny poskytovat tento druh péče v daném regionu, avšak současný systém financování a úhrad nepochopitelně upřednostňuje umístění těchto lidí do klasických lůžkových zařízení, která jsou finančně daleko nákladnější, než péče paliativní v obou zmíněných variantách. Navíc péče o terminální pacienty v těchto zařízeních je v drtivé většině nedostatečná a nedůstojná, především co se týče tišení bolesti a eliminace průvodních fyzických i psychických obtíží pacienta v terminálním stavu.

Tento chybný názor je třeba co nejdříve změnit ve prospěch terminálních pacientů, neboť legislativní podmínky pro poskytování specializované paliativní péče jsou již v příslušných zákonech nastaveny.

Medicína dlouhodobé péče a její potřeba

Medicína dlouhodobé péče je novou nastavbovou specializací (zavedeno do systému vzdělávání lékařů od roku 2009 jako nastavbová specializace). Tento obor respektuje výše uvedené a další specifické potřeby pacientů/klientů dlouhodobé péče. Odborníci v tomto oboru jsou vzdělávání dále v problematice podpory důstojnosti, prosazování kvality péče, komunikace v týmu, funkčního hodnocení klienta.

³⁵ Zdravotnictví ČR 2008 ve statistických údajích. Praha. UZIS. 2009

³⁶ Zdravotnictví ČR 2008 ve statistických údajích. Praha. UZIS. 2009.

³⁷ RecommendationRec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Brussels. 2004

³⁸ Martin-Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, Clark D, Normand Ch, Centeno C: Palliative care in the European Union. Brussels, European Parliament, 2008

Vývoj nákladů na zdravotní a dlouhodobou péči (LTC) a faktory, které je podmiňují

Za důležitou považujeme skutečnost, že zatímco náklady na zdravotní péči budou ovlivněny faktory, které nesouvisejí s demografickými změnami, ale například s rozvojem moderních technologií a léčebných postupů, náklady péči dlouhodobou budou pravděpodobně ovlivněny zejména demografickými změnami.³⁹ OECD uvádí, že nárůst spotřeby dlouhodobé péče roste exponenciálně s věkem a většinu této péče potřebují lidé 80 letí a starší⁴⁰.

Je obtížné odhadovat, jaký bude zdravotní stav starších lidí a jak se bude vyvíjet. Tuto situaci v principu řeší několik teorií. Nejznámější z nich je optimistická Friesova teorie „**komprese morbidity**“, která předpokládá, že dysabilita a nemocnost budou „komprimovány“ do vyššího věku a že bude tak delší celkové dožití provázáno také významně delším zdravým dožitím, tedy že lidé se budou nejen dožívat vyššího věku, ale budou se dožívat vyššího věku také v dobrém zdravotním stavu. Naopak Gruenbergova, Verbruggeova a Olshanskeho teorie přepokládají, že delší dožití je do značné míry způsobeno snížením smrtnosti závažných onemocnění, a to více než snížením jejich prevalence/incidence. V důsledku toho se zvyšuje morbidita a dysabilita způsobená těmito onemocněními, což způsobuje naopak „**expanzi morbidity**“. Třetí teorie Mantonova je teorií „**dynamické rovnováhy**“ způsobené vzájemnou kompenzací dvou trendů, a to jak snížení smrtnosti onemocnění vedoucí se zvýšení prevalence dysability a na druhou stranu snížení prevalence a incidence chronických onemocnění vedoucí ke zlepšení zdravotního stavu. Nicméně dosud dostupná data nepotvrzují v podstatě žádnou z výše uvedených teorií, dochází k nárůstu některých onemocnění (demence, muskuloskeletální onemocnění) a k poklesu prevalence jiných onemocnění (kardiovaskulární, respirační). Můžeme se tak domnívat, že se zdraví bude zlepšovat i nadále, ale toto zlepšení se nemusí týkat všech onemocnění. Některá onemocnění (v současné době zejména onemocnění neurodegenerativní) budou tak nabývat na významu a mohou představovat v budoucnu zvláště závažný problém.⁴¹

Některé novější práce hovoří spíše pro optimističtější scénáře, ukázala to přehledová studie K. Christensena a spoluautorů⁴², která poukazuje na skutečnost, že se v posledních letech v některých evropských zemích prodlužovalo zejména zdravé dožití (HLE- healthy life expectancy) v seniorském věku, a to zejména v důsledku toho, že se podařilo zmírnit dopad některých onemocnění (kardiovaskulárních a onkologických atd.) na stav celkové soběstačnosti (neplatí to ovšem například u Alzheimerovy choroby).

Mladší senioři se budou pravděpodobně daleko větší měrou podílet na zajištění neformálních služeb o své blízké. Podpora péče v rodině a neformálních pečujících musí tedy více zohlednit také potřeby pečujících seniorů. Kromě zvýšených nákladů penzijních systémů (o 2,4 % HDP) a zdravotní péče (o 1,5 % HDP) narostou také náklady dlouhodobé péče o 1,1 % hrubého domácího produktu. Česká republika předpokládá nárůst nákladů na dlouhodobou péči z 0,2 % hrubého národního produktu v roce 2007 na 0,4 % v roce 2035 a na 0,8 % v roce 2060.

³⁹ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

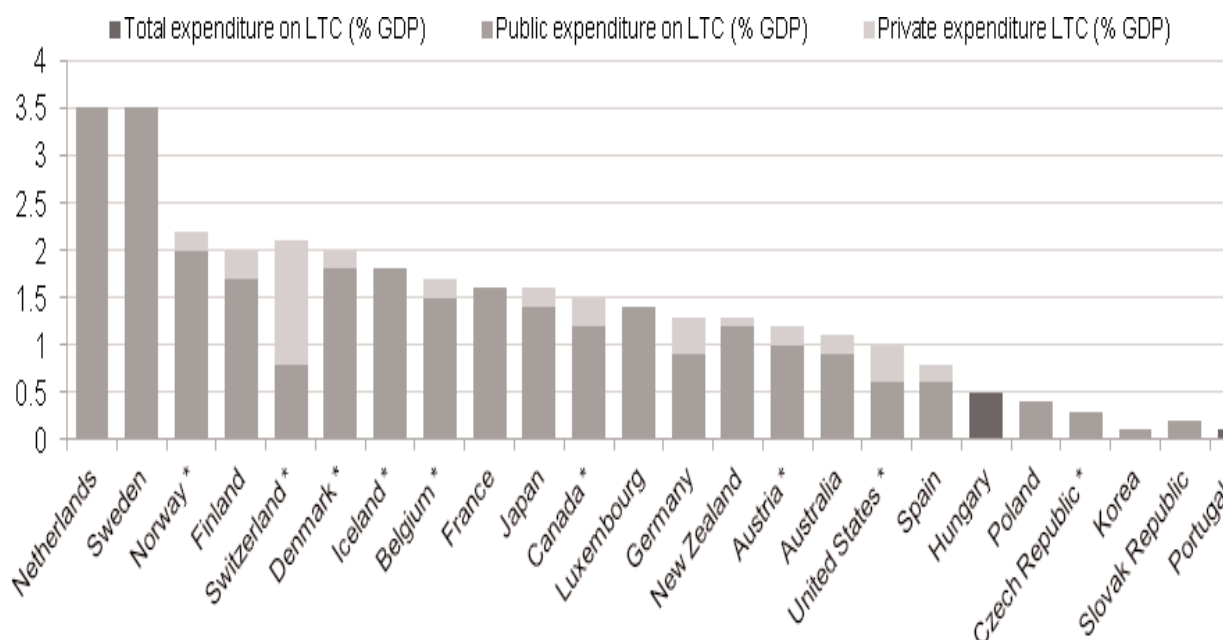
⁴⁰ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁴¹ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

⁴² Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW: Ageing populations: the challenges ahead, The Lancet, 374, October3,2009, 11961208, www.the-lancet.com, dostupné v září 2009

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Náklady na dlouhodobou péči z HDP v roce 2007



Expenditure on long-term care, share of GDP, 2007

Note: * data for Norway, Switzerland, Denmark, Iceland, Belgium, Canada, Austria, United States, the Czech Republic and Portugal refer solely to the health component of LTC (so-called nursing long-term care expenditure).

Source: *OECD Health Data*, 2009

Tento graf popisuje celkové náklady na dlouhodobou péči, dle smluvních odborností, nezapočítávající do celkových výdajů příspěvky na péči a další výdaje a další sociální výdaje. Česká republika ve srovnání s jinými zeměmi v EU, vynakládá pouze necelých 0,5 % HDP. Lze také předpokládat, že významně naroste potřeba neformální péče v tomto období (až o 120%).

Proto je zapotřebí věnovat pozornost podpoře neformální péče a mít na paměti, že role seniorů v této problematice mám více aspektů. Senioři (zejména v nejvyšších věkových decenních) budou významnými konzumenty služeb dlouhodobé péče.⁴³

Budoucí potřebu služeb dlouhodobé péče je třeba posuzovat na základě několika proměnných, kam patří:

- počty starších lidí a počty lidí v nejvyšších decenních
- počty nesoběstačných lidí
- poměr mezi formální a neformální péčí
- náklady na jednotku péče⁴⁴

⁴³ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

⁴⁴ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Vliv výhradně budoucích demografických změn („pure demographic scenario“)

tento scénář zkoumá vliv demografických změn na budoucí spotřebu dlouhodobé péče. Nepočítá tedy ani se změnou strategie poskytování služeb dlouhodobé péče ani se změnou vzorce dysability (její posunutí dále s věkem).

Tento scénář je pro naši republiku víceméně katastrofický, protože dochází k závěrům, že se velmi zvýší počet lidí, kteří budou potřebovat dlouhodobou péči, a to v průměru o 82% v zemích EU27, v České republice pak o 120% (viz Příloha tabulka č. 5, 7 a graf č. 1).

Dalším hypotetickým scénářem je „constant disability scenario“, který počítá s budoucím poklesem věkové specifické dysability. Jedná se o případ analogický „constant health scenario“ v případě projekcí nákladů na zdravotnictví. Počítá s tím, že „rate of dependency“ 80letých lidí bude nižší než je tomu dnes a vychází tak z matematické projekce dosavadních trendů (viz Příloha, tabulka č. 8).

OECD ve své zprávě⁴⁵ uvádí, že většina ze zkoumaných 19 zemí (Austrálie, Rakousko, Kanada, Německo, Maďarsko, Irsko, Japonsko, Korea, Lucembursko, Mexiko, Nizozemí, Nový Zéland, Norsko, Polsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Velká Británie, USA) vynakládá na dlouhodobou péči mezi 0,5 % až 1,6 % hrubého domácího produktu, zatímco Norsko a Švédsko vynakládají podstatně více (2,15% a 2,89%). Rozdílný je také podíl veřejných a soukromých výdajů na dlouhodobou péči (převážně ze soukromých zdrojů ve Španělsku, převážně z veřejných zdrojů ve Švédsku, Irsku, Japonsku, Nizozemí (viz Příloha, tabulka č. 9).

Financování z veřejných zdrojů je tedy ve většině zemí nejdůležitějším zdrojem financování služeb dlouhodobé péče. Pokud se náklady na dlouhodobou péči srovnají s ostatními náklady vznikajícími v důsledku demografických změn (age-related), je zřejmé, že zatím jsou náklady na dlouhodobou péči relativně nízké a (zatím) nenastal jejich významný vzestup. Dále je velice významná skutečnost, že ve všech zemích je vynakládána více než polovina těchto veřejných prostředků na péči v institucích. To vedlo ke změnám postojů zejména v posledních letech, kdy jednotlivé země vytvořily programy podpory péče v domácnosti, komunitních a terénních služeb a podobně, což vedlo k tomu, že v polovině zemí zkoumaných ve studii OECD je vynakládáno více než 30% prostředků právě na péči v domácím prostředí⁴⁶.

Zpráva OECD nabízí poněkud jiný pohled na očekávaný vývoj nákladů na dlouhodobou péči, o které se všeobecně předpokládá, že bude ve svých nákladech enormně expandovat v budoucích 20–30 letech.

Vychází ze srovnání vývoje v jednotlivých zemích a dopadů jejich programů dlouhodobé péče a uvádí, že pravděpodobně způsob, jakým budou jednotlivé země k problematice dlouhodobé péče přistupovat a jak ji budou organizovat, bude pro celkové náklady významnější než vlastní demografické změny. Konstatuje se tu, že zralé systémy dlouhodobé péče si po relativně dlouhou dobu zachovávaly svou stabilitu.

K nejvýznamnějšímu nárůstu nákladů na dlouhodobou péči došlo v některých zemích (Německo, Japonsko, Lucembursko) po zavedení nových systémů, ale po jejich stabilizaci již nedocházelo k další explozi nákladů.

Problematičnost předvídání budoucích nákladů na systémy dlouhodobé péče ilustrují autoři studie OECD na několika příkladech. Projekce nákladů na dlouhodobou péči mají mnoho proměnných, které je problematizují. Jedná se o celkové ekonomické prostředí, účast na pracovním trhu, trendy v dostupnosti neformální péče a ochotě rodinných příslušníků dále pečovat, o celkový demografický vývoj a vývoj dysability. Dokonce označují modelování budoucnosti dlouhodobé péče za „developing art rather than science“ (rozvíjející se umění více než vědu).

⁴⁵ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁴⁶ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Oficiální náklady z veřejných zdrojů na dlouhodobou péči jsou závislé na míře jejího zajištění prostřednictvím služeb dlouhodobé péče.

Například v Polsku a Litvě, kde jsou formální služby dlouhodobé péče relativně sporé, se na ně vynakládá 0,3% HDP zatímco například ve Švédsku, kde je jsou dostupné a široce zajištěné, je na dlouhodobou péči vynakládáno 3,9% HDP dle konzultačních podkladů SE PRES⁴⁷.

Nicméně tato zpráva poznamenává, že náklady na dlouhodobou péči jsou v průměru vcelku drobné (nejčastěji činí 1-1,5% HDP) ve srovnání s tím, co jednotlivé země vynakládají na jiné programy – na zdravotní péči v průměru 7,5%. tato zpráva uvádí další rys, který je hodný zřetele, a sice skutečnost, že výhody dlouhodobé péče jsou poskytovány v mnoha zemích na základě posouzení celkové sociální situace, příjmu klienta, eventuálně i jeho rodiny a klienti služeb dlouhodobé péče se na jejím zajištění podílejí také značnou částí svého příjmu či příjmu rodiny, tato situace je pak dále řešena dávkami a podobně.⁴⁸

Zajištění dlouhodobé péče tedy může mít potenciálně katastrofické ekonomické důsledky pro klienty (respektive jejich rodiny). Tato situace je ve velmi ostrém kontrastu například s financováním zdravotní péče, kdy to jsou (v jednotlivých systémech různě) často právě lidé s dysabilitou, u kterých je limitována jejich spoluúčasť na financování zdravotní péče. Na tyto relativně či velmi štedré zdravotní systémy často navazuje systém dlouhodobé péče, na jehož financování se musí klient podílet značnou částí.⁴⁹

Trh pojištění nevytvořil víceméně žádný produkt privátního pojištění, který by byl masově nakupován, snad s výjimkou Francie (kde je cca 3 miliony klientů tohoto pojištění). Jak ve Velké Británii tak v USA je tento trh relativně malý. Největšími privátními přispěvateli do systému dlouhodobé péče tak stále zůstávají její klienti⁵⁰.

Náklady na poskytování dlouhodobé péče ovlivňuje také mnoho dalších faktorů, například podíl domácí a institucionální péče, vyšší počet personálu na jednotku poskytované péče, lepší kvalita a podobně.

Dále se jedná o velkorysost systémů dlouhodobé péče „generosity“, který se může týkat například možné výše příspěvku, zde existují různé modely, například švédský, kde je investováno nejvíce do nejvíce náročné péče (jako protipól můžeme vyjmenovat možná již model český, který čerpá nejvíce prostředků právě na nejméně závislé osoby), a dále se jedná o počet lidí z dané populace, která je tímto benefitem podporována „coverage generosity“ nápadný je například rozdíl mezi Rakouskem a Německem, které mají velmi podobnou populaci, a přitom v Rakousku pobírá příspěvky 17,8% lidí starších 65 let na rozdíl od Německa, kde je to 10,5%.⁵¹

⁴⁷ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁴⁸ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁴⁹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁵⁰ Brown J, Finkelstein M: Why is the Market for Long-Term Care Insurance so Small? Journal of Public Economics, 91, 2007, 1987-1991

⁵¹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Co bude ovlivňovat veřejné výdaje na dlouhodobou péči v budoucnosti

Jak jsme již výše uvedli, náklady na dlouhodobou péči jsou funkcí mnoha proměnných a prakticky se nedají spolehlivě předpovědět (bez znalosti například budoucích politických rozhodnutí).

Nicméně je zcela zřejmé, že se jednotlivé země Evropské unie vcelku svorně obávají nárůstu nákladů na dlouhodobou péči, a to zejména v souvislosti s se stárnutím populace ale také s větším očekáváním a požadavky budoucích seniorských generací, která se budou týkat nejen objemu péče ale také její kvality. Dále bude záležet na ochotě rodin dále pečovat. Dalším z významných faktorů, které jsme již zmiňovali, je poměr ústavní a terénní péče.

Výše uvedené a další změny mohly být modifikovány (nejspíše zmírněny) současnou hospodářskou krizí.⁵²

⁵² Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Definice a vymezení dlouhodobé péče LTC

Co rozumíme pod pojmem dlouhodobá péče (long term care). Jedná se o komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. OECD ve své obsáhlé zprávě o dlouhodobé péči pro starší osoby vymezuje tuto péči, jako určité spektrum služeb určených lidem závislých na pomoci v některých ze základních sebeobslužných aktivit (hygiena, oblékání, schopnost použít toaletu, schopnost najít se samostatně, přesunout se z postele či křesla).⁵³

Služby dlouhodobé péče tedy potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách, a tento stav je setrvalý („over an extended period of time“)⁵⁴, může být způsoben jak chronickými onemocněními tak může být důsledkem zdravotního postižení, ať již tělesného nebo duševního. Většina těch, kteří potřebují služby dlouhodobé péče jsou lidé vyššího věku⁵⁵.

Jaké jsou potřeby klientů/pacientů dlouhodobé péče? Pokud není možné, aby setrvali v domácím prostředí, potřebují zajistit dlouhodobý či trvalý pobyt v instituci, která bude umět řešit jejich situaci snížené soběstačnosti v důsledku zhoršení zdravotního stavu a bude respektovat jejich biopsychosociální i spirituální potřeby.

Potřebují tedy dopomoc v základních sebeobslužných aktivitách, další individualizované služby a kvalifikovaný zdravotnický dohled s ohledem na jejich sice relativně stabilizovaný, ale zhoršený zdravotní stav, který nesoběstačnost způsobuje.

Mezinárodní dokumenty, například dokument OECD⁵⁶ definují dlouhodobou péči (LTC) následovně: Jedná se o péči poskytovanou lidem, jejichž soběstačnost je dlouhodobě omezena, jsou tedy závislí („when dependent for an extended period of time“) a jejich schopnost vykonávat každodenní sebeobslužné aktivity je snížena. Sebeobslužné aktivity dělíme na základní (bazální), kam řadíme oblékání, schopnost se najít, kontinenci, schopnost provést základní hygienu, základní mobilitu, například přesun z lůžka na židli a na instrumentální sebeobslužné aktivity, které člověku umožňují žít nezávisle ve své komunitě, jedná se například o nakupování, běžné domácí práce, přípravu jídla, obstarání financí.

Dlouhodobou péčí rozumíme jak péči v domácím prostředí tak péči v institucích.

Také EU⁵⁷ hovoří ve svých materiálech zcela jednoznačně o dlouhodobé péči, kterou definuje jako péči poskytovanou lidem, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný, avšak na tolik neuspokojivé úrovni, že tito jedinci nejsou soběstační a potřebují zcela logicky jak zdravotní tak sociální služby.

Vzhledem k současným demografickým změnám je třeba považovat správné či alespoň uspokojivé řešení otázky dlouhodobé péče za důležitou podmínku udržitelnosti zdravotnických služeb a kvality služeb sociálních a zdravotně sociálních. Nesoběstačnost vzniká v důsledku dysability, chronického onemocnění, traumatu a nebo onemocnění, jež způsobují zhoršenou schopnost zvládat sebeobslužné aktivity. Do situace potřeby dlouhodobé péče se mohou dostat lidé všech věkových skupin. Nejčastěji jsou to však lidé seniorského věku. Potřeba dlouhodobé péče výrazně narůstá ve věku nad 75 let. OECD zdůrazňuje potřebu rozlišovat na jedné straně mezi

⁵³ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005.

⁵⁴ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁵⁵ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁵⁶ Lundsgaard Jens et al: Consumer Direction and Choice in Long Term Care for Older Persons, OECD, Health Working Papers 20, Paris 2005

⁵⁷ Review of Preliminary Policy Statements on Health and Long Term Care, Note to the Social Protection Committee, EC, Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG, Social Protection and Social Integration, Brussels, 2005

zdravotní péči, která má jasně definovaný kurativní či rehabilitativní charakter (jde o léčení, doléčení a rehabilitaci) a tedy typickou dynamickou trajektorii, a na druhé straně je třeba definovat dlouhodobou péči vůči ostatním službám, které definujeme jako služby sociální. Cílem zdravotní péče je změna, zlepšení zdravotního stavu. Cílem dlouhodobé péče je kompenzace trvající nesoběstačnosti. Oba typy péče je tedy možné definovat, ale v praxi není možné je zcela oddělit, respektive není to účelné, neboť stav pacienta často vyžaduje jak poskytování zdravotní tak dlouhodobé péče, a to již z toho důvodu, že dlouhodobá nesoběstačnost není fyziologickou záležitostí, ale výslednicí zhoršeného zdravotního stavu.

Jak je z výše uvedeného patrné, můžeme skupinu pacientů/klientů dlouhodobé péče definovat jak oproti skupině pacientů s typickou zdravotní problematikou (akutní či postakutní), jak je uvedeno výše, tak i proti skupině seniorů, jejichž zdravotní stav nezpůsobuje omezení soběstačnosti. Tito senioři mohou být klienty sociálních služeb v případě, že se rozhodnou bydlet v rezidenčním zařízení nebo pokud potřebují pomoci v domácnosti.

V širším slova smyslu, tedy komplex služeb dlouhodobé péče představují jak některé služby zdravotnické (léčba a rehabilitace, diagnostika komplikací, preskripce léků a pomůcek...) a také služby pomocné (péče o domácnost, stravování, transport, sociální aktivity a podobně).

Nicméně pokud člověk vystačí pouze s posledně uvedenými pomocnými službami, nejedná se zpravidla o klienta dlouhodobé péče, tuto mez stanovuje OECD ve svém materiálu⁵⁸.

V těchto intencích definuje dlouhodobou péči také **Národní program přípravy na stárnutí** v článku 6.13.:⁵⁹ „Dlouhodobá péče je péče zdravotní i sociální. Zdravotní a sociální potřeby jsou u části starších osob neoddelitelné. Tyto osoby potřebují jak zdravotní, tak sociální péči. Systém dlouhodobé péče musí vycházet z integrace zdravotních a sociálních služeb ústavních, ambulantních a poskytovaných v domácnosti. Rozvoj systému dlouhodobé péče vyžaduje transformaci léčen pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory. Negativně lze hodnotit snižující se rozsah pečovatelské služby poskytované v domácnostech jednotlivých občanů ve většině krajů.“

Velmi obdobně definuje dlouhodobou péči zcela recentní materiál, konzultační podklady vydané v rámci konference Švédského předsednictví Evropské unie⁶⁰, a to následovně: „Dlouhodobá péče“ spojuje spektrum zdravotních a sociálních služeb, které jsou šity na míru potřebám lidí, kteří potřebují po delší dobu (extended period of time) pomoc v základních sebeobslužných aktivitách z důvodů chronické nemoci či jiné příčiny dysability (a to včetně demence či jiných poruch duševního zdraví). Zahrnuje pomoc jak profesionálních tak i laických pečujících.“

Tato zpráva – konzultační materiál Švédského předsednictví EU⁶¹, ve svých kalkulacích nezahrnuje zdravotní služby v užším slova smyslu, tedy péči na akutních lůžkách nemocnic, péči lékařský specialistů a podobně. Nicméně nezahrnuje ani některé pomocné služby („low-level“) ve smyslu současné praxe výkaznictví Eurostatu a OECD. Jedná se o služby, které nelze považovat za služby zdravotnické či sociální v pravém slova smyslu, ale za služby „občanské“, tedy například stravování a podobně, což je důležité si uvědomit v souvislosti s poskytováním pečovatelské služby, kdy například rozvoz obědů nebo nákup patří u nás mezi velmi časté výkony, avšak obdobné výkony nejsou velmi pravděpodobně v jiných zemích do statistik dlouhodobé péče (či péče sociální) vůbec zahrnuty.

⁵⁸ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁵⁹ Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012, dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/5045#zss>, říjen 2009

⁶⁰ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁶¹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Konzultační materiál Švédského předsednictví EU⁶² upozorňuje na značnou **různorodost jednotlivých parametrů a indikátorů dlouhodobé péče, což velmi znesnadňuje mezinárodní srovnání**. Tyto nesourodosti a všeobecný nedostatek dat a podkladů představuje obecný evropský problém, a to i přesto, že jak EU tak její členské státy deklarují, že je to právě dlouhodobá péče, která představuje velmi důležitý problém v souvislosti se současnými a budoucími demografickými změnami.

Tato zpráva na jiném místě také zdůrazňuje, že přestože je dlouhodobá péče v současné době již konsensuálně definována (tak jak jsme uvedli v této práci), Evropská unie i jednotlivé členské země ještě mají mnoho co činit, aby se tyto služby staly službami standardními a samozřejmými tak, jak je tomu například u péče zdravotní. Jednotlivé místní či regionální iniciativy jsou sice významné a přinášejí příklady dobré praxe, které jsou hodny následování, nicméně zatím ještě nevytvářejí „mainstream“ systém, který by byl schopně reagovat na potřeby dlouhodobé péče.

Systém dlouhodobé péče využívá a jistě i nadále bude využívat poznatky moderní medicíny, nicméně potřebuje ještě mnoho dalšího poznání, poznatků, znalostí a výzkumu, což se týká zejména sociální gerontologie, sociální práce, psychologie a celého spektra rozličných terapeutických metod, zejména s ohledem na specifickou problematiku jednotlivých onemocnění.

Jaké jsou základní strategické úkoly v oblasti dlouhodobé péče?

Tuto otázku si klade konzultační materiál Švédského předsednictví EU⁶³, podle kterého se jedná o následující problémy:

- překlenutí segmentace a překážek mezi službami zdravotní a sociální péče
- jak je možné lépe chránit důstojnost a péči co nejvíce individualizovat
- do jaké míry je volba klientů zohledňována v politických rozhodnutích
- je věnována dostatečná pozornost Alzheimerově chorobě a jiným onemocněním způsobujícím demenci, jsou těmto lidem poskytovány adekvátní služby
- jak je možné udržet ve službách dlouhodobé péče dostatek kvalifikovaných pracovníků
- jak je možné zlepšit kvalitu služeb
- existuje dostatek zkušeností se sledováním účinnosti jednotlivých opatření, a to zejména s ohledem na budoucí vývoj.

Přestože je v USA poskytována dlouhodobá péče ve velmi odlišných podmínkách systémů zdravotní péče a pojištění Medicare a Medicaid jakož i dalších způsobů pojištění, jsou závěry, ke kterým docházejí někteří američtí autoři⁶⁴, velmi podobné výše uvedeným:

Tento materiál⁶⁵ dále specifikuje jednotlivé klíčové parametry, které jsou důležité pro dosažení dostatečného spektra služeb a jejich integrace v oblasti dlouhodobé péče, a to na základě zkušeností jednotlivých zemí, regionů i poskytovatelů. Tyto aspekty budeme diskutovat v následujícím textu, a to s reflexí našich místních podmínek.

⁶² Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁶³ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁶⁴ Wiener J.M: Long-Term Care: Option in an Era of Health Reform, The Scan Foundation, Washington, 2009.

⁶⁵ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Mezi klíčové parametry patří:

- Je zapotřebí **zlepšit porozumění tomu, co je cílem a jaký je optimální způsob poskytování dlouhodobé péče**, tedy že se jedná o rozmanité spektrum služeb, které jsou funkčně integrovány tak, aby odpovídaly potřebám lidí. Toto vysvětlení, které by mělo být co nejucelenější a nejúplnější a zahrnovat cíle, procesy, cílové skupiny a pravidla činnosti, je třeba systematicky předkládat všem důležitým stakeholderům v tomto procesu
- **Porozumět tomu, co je míněno pod pojmem „client orientation“ či „person centered care“, péče zaměřená na člověka.**
- Důležitou skutečností je fakt, že se nejedná o prázdný pojem či o frázi nebo klišé. Je to skutečně zásadně jiný, pozitivní přístup k člověku, který se snaží organizovat a poskytovat služby tak, aby maximálně respektovaly potřeby klientů, kterým jsou poskytovány. Jedná se o zcela zásadní změnu orientace ve službách, které tradičně byly (či ještě jsou) zaměřeny na svůj výkon a procesy. Jako příklad uvedeme například oddělení pro pacienty/klienty s demencí, neboť jedním z průkopníků „person centered care“ namísto „task oriented care“ byl právě Tom Kitwood, a to v oblasti péče o pacienty s demencí. Tradiční oddělení, které je „task oriented“, tedy zaměřené na výkon, své úkoly a procesy, dbá prostřednictvím svých pracovníků zejména na to, aby bylo vše uděláno včas, dle zadaných harmonogramů, řádů a standardů... Tato zdánlivě výkonná „instituce“ však naprosto nemusí odpovídat potřebám lidí, kteří tu žijí, nebo kterým jsou poskytovány služby. Někteří potřebují vstávat později, některým vyhovuje provedení hygieny večer (místo obvyklé ranní hygieny), někteří potřebují jídlo v jiných časech, než jsou časy obvyklé, nejedí příborem, ale potřebují jíst rukama.... a podobně. Pokud se musí přizpůsobit režimu oddělení, které je výkonově zaměřeno, nedaří se jim dobře, mohou se vyskytovat různé komplikace, poruchy chování a podobně. Pokud však oddělení a jeho pracovníci respektují „person centered care“, potřeby, hodnoty a zvláštnosti chování jednotlivých klientů, daří se lépe nejen pacientům/klientům, ale vzniká lepší terapeutická atmosféra na oddělení, která je pozitivní nejen pro pacienty/klienty, ale také pro rodinné příslušníky a samozřejmě i pracovníky samotné.
- **Proces integrace vyžaduje zdroje**, a to jak finanční tak časové, které do něj musí být vloženy, protože tento proces zahrnuje také vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými profesemi i poskytovateli, vzájemné učení, společné přístupy, dohody a podobně. Teprve poté může zdroje přinášet (ve smyslu lepších a efektivnějších služeb).
- Je třeba vytvořit **nové profese** pro tyto nově vznikající služby a úkoly, jedná se zejména o case managery, domácí asistenty, manažery služeb a o další „víceúčelové“ profese v těchto službách, které budou schopny kombinovat jak sociální tak zdravotní aspekty dlouhodobé péče.
- Zainteresovat také rodinné příslušníky a ostatní významné stakeholdery a přesvědčit je, že východiskem adekvátního poskytování dlouhodobé péče je **adekvátní multidisciplinární posouzení potřeb a naplňování individuálního plánu služeb a péče.**
- Podpora autonomie a funkčního stavu zejména starších lidí ale i jiných klientů dlouhodobé péče tak, aby byla co nejvíce podporována a posilována jejich důstojnost a sebedůvěra.
- Dostatek **informací o službách a dostatečná komunikace poskytovatelů a uživatelů služeb.** Služby musejí být srozumitelné jak uživatelům tak všem poskytovatelům, je třeba, aby jejich poskytování bylo výsledkem vzájemného konsensu.
- Na úrovni systémů je třeba zdůraznit dostatečnou společenskou diskusi a vytvoření systému dlouhodobé péče tak, aby byl i **finančně udržitelný.**

Klasifikace služeb dlouhodobé péče s ohledem na veřejné výdaje a pro srovnatelnost mezinárodní statistiky v EU

Recentně vydaný materiál Evropské komise⁶⁶ upozorňuje na skutečnost, že v důsledku stárnutí evropské populace vzrostou náklady na zajištění dlouhodobé péče v průměru o 1,25% HDP, a to zejména proto, že dojde k nárůstu počtu velmi starých lidí, kteří budou potřebovat tyto služby ve větší míře. Stárnutí však nebude jediným faktorem, který bude tyto narůstající veřejné výdaje ovlivňovat. Bude se jednat také o změny v postavení a roli rodin. V současné době jsou potřeby dlouhodobé péče uspokojovány v některých evropských zemích téměř výhradně prostřednictvím neformální péče zejména rodinných pečujících, s rozvojem profesionálních služeb lze tedy v budoucnu předpokládat významný nárůst veřejných výdajů.

Podle systému klasifikace zdravotních účtů, skládají se služby dlouhodobé péče LTC ze dvou typů služeb:⁶⁷

- a) **Služby dlouhodobé ošetrovatelské péče**, které lze považovat také za zdravotní komponentu dlouhodobé péče nebo za dlouhodobou zdravotní péči. Jedná se zejména o poskytování pomoci v základních aktivitách denního života (jídlo, koupání, hygiena, základní mobilita a podobně). Fyzická či mentální dysabilita může být důsledkem jak nemoci, tak křehkosti vysokého věku, omezení mentální kapacity či důsledkem kognitivní poruchy. Kromě dopomoci v základních sebeobslužných aktivitách se jedná také o monitorování stavu pacienta s cílem zamezit dalšímu zhoršení funkčního stavu. Tato péče je zpravidla poskytována společně s dalšími službami zdravotnického charakteru, například se jedná o převazování ran, management bolesti, podávání medikace, monitorování zdravotního stavu, prevence, rehabilitace či poskytování paliativní péče.
- b) **Sociální služby dlouhodobé péče**, které jsou poskytováním sociálních služeb lidem s onemocněním či dysabilitou, přičemž se jedná zejména o poskytování pomoci v instrumentálních aktivitách denního života (IADL) těm osobám, které potřebují dopomoc. Může jít jako o služby v domácím prostředí či v rezidenčním zařízení.⁶⁸

⁶⁶ Communication from the Commission.. Dealing with the impact of an ageing population in the EU (2009 Ageing Report), COM(2009) 180/4, Brussels, 29.4.2009

⁶⁷ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

⁶⁸ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

Význam problematiky dlouhodobé péče

Problematika dlouhodobé péče se dostává do popředí politických debat v mnoha zemích v důsledku toho, že potřeba dlouhodobé péče významně poroste se stárnutím populace, což bude velmi významné, a to i z ekonomického pohledu, zejména po roce 2030, kdy se do seniorského věku posunou silné ročníky, tzv. „baby boomers“⁶⁹.

Náklady na zdravotní péči souvisejí (kromě demografických faktorů) převážně s využíváním a dostupností moderních technologií a moderních prostředků a metod. Daleko více však na demografických změnách závisí náklady na dlouhodobou péči.⁷⁰ Dalším důležitým faktorem, který je třeba mít na zřeteli, jsou dosud skryté náklady, tedy ty, které jsou vynakládány na péči rodinnými či dalšími neformálními pečujícími. Tyto náklady se zpravidla nepromítají do oficiálních kalkulací, nicméně existuje již dostatek důkazů o tom, že (alespoň u některých onemocnění), představují převážnou část vynakládané péče.

Dobrym příkladem je například Alzheimerova choroba, kdy podle kalkulací provedených v rámci projektu Eurocode, je vynaloženo neformálními pečujícími 56% nákladů⁷¹. Také s těmito náklady a zátěží neformálních pečujících je zapotřebí počítat, a to z několika důvodů: jedním z nich je přesun těžiště péče z péče neformální do péče profesionální. Tento trend je patrný ve všech vyspělých zemích. Dalšími důvody jsou mimo jiné sekundární nemocnost a dysaptibilita pečujících, skutečnost, že rodinní pečující jsou často také lidé vyššího věku, často i se svými zdravotními potřebami a podobně.

Projekt EuroCoDe (European Collaboration on Dementia) byl projektem koordinovaným evropskou asociací alzheimerovských společností. tento projekt prokázal, že počet lidí s **demencí v zemích Evropské unie byl v roce 2007 6, 17 milionu**, v zemích EU 27 a EEA (Evropského ekonomického prostoru) se jednalo již od 6, 63 milionu a v Evropě jako kontinentu pak o 8, 45 milionu lidí s demencí. **Celkové náklady na demenci v zemích evropské sedmadvacítky byly odhadnuty na 130 miliard euro**. Z toho byla, jak je uvedeno výše, více než polovina (56%) vynaložena na neformální, rodinnou péči. Náklady na péči o lidi s demencí byly v zemích EU v průměru 21 000 euro za rok, nejvyšší v zemích „staré“ EU, nižší v zemích po rozšíření a dalších evropských zemích). Zátěž Alzheimerovou chorobou s jinými onemocněními způsobujícími demenci představovala 350 DALY na 100tisíc lidí, a například s 247 DALY způsobenými diabetem⁷².

Problematika a potřeby těchto lidí jsou komplexní a vyžadují koordinovaných přístupů tak, aby bylo možné zajistit kontinuum péče danému člověku tak, aby odpovídala jeho potřebám. Toto kontinuum má několik dimenzí: jedná se jednak o interakci mezi potřebami akutní péče, rehabilitace a dlouhodobé péče. OECD ve své zprávě⁷³ zdůrazňuje a upozorňuje na skutečnost, že je třeba podporovat péči v domácím prostředí a dále věnovat pozornost specifickým problémům, například problematice osob postižených demencí a jejich rodinných příslušníků.

⁶⁹

⁷⁰ The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060), Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009, str. 241

⁷¹ Dementia in Europe Yearbook 2008, Alzheimer Europe, Luxembourg, 2008

⁷² Georges J, Jansen S, Jackson J, Meyrieux A, Sadowska A, Selmes M: Alzheimer's disease in real life – the dementia carer's survey. International Journal of Geriatric Psychiatry, 23, 2008, 546–551.

⁷³ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Spektrum a provázanost služeb dlouhodobé péče

Kontinuita a koordinace služeb jsou považovány za nezbytnou podmínku k tomu, aby služby dlouhodobé péče odpovídaly potřebám klientů/pacientů, ale také přispívají, respektive jsou nezbytnou podmínkou pro efektivní využití zdrojů do dlouhodobé péče vkládaných. Součástí tohoto problému je také koordinace služeb, tak aby vyhovovaly potřebám jednotlivých osob (case management).

Jednotlivé zdravotní stavy přinášejí specifickou problematiku, kterou musí dlouhodobá péče řešit dle potřeb pacientů. Například lidé po cévních mozkových příhodách potřebují dlouhodobou péči s výrazným podílem rehabilitace tak, aby se jejich stav nadále zlepšoval či alespoň stabilizoval (bez této rehabilitační péče by se zhoršoval), ale za určitých podmínek a zajištění péče je možný pobyt v domácím prostředí i v relativně závažném stupni nesoběstačnosti. Naproti tomu například Alzheimerova choroba a jiné formy demence jsou onemocněními progresivními, a přes určité možnosti zpomalení této progresy a farmakologického i nefarmakologického managementu další symptomatologie, tato onemocnění progredují tak, že pacienti vyžadují velmi náročnou a psychicky vyčerpávající péči. Pokud je tato péče zajištěna v domácím prostředí, je nezbytné zajistit podporu rodinných příslušníků, aby mohli v této pečující roli co nejdéle setrvat. Pokud není k dispozici takové rodinné zázemí, které by tuto péči zajistilo, je nutné řešení institucionální, protože zajištění pacienta s demencí ve vlastní domácnosti prostřednictvím terénních služeb je velmi problematické a převážně je lze považovat za málo efektivní (prevalence cévních mozkových příhod jsou řádově desítky tisíc ročně třetina zanechává závažné následky, a to zejména v oblasti hybnosti, ale také psychiky, ať jsou již primární nebo sekundární). Určitým mezistupněm mezi dvěma výše uvedenými situacemi jsou stavy po poranění mozku (či poškození mozku jiným než traumatickým mechanismem – hypoxie, otrava). Těchto postižených jsou řádově také desítky tisíc ročně, třetina z nich nadále žije se závažnými následky, poruchami funkcí, ale také pestrá paleta psychických problémů a poruch chování. Také tyto lidé potřebují rehabilitaci a další specializované terapie (ergoterapii, fyzioterapii, logoterapii, psychologickou podporu) a jejich rodinní příslušníci potřebují podporu. Pro řešení problematiky úrazů a cévních mozkových příhod byly vypracovány jak národní tak mezinárodní strategie (Helsingborská⁷⁴ a Mannheimská deklarace⁷⁵). V našich podmínkách se tyto strategie implementují téměř výhradně v rámci akutní nemocniční péče (vznik například iktových jednotek, traumacenter a podobně).

Nicméně následná péče o tyto pacienty již není dostatečně a problémově specificky zajištěna a dlouhodobá péče v rámci komunit není zajištěna vůbec (se vzácnými výjimkami). Podrobnější epidemiologické údaje jsme uvedli v kapitole o specifických problémech dlouhodobé péče.

Koordinace je důležitá jak v domácím prostředí – v případě, že do domácnosti dochází více poskytovatelů služeb, je důležité zajistit jejich návaznost a vzájemnou informovanost. Stejně tak je však důležité koordinovat poskytování služeb mezi jednotlivými zařízeními a poskytovateli služeb. Tato potřeba zajistit kontinuitu a koordinaci služeb vedla některé země k tomu, že přijaly specifická opatření k tomu, aby byly služby dlouhodobé péče účinnější a efektivnější. Každá země k řešení tohoto problému přistupuje po svém, nesjednocuje zpravidla služby, ale zlepšuje komunikaci a kontinuitu⁷⁶.

⁷⁴ T. Kjellström, B. Norrving, A. Shatchkute: Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies, Cerebrovascular diseases, Vol. 23, No. 2-3, 2007 (jedná se o tzv. druhou Helsingborskou deklaraci, první byla přijata v roce 1996)

⁷⁵ The Mannheim Declaration on Stroke in Eastern Europe, Accepted at the 13th European Stroke Conference, Mannheim-Heidelberg, Germany, May 12–15, 2004, Cerebrovasc Dis 2004;18:248

⁷⁶ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Kontinuita zdravotní a dlouhodobé péče

Národní program přípravy na stárnutí se vyjadřuje k postavení zdravotní a dlouhodobé péče v článku 6. 12.⁷⁷ „Většina zdravotní péče je v současnosti organizována na modelu akutní péče, který neodpovídá potřebám mnoha pacientů, zejména starších a chronicky nemocných. Prioritou a nedílnou součástí zdravotní politiky by proto měla být strategie rozvoje dlouhodobé péče. Důležitými požadavky pro systém dlouhodobé péče je kvalita, důstojnost, rovnost přístupu, možnost volby a flexibilita mezi formální a neformální péčí a mezi institucionální (ústavní) a domácí péčí. Integrální součástí dlouhodobé péče je paliativní péče, zájem o důstojnost a duchovní a sociální potřeby starších osob a pečovatелů“

Přestože jednotlivé členské země EU deklarují, že zajištění koordinace a kontinuity služeb považují za svou prioritu, v mnoha zemích zůstává tento úmysl pouze deklarován. Patří sem zejména země bývalého postkomunistického bloku, a to včetně České republiky. Tato nedostatečná koordinace zdravotnických a sociálních služeb je zdrojem nedostatečné funkčnosti služeb dlouhodobé péče a návaznosti péče zdravotní a dlouhodobé.

Potřebu lépe koordinovat dlouhodobou péči zdůrazňuje také Národní plán přípravy na stárnutí, a to v článku 6.14.:⁷⁸ „Jednou z největších výzev v oblasti dlouhodobé péče je integrace zdravotních a sociálních služeb. Několik různých poskytovatelů a zdrojů financování ztěžuje zajištění kontinuity a komplexnosti péče. Rozdělení kompetencí a financování mezi několik systémů a poskytovatelů zvyšuje riziko fragmentace a nedostatečné koordinace služeb, nepřehlednosti systému pro klienty i poskytovatele, neflexibilních služeb a nejasné odpovědnosti za cíl a výsledky péče.“

Potřeba dlouhodobé péče nevylučuje, ale naopak podporuje potřebu specializovaných geriatrických služeb pro naši stárnoucí populaci.

Článek 6. 7. Národního programu přípravy na stárnutí uvádí „Kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje odbornou specializovanou geriatrickou péči a současně geriatricky modifikované přístupy v rámci jednotlivých specializací. Nediskriminace v péči o staré a křehké pacienty neznámá nerozlišování, ale naopak zejména rozlišování a respektování rozdílných potřeb a rizik křehkých geriatrických pacientů.“⁷⁹

Konzultační podklady Švédského předsednictví EU⁸⁰ zdůrazňují, že je zapotřebí zajistit adekvátní akutní péči a rehabilitaci prostřednictvím specializovaných služeb, jejichž efektivita byla již prokázána a existuje pro ni dostatek důkazů. **Správná a včasná léčba, včetně specializované intenzivní léčby, včasná a adekvátní rehabilitace,** jsou nutnou podmínkou k tomu, aby se počet lidí vyžadujících dlouhodobou péči redukoval na nezbytné minimum.

Je třeba také léčit a řádně doléčovat akutní zhoršení stavu lidí s dysabilitou (stupeň postižení dle mezinárodní klasifikace funkčních schopností a zdraví) a zmírnit tak jejich dopad na progresi dysability. Také jiný švédský materiál⁸¹ zdůrazňuje jak potřebu geriatrických služeb tak i vzdělávání zejména praktických lékařů v geriatrické problematice.

⁷⁷ MPSV.CZ : Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až <http://www.mpsv.cz/cs/5045> 17 z 30 16.11.2009 17:56

⁷⁸ Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012, dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/5045#zss>, říjen 2009

⁷⁹ Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008–2012, dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/5045#zss>, říjen 2009

⁸⁰ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15–16 september 2009

⁸¹ The Swedish Council on Technology Assessment in Healthcare: Geriatric Care and Treatment. Stockholm. SBU.2003.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Lepší integraci zdravotnických a sociálních služeb považuje za velmi důležitou také konzultační materiál Švédského předsednictví EU⁸², který tento problém vyjmenovává jako první z problémů dlouhodobé péče v EU. Dále upozorňuje také na nedostatečnou koordinaci služeb po propuštění z nemocnice, a to v těch případech, kdy jsou lidé nesoběstační a potřebují další péči, ale také rehabilitační péči a podobně. Materiál upozorňuje, že se rodiny ocitají často v neřešitelných situacích, protože v krátké době potřebují reorganizovat způsob bydlení pro svého blízkého, ale také zajistit veškeré další služby a pravděpodobně převzít velkou část péče o svého nesoběstačného blízkého na svá bedra, a to bez zaškolení, zaučení či poradenství. Jedná se zejména o „syndrom pátečního odpoledne“, kdy je naplánováno propuštění z nemocnice před víkendem, aniž by měla rodina možnost situaci nějakým způsobem zajistit.⁸³ Tato situace byla také jedním z hybných momentů, proč vzniklo Gerontologické centrum v Praze 8, jakožto instituce usilující o překlenutí mezery mezi nemocnicí a domácností pacienta seniora, ale také o vytvoření kontinua služeb propojujících zdravotní a sociální péči.⁸⁴

Specializované služby jako podpora služeb dlouhodobé péče

Dalším důležitým aspektem v zajištění dlouhodobé péče, ale například také péče paliativní, která se může s dlouhodobou péčí doplňovat či prolínat, je také spolupráce se specializovanými zdravotnickými službami, ať již geriatrickými tak například službami paliativní péče.

Svou roli zde hrají **specializované ambulance**, dále pak **týmy jednotlivých odborností** (zejména **geriatrické, paliativní či medicíny dlouhodobé péče**). Tyto týmy působí v rámci jednotlivých specializovaných pracovišť, ale jsou schopné také poskytovat služby dle potřeby v domácím prostředí a slouží tak jako odborné konziliární zázemí pro ostatní poskytovatele dlouhodobé péče.

Domácí ošetrovatelská péče je nezpochybnitelnou součástí služeb dlouhodobé péče v domácím prostředí, ale může hrát svou roli také při poskytování služeb v institucích.

Významné mohou být také **specializované stacionáře** (problematika demencí, paliativní medicína a podobně).

Cesta změny k lepší koordinaci a kontinuitě služeb

Jako východisko k řešení tohoto problému zvolily jednotlivé země **stanovení strategického rámce**, a to například národní plány v Austrálii a na Novém Zélandu, dále například akční plány dotované prostředky na jejich dosažení (Japonsko, Norsko, Švédsko, Velká Británie). Ve Velké Británii byla ještě navíc vypracována pravidla poskytování jednotlivých služeb, standardy jejich kvality včetně měřitelných ukazatelů. Výše uvedené a další strategické přístupy jsou důležité pro uskutečnění změny směrem k lepší integraci a kontinuitě služeb tak, aby lépe odpovídaly potřebám klientů.⁸⁵ Dalším stupněm, který se v uskutečnění změny osvědčil je **organizační přístup**, koordinační mechanismus zajišťující kontinuum péče.

Mezi strategie, které používají jednotlivé členské země EU k zajištění lepší kontinuity služeb, a to jak mezi službami zdravotnickými a sociálními tak k zajištění lepší kontinuity jednotlivých služeb v komunitě, patří například následující strategie:

⁸² Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁸³ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁸⁴ Holmerová I: Důvodová zpráva pro MČ Praha 8 k založení Gerontologického centra jako příspěvkové organizace MČ Praha 8, Praha, únor 1992.

⁸⁵ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

V některých zemích (například Rakousko, Německo, Velká Británie) existuje role tzv. „discharge managera“, který zajišťuje další služby, které by měly následovat po propuštění pacienta do domácí péče. V českých podmínkách tuto roli po dlouhá léta zastávaly sociální pracovníce jednotlivých zdravotnických zařízení, které zajišťovaly propuštění pacienta. Bohužel je nutno konstatovat, že tato hodnota (tedy zajištění pacienta po propuštění) nemá v našem „tržním“ zdravotnictví adekvátní cenu, tato role není vyžadována ani hrazena zdravotními pojišťovnami, a tak došlo v posledních letech k vymizení sociálních pracovníků z mnoha nemocnic, a to ku škodě zejména starších pacientů a pacientů, kteří potřebují dlouhodobou péči⁸⁶.

Velká Británie reagovala na potřeby zajištění kontinuální péče, například vytvořením „rapid response teams“ (týmy rychlé reakce) a „intermediate care facilities“ (zařízení intermediární péče), která se zaměřují zejména na rehabilitaci a vytvoření pozitivního zázemí a zajištění služeb po propuštění ze zdravotnického zařízení s ohledem na potřeby klienta/pacienta, takže je přechod mezi nemocnicí a domácí péčí pro pacienta i jeho rodinu plynulejší a příjemnější.⁸⁷

Ve Francii byla zavedena centra (zvaná CLIC) umožňující dostupnost služeb, multidisciplinárního posouzení a poradenství. Tato centra zlepšila vzájemné porozumění mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb, zlepšila jejich komunikaci. Gerontologická koordinace: tento termín byl zaveden k tomu, aby se zdůraznila potřeba zajistit specifickou dlouhodobou péči a sociální služby pacientům seniorského věku. Cílem není „medicinalizovat“ dlouhodobou péči pro seniory, ale naopak poukázat na její multidimenzionalitu a potřebu integrované péče.

Nicméně konzultační materiál Švédského předsednictví EU⁸⁸ stejně tak jako naše vlastní zkušenost potvrzují, že klíčovým a nevíce problematickým momentem je dobrá koordinace služeb jednotlivých poskytovatelů. Dalším aspektem je vytvoření „společného jazyka“ a komunikace mezi těmito profesionály.

Je to však právě lepší koordinace zdravotnických a sociálních služeb poskytovaných jednotlivými profesionály, která je zárukou lepší a na klienta/pacienta více orientované a jeho potřebám přizpůsobené péče⁸⁹.

86

⁸⁷ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁸⁸ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁸⁹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Role obcí v poskytování dlouhodobé péče

Považujeme za velmi zajímavou skutečnost, že rolí obcí v poskytování služeb dlouhodobé péče se zabývá jen relativně málo zdrojů. Rozumí se totiž jaksí samo s sebou, že role obcí v poskytování dlouhodobé péče či komplexu služeb, kterému říkáme komunitní služby, je historicky dána a vcelku dobře zakotvena. Nakonec i jedním z pozitivních efektů reformy financování dlouhodobé péče v Německu (Pflegeversicherung) bylo „obtěžování“ obcí od neúnosné zátěže zajištění dlouhodobé péče⁹⁰. Švédská reforma zase přesunula na obce veškerou zodpovědnost za poskytování dlouhodobé péče i její financování (což bylo provázeno adekvátní alokací prostředků resp. daňového určení)⁹¹.

Tento fakt považujeme za hodný zvláštního zřetele, neboť se domníváme, že situace v České republice, kdy obce nemají ze zákona naprosto žádnou povinnost vůči svým nejkřehčím občanům

Multidisciplinární posouzení

Například v Austrálii bylo zavedeno hodnocení funkčního stavu multidisciplinárními týmy (Aged Care Assessment Teams – ACATs), v Lucembursku byl vytvořen nástroj na komplexní geriatrické posouzení stavu. Tyto týmy sehrávají roli určitých gatekeeperů – „hlídačů brány – vstupu“, omezují tedy neefektivní péči, ale na druhé straně zajišťují, aby byly veřejné zdroje určené na dlouhodobou péči poskytovány efektivně a jejich prostřednictvím se v Austrálii uskutečnil posun k intenzivnějšímu zajištění dlouhodobé péče v domácnosti. Nizozemí používá místní agentury, které na základě funkčního posouzení zprostředkovávají potřebné služby jak v domácnosti tak v instituci.

Český systém příspěvku na péči vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je založen na posouzení sociálním pracovníkem (který není edukován v problematice soběstačnosti), praktický lékař se vyjadřuje ke zdravotní problematice, a to zejména formou seznamu diagnóz dotyčného (někteří praktičtí lékaři však své nesoběstačné pacienty seniorského věku navštěvují jen zřídka, takže ani tato zpráva nemusí být aktuální).

Na základě těchto (neúplných a často ne zcela správných) podkladů rozhodne posudkový lékař o přidělení či nepřidělení příspěvku na péči v určité výši. Na jedné straně dochází k tomu, že příspěvek (zejména nižší) obdrží daleko více lidí, než jsou ti, kteří jej skutečně využijí na zajištění služeb. Na druhé straně se tímto rozdrobením nedostane na ty, kteří by potřebovali intenzivnější zajištění služeb. V posuzování se navíc často dělají chyby, které poškozují některé skupiny pacientů, zejména jde o pacienty s demencí.

Švédsko vytvořilo systém komunitní péče vycházející z komunitních týmů zahrnujících zdravotní sestru, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a sociálního pracovníka. Velká Británie a Japonsko zavedly institut „care managera“ jako komunitního pracovníka, který koordinuje poskytování služeb dle potřeb. Pod pojmem „community care“, komunitní péče, se ve Velké Británii uskutečnila zásadní reforma směřující k tomu, aby bylo nejvíce služeb dlouhodobé péče poskytováno na místní úrovni (namísto předchozího rozštěpení systému místních sociálních služeb a centrálně řízené sociální asistence). Prostřednictvím trustů (Care Trusts) je tato péče ještě dále na místní úrovni integrována i s poskytováním zdravotní péče. Existují také iniciativy, které se snaží propojit a lépe koordinovat služby dlouhodobé péče, aniž by došlo k reformě národního systému zdravotní a dlouhodobé péče. Jedná se například o Co-ordinated Care Trials ve dvanácti regionech, čtyři z nich se zaměřují na seniory s komplexními potřebami. V Kanadě se jedná o CHOICE program v Albertě a SIPA (Système de sions intégrés pour personnes âgées) v Montreálu. V USA je to program PACE Programme of All-Inclusive Care for the Elderly

⁹⁰ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁹¹ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

a o experimentální Social/Health Maintenance Organisations (S/HMOs). Výše uvedené a další iniciativy vycházejí z místních podmínek, ale sdílejí určité principy, které jsou společné a je proto důležité se o nich zmínit: jedná se o koordinaci služeb nebo case management, multidisciplinární posouzení (multi-disciplinary assessment), financování jak ze zdravotnických tak ze sociálních rozpočtů, buď přímý management služeb dlouhodobé péče nebo alespoň zplnomocnění k jejich zajištění prostřednictvím jiných poskytovatelů a konečně nikoli však v poslední řadě: „single entry“ jednotný jednoduchý a jednoznačný vstup pro uživatele služeb i jejich rodinné příslušníky. Výše uvedené faktory byly důležité pro úspěšnost jednotlivých programů, které prokázaly i lepší efektivnost vynaložení zdrojů, a to zejména z toho důvodu, že došlo k redukci pobytu na nemocničních lůžkách a jejich nahrazení komunitními službami či službami komunitních či ošetrovatelských zařízení. První architekti této transformace a transferu těžiště služeb dlouhodobé péče z nemocničního prostředí do služeb komunitních kalkulovali dokonce s ušetřením zdrojů (náhradou nemocničních lůžek levnějšími typy služeb), k tomu však zpravidla nedochází, protože komplexním a koordinovaným poskytováním služeb v komunitě a v domácím prostředí se zpravidla saturuje dosud neuspokojená potřeba služeb⁹².

Zpráva OECD⁹³ poukazuje na další dvě podmínky k dosažení úspěchu těchto strategií. Jsou jimi spolupráce s praktickými lékaři v průběhu procesu posouzení funkčního stavu (to se ukázalo jako důležité zejména v Austrálii a Kanadě) a dále již výše zmíněné „single point of entry“, tedy jedno místo, kam se pacient či jeho rodina mohou obrátit. Tento aspekt byl nejvíce oceňován zejména rodinami a pacienty samotnými.

Konzultační materiál Švédského předsednictví EU⁹⁴ považuje za další problém skutečnost, že komunitní služby přebírají pacienta do své péče bez adekvátního multidisciplinárního posouzení stavu a potřeb a bez vypracovaného individuálního plánu služeb.

A jako další závažný problém výše uvedený materiál⁹⁵ uvádí specifickou situaci lidí s demencí. Těmto lidem se mnohdy nedostává adekvátního posouzení jejich zdravotního stavu a potřeb a mnohdy jsou oproti somaticky nemocným lidem významně znevýhodněni i v poskytování služeb a podpory všeobecně.

⁹² Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁹³ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁹⁴ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁹⁵ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Intenzivnější péče v domácím prostředí

Dalším významným rysem organizačních změn je snaha o zajištění co nejintenzivnější péče v domácím prostředí, a to i lidem s výraznou dysaptibilitou, a to jednak prostřednictvím organizačních opatření, zajištění moderními technologiemi a podporou rodinných příslušníků.

Například Velká Británie a Švédsko redukovaly distribuci zajištění veřejné domácí pomoci, nicméně nikoli její celkový objem. Snaží se tak, aby se tyto služby směřovaly na pomoc nejvíce nesoběstačným lidem, tedy tam, kde jsou nejvíce efektivní⁹⁶.

Tato péče je chápána jako náhrada institucionalizace. Například v Austrálii se jedná o „Community Aged Care Packages“ jakožto komunitní alternativu zajištění péče o křehké staré lidi, jejichž nesoběstačnost a potřeba pomoci by za jiných okolností vyžadovaly pobyt v instituci. Rakousko, Německo, Japonsko a Lucembursko podporují prostřednictvím svých systémů pojištění či financování dlouhodobé péče také péči v domácnosti, včetně péče rodinných příslušníků. Zatímco v Rakousku se jedná o přímé platby, v Japonsku o zajištění služeb, v Německu a Lucembursku je možnost zvolit mezi platbou a poskytnutím služeb⁹⁷.

Významný je také stále se zvyšující přínos nových technologií, které umožňují domácí monitoring, dohled nad užíváním léku, zabezpečení pacienta systémy nouzového volání, dorozumívací systémy a podobně. Rychlý rozvoj moderních technologií je bezpochyby dalším přínosem pro zajištění dlouhodobé péče v domácím prostředí a tyto technologie se stávají součástí koordinovaných systémů dlouhodobé péče v domácím prostředí.

Kde by měla být dlouhodobá péče poskytována

Diskusní materiál v rámci Švédského předsednictví EU⁹⁸ uvádí, že v průměru většina péče lidem seniorského věku, tedy 65letým a starším je poskytována v domácím prostředí seniorů (jedná se o 7,6% péče), zatímco v průměru 3,3% seniorů je poskytována dlouhodobá péče v institucích různého typu (zpráva uvádí rozdílnost například v USA, kdy pouze 2,7% seniorské populace má zajištěnu péči v domácím prostředí, zatímco v průměru 4,3% jsou ošetřováni v institucích – nicméně zde je zapotřebí vzít v úvahu i určité kulturní rozdíly, celkovou insuficienci zdravotního systému zejména vzhledem k nejkřehčím jedincům a v neposlední řadě také v průměru významně mladší populaci než jaká žije v Evropě.)

Taktéž zpráva⁹⁹ uvádí, že v zemích EU je více než 6,5% lidí starších 65 let, jimž je poskytována péče v institucích. To je dle názoru autorů v rozporu nejen s přáním lidí, ale jedná se pravděpodobně i o určité východisko, jak by bylo možné zajistit ucelenější spektrum služeb s ohledem zejména na služby terénní.

Dlouhodobá péče je poskytována, jak jsme výše uvedli, u nás i v jiných zemích prostřednictvím různých terénních služeb i v institucích.

⁹⁶ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁹⁷ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

⁹⁸ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

⁹⁹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Jaký je našimi seniory preferovaný způsob zajištění péče v případě nepříznivého zdravotního stavu: vlastní byt za pomoci rodiny či sociální služby 55,2%, penzión pro důchodce 12,7%, dům s pečovatelskou službou 13,4%, domov důchodců 5,8%, neví, neuvažoval o tom 12,9%

V kontrastu s preferencemi vyjádřenými slovně je reálné chování seniorů: listiny čekatelů na ústavní péči jsou velmi obsáhlé. Dále byly dotazovány děti seniorů zařazených do výše uvedeného výzkumu¹⁰⁰ Ačkoli převaha respondentů považuje pomoc dětí starým rodičům za povinnost a pomoc mezi členy rodiny za samozřejmou, je zřejmé, že existují okolnosti, které rozhodnou, zda rodina péči nesoběstačnému rodiči poskytne. Zcela jednoznačně převažuje mínění, že i nesoběstačnému seniorovi je lépe v domácím prostředí než v ústavním zařízení. Jen malý podíl respondentů (7%) však jednoznačně připouští, že největší díl péče o staré nesoběstačné rodiče by měla nést rodina.

Dotazníkové šetření vzorku české populace ve věku 20–60 let¹⁰¹ se zabývalo eventuální nutností pečovat o nesoběstačné rodiče. Přibližně 80% dětí by v případě vzniklé nesoběstačnosti rodičů volilo možnost poskytnout jim potřebnou péči v domácím prostředí. V domácnosti za eventuální pomoci ostatních sourozenců by péči chtěla poskytovat více než polovina dětí (57% dcer, 42 % synů), 27% dětí by zabezpečily péči v domácím prostředí prostřednictvím pečovatelské služby či instituce poskytující pomoc poskytující.

Umístění do zařízení s možností poskytnutí celodenní péče by v případě zhoršeného zdravotního stavu volilo v případě matek 14% respondentů, v případě otců 18% respondentů. Jako nejpříjemnější se jeví umístění rodičů v domě s pečovatelskou službou a jako nejméně přijatelné umístění v domově důchodců. Mezi faktory, které limitují možnost poskytovat péči, patří omezení možnosti zaměstnání (34%), nezvládnutí potřebné odborné péče (33%), časová náročnost poskytované péče (20%), potřeba přestěhovat rodiče do vlastního bytu (16%) a v 15 % se jedná o obavy z nezvládnutí psychické zátěže v souvislosti s péčí, nezvládnutí fyzické zátěže a zanedbávání vlastní rodiny.

Výše uvedené údaje potvrzují skutečnost, která je víceméně všeobecně známa: že senioři (i jejich potenciálně pečující rodinní příslušníci) zcela zřejmě preferují péči v domácím prostředí před institucionalizací i v případě potřeby péče a závislosti.

Konzultační materiál Švédského předsednictví¹⁰² upozorňuje, že ústavy poskytující ošetrovatelskou péči a péči dlouhodobou se v mnoha evropských zemích, zejména severní a západní Evropy, staly předmětem mediálních afér zabývajících se nedostatečnou kvalitou péče a jejich institucionalismus budí pozornost široké veřejnosti. Proto odborníci, kteří tento materiál připravovali, velmi důrazně radí, aby se součástí spektra služeb stala (místo velkých institucí) relativně malá zařízení, jednotky, které budou otevřené sousední komunitě, které se budou moci přizpůsobit potřebám seniorů žijících v nich i v jejich okolí. Takovýmto způsobem by měly být transformovány i instituce, které již existují a místo „ústavního“ řešení by měly svému okolí nabízet a společně s ním vytvářet určité spektrum služeb, otevřít se do okolní komunity. Materiál upozorňuje na tu skutečnost, že země, kde dosud není ústavnictví tak rozvinuté (například Středomoří, některé země východní Evropy) mají unikátní možnost poučit se z chyb, kterých se dopustily země západní Evropy – a místo institucí zaměřených na svůj vlastní výkon a jsou do značné míry medicinalizované, vytvářet menší jednotky, které budou odpovídat potřebám lidí žijících v nich i v jejich okolí. Autoři této studie se však na tomto místě ptají, zda budou vlády členských zemí ochotny a schopny se z této lekce poučit a vytvářet služby a zařízení dle potřeb lidí v daných komunitách.

¹⁰⁰ Veselá J. Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2002.

¹⁰¹ Veselá J. Sociální služby a jejich poptávka, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2001.

¹⁰² Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

„Svoboda pohybu a pobytu je zaručena.“ dle článku 14. odstavec 1 Listiny základních práv a svobod¹⁰³ odstavec 3 téhož článku tuto svobodu poněkud omezuje „Tyto svobody mohou být omezeny zákonem, jestliže je to nevyhnutelné pro bezpečnost státu, udržení veřejného pořádku, ochranu zdraví nebo ochranu práv a svobod druhých....“ Lidé, kteří potřebují dlouhodobou péči a patří mezi nejkřehčí a nejzranitelnější, zejména pak tito lidé v seniorském věku. Proto jsou často stěhováni za poskytováním dlouhodobé péče, nejen do instituce, ale často do instituce, která je velmi vzdálena od místa původního bydliště, daleko ze své obce.

„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné“ (článek 1 Listiny základních práv a svobod). Zatímco u nás se v praxi tato problematika dosud neřeší (neboť si na současnou neuspokojivou situaci zpravidla nikdo nestěžuje), v zahraničí již existují výroky soudů. Například v roce 1999 vydal Nejvyšší Soud (USA) rozhodnutí, že je žádoucí poskytovat služby v domácím prostředí a umožnit, aby lidé setrvali co nejdéle v původní komunitě, vyjádřil tedy preferenci komunitní péči proti institucionalizaci.¹⁰⁴

Nová strukturalizace bydlení seniorů a rezidenční péče

Například Nizozemí a severské státy zavedly novou formu bydlení pro seniory „service housing“ tak, aby lidé zde žijící mohli lépe využívat existujících služeb a zdrojů v komunitě¹⁰⁵. Dlužno podotknout, že výše uvedenému systému „service housing“ je velmi podobný v České republice již dlouhodobě známý systém domů s pečovatelskou službou. Tento systém je vhodně koncipován, nicméně mnohde není vhodně realizován, takže například nedostupnost služeb nebo jejich velmi omezená dostupnost vedou seniory či zdravotně postižené lidi k rozhodnutí volit jinou formu rezidenční péče, například domov pro seniory, kde jsou lépe zajištěné a dostupné služby. Domníváme se, že institut „chráněného bydlení se službami“ v domech s pečovatelskou službou je třeba podporovat jakožto v našich podmínkách uskutečnitelnou formu bydlení seniorů a zajištění služeb. „Domy s pečovatelskou službou“ (ale nejen touto službou, ale celým spektrem služeb zdravotně sociálního charakteru) by měly být nejdostupnějším a nejvíce využívaným řešením pro seniory vyžadující dlouhodobou péči. Mezi nesporné výhody tohoto řešení patří skutečnost, že většina dosud existujících i nadále stavených zařízení tohoto typu je součástí komunity a lidé zde tedy žijí, aniž by byli z této komunity vytrženi. To je podstatný rozdíl například ve srovnání s domovy pro seniory.

Nicméně v této situaci je třeba upozornit na skutečnost, že „domy s pečovatelskou službou“, přes veškeré výše uvedené výhody, nejsou zařazeny do systému sociálních služeb, neboť se jedná o samostatné bydlení seniorů a o dekretované byty. Tato zařízení se v souvislosti se zákonem o sociálních službách mnohdy zaregistrovala jako „domovy pro seniory“, nicméně spektrum jejich služeb je mnohdy zcela nedostačující^{106, 107}.

Domníváme se, že samostatné chráněné bydlení se službami pro seniory (i další občany), kteří mají omezenou soběstačnost je řešením vhodným. Toto samostatné bydlení nesmí být znevýhodňováno vůči často odlehklým a velkokapacitním institucím (například diskriminací v dostupnosti dotací na sociální služby, jak je tomu dosud).

¹⁰³ Zákon č. 2/1993, Sb. – Listina základních práv a svobod ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

¹⁰⁴ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹⁰⁵ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

¹⁰⁶ Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹⁰⁷ Vyhláška 505/2006 Sb.

Přes tuto skutečnost je třeba připustit, že institucionální péče je stále součástí spektra služeb dlouhodobé péče u nás i v jiných evropských zemích.¹⁰⁸ Je však zapotřebí zdůraznit, že instituce typu „domov pro seniory“ či dle dřívější legislativy „domov důchodců“ jsou institucemi, které v současném moderním systému dlouhodobé péče nemají prakticky své místo, protože zdraví a soběstační senioři by měli setrvávat ve svém domácím prostředí či bydlet v uzpůsobených malometrážních bytech ve svých komunitách. Lidé s určitou nesoběstačností by měli i nadále bydlet ve svých obcích ve výše uvedených bytech, nebo pokud je to nutné v bydlení se službami. Instituce typu domovů důchodců, které byly stavěny počínaje 60. lety nejen u nás ale také v jiných evropských zemích se v těchto zemích již transformovaly a u nás je zapotřebí je transformovat s ohledem na potřeby zajištění dlouhodobé péče pro určité skupiny pacientů, pro které není tato péče v dostatečném měřítku dosud zajištěna.

Dá se předpokládat, že některá z těchto zařízení budou nadále poskytovat bydlení se službami a z některých vzniknou zařízení typu ošetrovatelských zařízení či ústavů.¹⁰⁹ Tomu nasvědčuje současný trend u nás i v zahraničí, kdy se zvyšuje průměrný věk klientů těchto institucí, je zřejmé, že jejich stav je horší než byl stav jejich předchůdců a také jejich průměrná doba setrvání v těchto institucích je kratší.

¹⁰⁸ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

¹⁰⁹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Možnosti volby

Kromě výše uvedené možnosti (či nemožnosti) místo poskytování či spotřeby služeb dlouhodobé péče existuje ještě mnoho dalších možností, aby dlouhodobá péče odpovídala preferencím a volbách osob, které ji potřebují. V této souvislosti se v USA začalo hovořit o „Consumer-directed care long-term care“, která je definována jako filosofie a orientace k takovému poskytování služeb v domácnosti a komunitě, přičemž se informovaný spotřebitel může rozhodnout o tom, jaké služby bude čerpat¹¹⁰.

Možnost volby nepochybně zvýšilo zavedení různých příspěvků určených na zakoupení služeb dlouhodobé péče.¹¹¹

V našich podmínkách je toto rozhodování do značné míry problematizováno situací nedostatku terénních zejména sociálních služeb a také dosud nedostatečným sebevědomím našich seniorů, kteří se stále nedokáží projevovat jako „spotřebitelé“ služeb, ale často se ocitají v roli pasivních příjemců a trpitelů nedostatečné kvality služeb, což je opakovaně empiricky prokazováno.

V Lucembursku a Německu mají lidé, kteří potřebují dlouhodobou péči, možnost volby mezi dvěma alternativami – jednak mohou čerpat přímo služby, jednak příspěvek na péči (či kombinaci obojího). Nicméně příspěvek vyplácený v hotovosti je nižší než příspěvek určený přímo na zajištění služeb. Adekvátnost příspěvku a zajištění služeb je v Německu revidována vždy po třech nebo po šesti měsících. Pokud se ukáže, že služby nejsou zajištěny dostatečným způsobem ze strany neformálních pečujících, je zajištěna péče prostřednictvím profesionálních služeb. Příspěvek na péči ji v Rakousku a Německu vyplácen 20,5% a 5,7% lidí nad 65 let¹¹².

Přestože dále ukážeme, že u nás je možnost volby (i její schopnost) relativně omezena, zpráva OECD jednoznačně možnost volby podporuje. Situace a postavení klientů/pacientů dlouhodobé péče se bude pravděpodobně i v České republice velmi rychle měnit v souvislosti s budoucí generací seniorů baby-boomers, kteří budou již pravděpodobně daleko lépe schopni artikulovat své požadavky.

Jaká jsou pozitiva volby dle OECD

- podpora starších lidí tím, že je jim umožněna volba služeb, které nejlépe odpovídají jejich potřebám a preferencím
- udržení nezávislého života co nejdéle a oddálení institucionalizace
- vytvoření diversifikovaného sektoru profesionální péče a vytvoření nových pracovních míst v tomto sektoru
- odměna a podpora rodinných pečujících
- pro neformální pečující je dána možnost jak skloubit svou práci a rodinný život¹¹³

Nicméně i přes výše uvedený výčet pozitiv upozorňuje i OECD na možná negativa této volby a na potřebu ochrany zejména křehkých pacientů vyššího věku v případě, že si najmou nezodpovědného či nedbalého asistenta či jiné nekvalitní služby. Tato zodpovědnost monitorování situace zejména zranitelných starých lidí zůstává nezpochybnitelnou povinností veřejné správy¹¹⁴.

¹¹⁰ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹¹¹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

¹¹² Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹¹³ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹¹⁴ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Studentka, která prováděla kvalitativní šetření týkající se kvality péče na oddělení následné péče jedné menší venkovské nemocnice v ČR, reflektuje tuto situaci následovně (začátek citace): *Populace seniorů, která se podílela na tomto výzkumu, sama sebe nevnímá nijak pozitivně. Nechtějí být na obtíž a nechtějí požadovat, na co mají nárok, tedy kvalitní a profesionální péči. Jak uvádí oni sami, s tím, že se dožijí, tak vysokého věku nikdo z nich nepočítal. Nepočítají tedy ani s další péčí. Nechtějí se dožadovat svých práv, nejen že je totiž neznají, ale bohužel sami nevěří, že stále nějaká mají. „...no léky dostanu, to je taky léčení tak co můžu chtít, no... zdraví mi snad trochu dají a co by člověk mohl chtít v těchto letech, co sem mohla dělat, to už dělat nikdy nemůžu a já můžu děkovat tomu, že to můžu takhle dožít no, maminka se dožila osmdesáti let, no já mám jednaosmdesát, tak co už můžu chtít, no když dožiju, dožiju, když ne, no tak to je jedno, musí to člověk brát jak to přijde“* konec citace.¹¹⁵

Poskytování dlouhodobé péče

Touto otázkou se zabývá relativně málo pramenů, jsme však přesvědčeni, že se jedná o záležitost naprosto klíčovou.

Spektrum profesionálů pečujících profesí

Některé prameny věnují také pozornost tzv. “informal markets of care” tedy pečujícím poskytujícím služby bez potřebného vymezení, v některých zemích se jedná zejména o imigranty. Některé prameny uvádějí, že v některých zemích (zejména Západní Evropy) jsou méně kvalifikované služby poskytovány tímto způsobem až z 90%.¹¹⁶

V České republice dosud není, alespoň podle našich zkušeností, tento způsob zatím příliš obvyklý, nicméně lze očekávat, že po uplatnění imigrantů v pomocných stavebních pracích a v obchodování nastane i tato aktivita. Možná jejímu rozvoji dosud zabránila ekonomická krize, nicméně tento vývoj lze v budoucnosti také očekávat.

¹¹⁵ odstavec převzat z diplomové práce: Princová Iva: Poskytování postakutní péče v Nemocnici P. a její kvalita, Praha, UK FHS, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, vedoucí práce: I. Holmerová. 2009

¹¹⁶ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Rodinní pečující a péče v domácím prostředí versus péče v instituci

Péče poskytovaná rodinnými příslušníky a dalšími neformálními pečujícími představuje stále většinu péče poskytované seniorům, a to i přesto, že se způsob pečování, skladba pečujících a jejich profil v jednotlivých evropských zemích poněkud liší, stejně tak, jak se velmi liší způsoby podpory rodinných pečujících, ať se již jedná o finanční podporu, služby a podobně.

Péče poskytovaná rodinnými pečujícími má mnoho rozličných aspektů, v první řadě a zejména v některých zemích se jedná o vyplnění mezery a o nouzové řešení situace tam, kde není zajištěn dostatek služeb dlouhodobé péče. Dále se jedná o způsob, který je lidmi široce upřednostňován.¹¹⁷ Ono spoléhání se na rodinnou péči je však faktorem, před kterým je do značné míry třeba varovat, a to zejména proto, že neformální péče není z celospolečenského pohledu zdaleka zadarmo, naopak její náklady jsou vysoké, velmi vysoké, někdy neúnosně vysoké, pokud započítáme hodiny spotřebované péčí, zhoršenou kvalitu života a zdraví pečujících, ztížení pracovního a společenského uplatnění, a to často v dlouhodobém horizontu a podobně. Tuto skutečnost již začínají potvrzovat některé výzkumy, které byť vyčíslují pouze některé z výše uvedených nákladů, docházejí k závěru, že **společnosti vynakládají na řešení některých problémů daleko větší prostředky prostřednictvím neformální péče než prostřednictvím péče formální**. Velmi dobře to bylo ukázáno například na případě Alzheimerovy choroby a jiných demencí. Za zvláštní pozornost stojí i fakt, že rodinnými pečujícími jsou nejčastěji starší ženy.¹¹⁸ Tuto skutečnost potvrzují i výsledky naší studie rodinných pečujících o seniory, kdy jsme zjistili, že “typickým” pečujícím o seniora je žena věku 56 let.¹¹⁹

¹¹⁷ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

¹¹⁸ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

¹¹⁹ Karmelitová P, Kaštovský T et al: problematika rodinných pečujících v MČ Praha 8 a Praha 7, výzkum pro Úřad MČ Praha 8. 2005.

Úloha rodinných pečujících a jejich podpora

Zpráva OECD¹²⁰ zdůrazňuje, že rodinní pečující nemohou být považováni jen za samozřejmý zdroj péče, ale i oni vyžadují podporu, a to různými způsoby uvádí několik úspěšných forem podpory rodinných pečujících jedná se zejména o

- národní strategie, definování potřeb pečujících, podpůrné služby (Austrálie, Velká Británie, USA)
- právo na posouzení potřeb pečujících (vedle posouzení potřeb pečovaných) – například ve Velké Británii
- respite péče a služby, nárok na dovolenou v péči (dle místních podmínek)
- služby zaměřené na rodinné pečující (konzultace, edukace, psychologická podpora, supervize, svépomocné skupiny....)
- započtení doby pečování do penzijního systému (Německo, Velká Británie)
- Finanční kompenzace za ušlou mzdu v době poskytování péče (Austrálie, Kanada, Irsko, Švédsko, Velká Británie)¹²¹

Ve všech rozvinutých zemích je zřejmá tendence, aby starší lidé setrvali co nejdéle ve svém domácím a rodinném prostředí. Odpovídá to jejich přáním a tento systém jejich přání a potřeby nejvíce respektuje. Tato strategie se nazývá „ageing in place“ a byla formulována v rámci OECD již v 90. letech. Zpráva OECD z roku 2005¹²² dokonce popisuje redukci institucionalizace u seniorů po zavedení některých opatření rozvíjejících intenzivní domácí péči (Rakousko, Austrálie, Norsko), naopak Německo a Lucembursko však vykazují zvýšení počtu míst v ošetrovatelských zařízeních, a to zjevně jako důsledek zavedení pojištění dlouhodobé péče. Výše uvedené a další případy tedy ukazují, že důsledkem stárnutí populace nemusí být nutně zvýšení počtu kapacit v institucích. Všeobecně je tento ukazatel spíše stabilní a je závislý spíše na postojích společnosti a zavedeném systému zajištění služeb, respektive jeho změně. Jaké jsou důvody tohoto trendu relativně nižší potřeby ošetrovatelských zařízení a delšího setrvání doma. Nejdůležitějším faktorem je zřejmě lepší zdraví a nezávislost starších lidí. Zpráva OECD¹²³ uvádí data prokazující skutečnost, že s přibývajícím délkou života přibývá také doba žitá v dobré kvalitě, zdraví a soběstačnosti. Potřeba dlouhodobé péče se tedy v průměru posunuje do vyššího věku. Starší lidé jsou také lépe hmotně zabezpečeni než předchozí generace a žijí v lepších bytových podmínkách, takže i péči je možné lépe poskytovat v místě, kde starší lidé žijí. Postupně se rozvíjejí i služby směřující k podpoře nezávislého života prostřednictvím úprav bydlení, technologií a podobně (gerotechnologie). Zpráva OECD¹²⁴ také uvádí skutečnost, která se může jevit poněkud paradoxně – oproti původním předpokladům redukce neformálních pečujících v důsledku změn moderních společností péče v rodinách stále přetrvává v dostatečné míře a je zajišťována v narůstající míře lidmi mladšího seniorského věku.

Kvalita dlouhodobé péče

Kvalita dlouhodobé péče je obecně a často diskutovaným tématem, a to prakticky v celém světě. Pozornost odborné i laické veřejnosti se zaměřuje zpravidla na otázky kvality péče v institucích. Mnohé prameny ukazují, že v různých zemích je právě v této oblasti kvalita péče velmi různá. Vzácnější jsou studie zabývající se kvalitou terénních služeb. Zde sice zpravidla nejsou přítomny fenomény plynoucí ze samotného faktu a fungování instituce, nicméně mohou vznikat pochybení a zanedbání zejména v souvislosti s poskytováním péče za „nejnižší náklady“ tedy prostřednictvím nejméně kvalifikovaného či nekvalifikovaného personálu¹²⁵.

¹²⁰ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹²¹ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹²² Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹²³ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹²⁴ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹²⁵ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Někteří autoři¹²⁶ však upozorňují na skutečnost, že se do značné míry liší obecný názor na kvalitu zejména zařízení dlouhodobé péče od vlastních zkušeností, které zpravidla nebývají až tak špatné. Podle těchto autorů se jedná o „**problém špatné pověsti**“, protože zařízení dlouhodobé péče jsou veřejností převážně vnímána jako segregované, neradostné a nepříjemné instituce, které jsou zpravidla uzavřené a zpravidla se starají jen o základní potřeby. Autoři konstatují, že tato skutečnost je sice u některých zařízení pravdivá, ale nelze ji paušalizovat. S tímto názorem je možné se ztotožnit i v našich podmínkách.

Na evropské půdě existuje také diskuse o zavedení určitých závazných doporučení či standardů kvality, v tomto ohledu se velmi liší jak názory odborné veřejnosti, politiků i jednotlivých členských zemí. Nicméně považujeme za potřebné, aby se začala vytvářet doporučení týkající se kvality služeb v oblasti dlouhodobé péče v České republice. Tyto podklady by neměly být jen obecnými doporučeními, jak vytvořit vnitřní předpisy, ale měly by jednoznačně definovat určité oblasti, které je zapotřebí přesně definovat, jedná se tedy o **ustanovení standardů, které by definovaly určitou minimální a optimální kvalitu služeb dlouhodobé péče**, a to jak v oblasti struktury, tak procesů i výsledků.

Vzhledem k tomu, že „standardizace“ není možné prosazovat jako jediný nástroj k dosažení kvality, je zapotřebí zejména **edukace, vytvoření programů vstupního i celoživotního vzdělávání** pro pracovníky všech profesí v dlouhodobé péči.

Jaké jsou dimenze a aspekty kvality dlouhodobé péče:

Zpráva OECD¹²⁷ uvádí tyto příklady

Ukazatele struktury:

- kvalita a bezpečnost budov, požární bezpečnost, sanita
- příjemné prostředí
- velikost pokojů
- počet a kvalifikace personálu

Ukazatele procesů:

- způsoby ochrany práv klientů/pacientů
- fungující mechanismy přijetí, překlady, propuštění
- postupy posuzování potřeb a plánování péče
- dostupnost služeb potřebných k dosažení optimálního funkčního stavu
- nepřetržitá dostupnost kvalifikovaného personálu
- kvalitní strava
- dostupnost dalších služeb (rehabilitace, farmaceutická péče, hygienický dohled.)
- adekvátní dokumentace o péči a klinické záznamy
- orgán, který dohlíží v zařízení nad kvalitou péče

Ukazatele výstupů:

- prevalence proleženin, incidence nových proleženin
- prevalence malnutrice, dehydratace, adekvátnost používání enterální výživy (sondy)
- udržování soběstačnosti v ADL a IADL

¹²⁶ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

¹²⁷ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

- management bolesti
- omezovací prostředky (farmakologické, mechanické, fyzické)
- prevalence infekcí
- prevalence používání antipsychotik
- prevalence sond
- prevalence permanentních cévek
- počet pádů a poranění, způsob prevence pádů
- prevalence inkontinence stolice
- management kontinence moči
- sociální interakce a ochrana soukromí¹²⁸.

Některé země zavedly národní standardy péče (Austrálie, Německo, Irsko, Japonsko, Nový Zéland, Velká Británie a USA). V některých zemích (Rakousko, Kanada, skandinávské země) jsou standardy monitorovány regionálními či místními správami.

V Rakousku je například monitorování kvality (a stanovení standardů) delegováno na zemské správy, obdobně je tomu v Kanadě (provincie a oblasti) což vede k rozdílům v kvalitě služeb v jednotlivých regionech. Mezi příklady legislativně zakotvených standardů kvality patří například „Care Standards Act“ zákon o standardech péče z roku 2000, Velká Británie, který se stal východiskem k inspekcím prosazujícím národní minimální standardy, a zejména Nursing Home Reform Act, zákon o reformě ošetrovatelských ústavů (domovů) z roku 1987, USA. Dále například Australian Aged Care Act (zákon o péči o staré občany) z roku 1997 zakotvuje povinnost akreditačního vyhodnocení domovů poskytujících péče, a to s ohledem na strukturu a procesy¹²⁹.

Je samozřejmé, že pouze dodržování „standardů“ neznamená samo o sobě kvalitu péče, v tomto ohledu máme zkušenosti i z České republiky (zejména z inspekcí kvality v sociálních službách). Nicméně většina výše uvedených legislativních opatření měla určitý pozitivní efekt. Velký význam má také dohled veřejnosti a zveřejňování informací o některých vybraných parametrech.

Respektování důstojnosti v péči

Důstojnost patří mezi základní práva člověka, která jsou u nás mimo jiné garantována Listinou základních práv a svobod¹³⁰ a dalšími dokumenty, stejně tak jako dalšími mezinárodními dokumenty a smlouvami.¹³¹ Je všeobecně známo, že právě poskytování dlouhodobé péče je situací, která je s ohledem na podporu důstojnosti člověka velmi citlivá. Nicméně problém důstojnosti člověka v péči je třeba nazírat jako klíčový a je třeba se jím systematicky zabývat a poskytovat služby tak, aby lidskou důstojnost podporovaly.^{132,133}

¹²⁸ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹²⁹ Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

¹³⁰ Zákon č. 2/1993, Sb. – Listina základních práv a svobod ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb

¹³¹ Holmerová I, Jurašková B, Kalvach Z, Rohanová E, Rokosová M, Vaňková H: *Dignity and palliative care in dementia*, The Journal of Nutrition, Health and Aging, 2007, Vol 11

¹³² Zákon č. 2/1993, Sb. – Listina základních práv a svobod ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb

¹³³ Holmerová I, Jurašková B, Kalvach Z, Rohanová E, Rokosová M, Vaňková H: *Dignity and palliative care in dementia*, The Journal of Nutrition, Health and Aging, 2007, Vol 11

Kvalita péče v ČR – špatná kvalita zadarmo či pseudozadarmo či za nízkou cenu

V posledních letech se stala nedostatečná kvalita péče na odděleních typu LDN, následné péče a podobně relativně častým tématem médií. Velká mediální kampaň proběhla spontánně v létě 2008, kdy novinář v roli sanitáře sdělil veřejnosti své zkušenosti s péčí v nemocnici následné péče v sérii článků v MF Dnes. Mediální prezentace nedostatečné kvality následné péče, a to zejména v institucích, které ji zajišťují, je bezpochyby jednou z cest, jak tuto problematiku dostat na pořad jednání a dosáhnout jejího zlepšení. Nicméně je to cesta, která má mnoho velmi závažných nežádoucích efektů – patří sem zvýšení psychického tlaku na všechny pracovníky v této oblasti, tedy i na ty, kteří pracují v zařízeních poskytujících kvalitní péči. Mnozí z nich pak mají potřebu tuto skutečnost sdělovat, obhajovat sebe i svá zařízení a podobně.

- na periferii zájmu

Bohužel skutečností zůstává, že zařízení dlouhodobé péče jsou v rámci zdravotnictví na samém okraji zájmu, často se nacházejí v objektech, které stavebně nevyhovují, často nemají dostatek pracovníků ani prostředků na adekvátní léčbu, rehabilitaci a ošetřování a nejsou ani dostatečně vybaveny potřebnými pomůckami usnadňujícími práci se seniory a handicapovanými.

- nedostatečně vzdělaný a podporovaný personál

Dále cituji z empirického šetření provedeného v roce 2009¹³⁴

....celoživotní vzdělávání má u zaměstnanců vysokou míru důležitosti, avšak ze strany vedení celé organizace není podporováno, respektive je povinné v rámci udržení kvalifikace především u zdravotních sester, ale školení si zaměstnanci musí zajišťovat spíše sami „vzdělávání, to si myslím, že je věc každého, ale každopádně nikdo nikoho nezrazuje, naopak kdo může se vzdělává“, „pořádá nějaké semináře, ale každý se vzdělává sám, musí“, „já vím, že pro sestry sou nějaký semináře, pro nás sanitáře zatím nevím, nic mi nepřišlo, ta možnost tam asi je..“, „žádným, absolutně žádným....ale přála bych si to, protože to by nás motivovalo jít dopředu, třeba já sem dělala dva roky zdravotku a pak sem to kvůli rodinné situaci musela ukončit, ale musela sem si brát svoje volno, dovolenou sem nedostala, jo prostě kdyby mi nevyšla vrchní vstříc tak organizace vůbec nic“

- nerespektování důstojnosti

Velké rezervy vidí například pacientka v oblasti zachování intimity během provádění hygieny. „no každý úterý nás sprchujou a mejou nám hlavu no a ve čtvrtek, tak to je dobrý...“ „nás tam navezou a pak nás jednu po druhý berou a mejou nás, asi se to tady nedá jinak, prostě no ženská jako ženská tam sedíme všechny v křesle tak nás umejou, utrou, daj nám čistý košile, to dávaj denně, tak tam sedíme jako dámy..“ ...“ „...že by to mohlo bejt lepší, ale zase na druhou stranu musíme brát v ohled možnosti, že“¹³⁵

¹³⁴ převzato z diplomové práce: Princová Iva: Poskytování postakutní péče v Nemocnici P. a její kvalita, Praha, UK FHS, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, vedoucí práce: I.Holmerová. 2009

¹³⁵ odstavec převzat z diplomové práce: Princová Iva: Poskytování postakutní péče v Nemocnici P. a její kvalita, Praha, UK FHS, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, vedoucí práce: I.Holmerová. 2009

- formalizace výkonů (náhrada administrativou)

Komunikace personálu s pacienty se projevila jako oblast, kterou zaměstnanci chtějí považovat za prvořadou, ale její míra naplnění se neslučuje s množstvím papírování, které je od povídání odvádí „papírování což je zase odvádí od těch pacientů..“, „mě se to osobně vůbec nelíbí, prostě každé prd se zapisuje a čas na ty lidi prostě není“, „byste potřebovala mít pracovní dobu o tři čtyři hodiny dýl aby jste měla čas i na ty lidi“.

- „odložení pacienti“

Z pohledu návaznosti následné péče na péči v rodině je vhodné upozornit také na častý nezájem rodiny o svého rodinného příslušníka. V některých případech slouží pouze jako zdroj finančního příjmu. Tohoto smutného faktu si všimají především zaměstnanci. Ti se shodují, že často lze rodinu vidět pouze ve dnech, kdy přichází důchod. Se stoupající informovaností veřejnosti o dostupnosti zdravotní péče stoupá také jejich náročnost ve smyslu poskytování kvalitnějších služeb. S jejich náročností ale rozhodně nestoupá jejich odpovědnost za své rodinné příslušníky (pacienty). Podle zaměstnanců je to právě naopak a během let se stávají mnohem agresivnější a hrubější.

- pokřivení systému – péče zadarmo či „pseudozadarmo“

Z pohledu zaměstnance je ovšem pacient čím dál náročnější a zároveň nespokojený „zhoršilo se to téma poplatkama, protože to teda bylo hodně z nich cítí já si to platím, tak ty poslouchej a diktovali i lékařům a takhle to teda bylo hodně pocítit a kolikrát byli dost nepříjemní nevím, no, jsou takový náročnější během těch deseti let, ti pacienti ačkoliv mají víc péče, jo a daleko lepší prostředí, podmínky, možnosti, prostě všechno daleko lepší než před deseti lety tak sou ty lidi daleko víc nespokojený“ a také vyžadují věci, které ne vždy patří do standardního vybavení oddělení „nemusi sebou mít mýdlo, šampón, ručník nic prostě ... a dívej se i příbuzný, jakto že tu nemáme kartáčky na zuby jo, takhle to mě napadl například“.

(konec citace výše uvedené diplomové práce)

Cílem výše uvedené diplomové práce bylo zjištění indikátorů kvality péče o pacienty na oddělení následné péče. Kromě toho se však (dokumentujeme výše uvedenými citacemi) podařilo vytipovat i některé prameny nedostatečné kvality.

Nicméně otázka kvality dlouhodobé péče není jen problémem České republiky, ale mnoha dalších evropských zemí. Ve většině z nich proběhly v posledních letech mediální aféry a skandály upozorňující na nedostatečnou kvalitu služeb dlouhodobé péče. V České republice proběhla významná mediální aféra v létě roku 2008¹³⁶

¹³⁶ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Recentní vývoj dlouhodobé péče v České republice

V České republice došlo ke změně v poskytování sociálních služeb v souvislosti s novou legislativou platnou od roku 2007.¹³⁷ Pacienti zejména seniorského věku zpravidla neznají účel příspěvku na péči, nebyli obeznámeni ani profesionály ani prostřednictvím veřejné informační kampaně, že se jedná o prostředky, které jsou určeny na zajištění služeb kompenzujících jejich nesoběstačnost, přičemž tyto služby mohou být zajištěny jak nákupem služeb od poskytovatelů sociálních služeb tak prostřednictvím blízkých osob, které o nesoběstačné seniory pečují v rámci rodiny, společné domácnosti a podobně. Prostředky příspěvku na péči proto někteří senioři považují za prosté navýšení svého důchodu „z důvodu věku“ a služby za ně nenakupují. Tato situace vede ke skutečnosti, že je příspěvek na péči distribuován plošně a jsou čerpány prostředky ve významně vyšší míře, než tvůrce této legislativy předpokládal. Za tyto prostředky nejsou nakupovány služby, takže se nenaplnuje další z předpokladů tvůrce tohoto zákona – rozvoj sociálních služeb prostřednictvím nákupu služeb z příspěvků na péči.

Velkým problémem je zajištění služeb ve zdravotnických zařízeních, neboť není dán mechanismus (kromě složitého a v podstatě nevratného systému „dalšího pobytu na lůžku zdravotnického zařízení ze sociálních důvodů“), jak by mohlo zdravotnické zařízení příspěvek na péči čerpat v případě, kdy (přechodně) péči příjemci zajišťuje.

V České republice tedy došlo k procesu, který je opačný například než výše uvedená „intenzifikace“ domácí péče ve Švédsku a Velké Británii – k plošnému rozptýlení zdrojů určených na péči.

Domníváme se však, že je zapotřebí se v této zprávě zabývat jednotlivými problémy a východisky dlouhodobé péče podrobněji.

¹³⁷ Zákon č 108/2006 Sb., o sociálních službách

Východiska dlouhodobé péče v České republice

Loňskou aféru ohledně léčení dlouhodobě nemocných jsme vnímali jako velmi nešťastnou a zraňující zejména ty, kteří v této oblasti dlouhodobě a s nasazením pracují. Zároveň jsme si však uvědomili, o jaký rozsáhlý problém se jedná. Obory geriatrie a ošetrovatelství (respektive jejich zástupci) byli jedinými, kdo byl tehdy ochoten se k této problematice vyjádřit a tento problém přijmout. Tento problém je však zdaleka přesahuje a týká se zejména dlouhodobě neřešené problematiky dlouhodobé péče, která není jen geriatrickou či jen ošetrovatelskou záležitostí. Tehdy jsme si zejména uvědomili, jak škodlivé je zaměňování geriatrické problematiky za problematiku dlouhodobé péče, jak velmi potřebujeme prosadit skutečně moderní koncepci geriatrie. Na druhé straně však je zapotřebí řešit i problematiku dlouhodobé péče.

Možná není nezajímavé zmínit na tomto místě, jak charakterizoval hlavní problémy oboru geriatrie již v roce 2001 tehdejší předseda České gerontologické a geriatrické společnosti prim. MUDr. Jaroslav Přehnal, CSc.

„Za hlavní problémy oboru lze považovat jeho relativně značně složitou strukturu, velmi heterogenní klientelu starších nemocných, která je z hlediska medicínského, sociálního i pečovatelského všestranně velmi náročná na znalosti a kvalitu všech zdravotnických služeb i pracovníků. Proto by tento obor měl být vnímán do budoucna jako prioritní, velmi významný a perspektivní, nenahraditelný dílčími znalostmi jiných oborů. Geriatrie jako obor se musí koncipovat tak, aby zajistila holistický pohled na staršího nemocného ve zdraví i nemoci v průběhu času.

Jedním z významných problémů oboru je jeho historický vývoj, který se často nevhodně ztotožňuje geriatrie, rovná se **chronická, dlouhodobá péče**. Také proto se dosud nepodařilo naplnit počty akutních geriatrických lůžek, která by specifickými prostředky zvládala akutní dekompenzace zdravotního stavu rizikových geriatrických pacientů.

Druhým významným okruhem problémů je nedostatečná podpora preventivních programů, screeningu, dysability a rizik, podpora programů zdravého stárnutí a stáří. V budoucnosti nepochybně nabude na významu také komunitní péče, které až dosud nebyla věnována dostatečná pozornost.

Přes rozvoj domácí péče v posledních letech nedošlo k výraznějšímu snížení hospitalizací seniorů. I když interpretace tohoto faktu může být různá, je zřejmé, že chybí hodnocení efektivity forem poskytované domácí péče, která není dosud schopna významnější měrou suplovat potřebu institucionalizace v oblasti následné péče.

Proto preferujeme a prosazujeme takovou formu domácí péče, kterou zatím pouze pracovně nazýváme „domácí hospitalizací“. Jde o schopnost kompletně zajistit zdravotnické služby, ale i potřebnou míru dopomoci konkrétnímu jedinci tak, aby došlo ke zvýšení kvality jeho života v domácích podmínkách při přiměřených nákladech.“

Poskytování zdravotnických a sociálních služeb v ČR bylo v posledních desetiletích modifikováno některými významnými faktory, které je třeba charakterizovat, neboť se jedná o faktory, které dosud významně zkreslují reální pohled na současnou situaci v poskytování služeb, činí ji nepřehlednou a zejména prognózy potřeb a poptávky po jednotlivých typech služeb mohou být těmito faktory významně zkresleny.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

V následujícím článku bychom chtěli shrnout východiska současného vývoje a současné situace v oblasti následné a dlouhodobé péče.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) a další „následná“ péče (ošetřovatelská lůžka)

Tato zařízení vznikala v 70. letech v souvislosti s tehdy připravovanou koncepcí oboru geriatrické a dále se rozvíjela v souvislosti s implementací této koncepce. Dle této koncepce byla tato zařízení považována za lůžkovou základnu geriatrické. Za pozitivum lze jistě považovat, že tato zařízení byla definována jako zařízení odborná, kde měli pracovat kvalifikovaní geriatrické. Na druhou stranu právě v těchto zařízeních institucionalizovala koncepce smíšení geriatrické péče s péčí dlouhodobou, což následně přineslo mnohé problémy. Za největší z nich můžeme považovat nepříznivě se vyvíjející kvalitu péče v některých zařízeních tohoto typu, dlouhodobé pobyty ztrácející zdravotnický charakter (bez adekvátní náplně jiné péče), dlouhodobé podfinancování a podceňování tohoto typu péče, což vedlo nakonec k tomu, že se LDN staly v povědomí veřejnosti bohužel často synonymem nedobré péče.

Transformace zdravotnictví, která proběhla v devadesátých letech, přinesla do segmentu postakutní péče jen některé dílčí změny, z nichž mnohé měly spíše nepříznivý dopad. Na podcenění potřeby postakutní péče poukazuje také skutečnost, že LDN nebyly počátkem devadesátých let zařazeny do systému financování z veřejného zdravotního pojištění a teprve po zásadní intervenci geriatrické společnosti byly do tohoto systému zařazeny až pozměňovacím návrhem na půdě parlamentu.

Jedná se o skupinu zařízení velmi rozmanitého charakteru, z nichž některé mají charakter rehabilitačních a doléčovacích oddělení, některé poskytují dlouhodobou péči. Záleží na typu zařízení, cílech jak zřizovatele tak managementu. V současné době máme v České republice 7 194 lůžek léčen pro dlouhodobě nemocné (LDN)¹³⁸. Průměrná ošetřovací doba 68,1 dne opět potvrzuje výše uvedené.

Obdobně je tomu i u nemocnic a oddělení tzv. následné péče, která vznikala zpravidla až později než zařízení typu LDN, a to zpravidla v 90. letech podle metodického pokynu o tzv. následné péči, a to i přesto, že platná legislativa vyšší právní síly pojem následná péče nezná

Dalším nesystémovým krokem bylo vytvoření ošetřovatelských lůžek v nemocnicích a konečně (last but not least) vydáním vyhlášky o takzvané následné péči (1998), která následnou péči definuje jako neoborovou (tedy neodbornou bez možnosti například profesní kvalifikace na těchto odděleních), a to se všemi hrozbami, z nichž se většina v dalších letech naplnila (nekvalita, neodbornost, neatraktivnost).

Psychiatrické léčebny (následná psychiatrická péče)

V České republice je v současné době 9 240 lůžek v psychiatrických léčebnách pro dospělé¹³⁹. Průměrná doba hospitalizace je 80,1 dne. Jedná se o nejdelší průměrnou dobu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. O struktuře chronické či dlouhodobé péče v psychiatrických léčebnách máme k dispozici relativně málo údajů. V roce 2002 provedli pracovníci MZ ČR šetření na gerontopsychiatrických odděleních psychiatrických léčen. Poukázali na skutečnost, že někteří pacient na těchto odděleních pobývají dlouhodobě: z celkem 1479 pacientů, u kterých byly údaje o délce hospitalizace sledovány (z celkového počtu 1715 pacientů), bylo 855 pacientů hospitalizováno méně než jeden rok, 421 více než jeden rok a méně než 5 let a dokonce 203 pacientů bylo na těchto odděleních hospitalizováno více než 5 let.

¹³⁸ Zdravotnictví v České republice 2008 ve statistických údajích, ÚZIS, Praha, 2008

¹³⁹ Zdravotnictví v České republice 2008 ve statistických údajích, ÚZIS, Praha, 2008

Tato skutečnost se zdaleka netýká jen gerontopsychiatrických oddělení, ale například také chronických psychiatrických oddělení atd. Z počtu pacientů, kteří setrvávají v psychiatrických odděleních více než 1 rok, lze zcela jasně konstatovat, že tato zařízení, a to i přesto, že jsou financována ze zdravotního pojištění, poskytují mnoha pacientům ústavní služby dlouhodobé péče. Na druhou stranu nelze zpochybnit, že značná část lůžek má charakter léčebný a doléčovací.

Ošetrovatelská lůžka

Ošetrovatelská lůžka v nemocnicích jsou výsledkem další nesystémové snahy v této oblasti. Jejich definování nejvíce odpovídá definici dlouhodobé péče. Vzhledem k tomu, že se jedná o méně placenou formu péče, která však nevyžaduje příliš náročné personální zajištění, využívají je nemocnice spíše v těch případech, kdy se pobyt pacienta prodloužil tak, že by v rámci regresivní sazby byl jeho pobyt na lůžku ještě více ztrátový než je platba za toto tzv. ošetrovatelské lůžko. Některá zařízení tato lůžka provozují, neboť jim umožňují za nedostačující platby poskytovat ještě méně kvalitní služby. Z výše uvedeného je zřejmé, že i tento pokus se minul svým účinkem.

Lze tedy konstatovat, že zdravotnická zařízení dlouhodobou péči poskytují. Není však definována a odlišena od péče zdravotní doléčovací a rehabilitačního typu.

Tato dlouhodobá péče je ve zdravotnických zařízeních plně hrazena ze zdravotního pojištění, aniž by pacient na její úhradu byl minimálně participoval, a to po dobu mnoha měsíců i let. To je situace, která prakticky nikde ve světě ani v Evropských zemích nemá obdoby. Na druhé straně pacienti ani přispívat nemohou, a to i v případě, kdy by měli zájem o zajištění kvalitnější dlouhodobé péče, neboť to současná legislativa neumožňuje.

Zdravotní pojišťovny jakožto plátcí této dlouhodobé péče se snaží bránit tím, že některým zařízením tzv. následné péče smluvně limitují dobu úhrady na maximum 3 měsíců. To vede k následnému neblahému „roulement“ pacientů vyžadujících dlouhodobou péči z jednoho zařízení do druhého, překládání na akutní oddělení a zpět, umělé „přerušování“ hospitalizace a další metody, které se aplikují ve snaze toto opatření obejít. Překládání pacientů, kteří potřebují dlouhodobou péči, z jednoho zařízení do druhého, lze považovat za jednu z velmi specifických forem špatného zacházení se seniory.

Vývoj hospicové péče v ČR

Ročně zemře v ČR více než 100 000 lidí, z toho potřebuje cca 70 % pacientů paliativní péči

Potřebný počet hospicových lůžek je dle zahraničních zkušeností 5/100 000 obyvatel – tedy cca 515 na celou Českou republiku. Dle Zprávy Mezinárodního úřadu pro kontrolu omamných látek nelze v ČR vzhledem k vysokému výskytu rakoviny a nízké spotřebě morfinu vyloučit možnost vážného zanedbání tišení bolesti u terminálních pacientů.

Díky systematické podpoře vzniku hospicových zařízení udělala ČR za posledních deset let v oblasti péče o terminálně nemocné kvalitativní skok. V počtu hospicových lůžek zvýšila kapacitu z 0 na 366. Zbývá tedy z celkového požadavku 525 lůžek vytvořit cca 159 lůžek v lůžkových hospicích.

Legislativní zakotvení hospicové péče v ČR je v souladu s doporučeními Rady Evropy o hospicové péči a tzv. Korejská deklarace, která se zohlednila v roce 2006 novelizací zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, zakotvení paliativní lůžkové péče jako zvláštní péče ústavní.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

V návaznosti na tuto novelizaci zákona byl vyhláškou č. 134/1998 Sb., v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, zaveden samostatný výkon ošetrovacího dne 00030 – péče poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (vyhláška MZ č. 620/2006 Sb.). Zdravotní pojišťovny mohou používat při uzavírání smluvních vztahů standardy hospicové lůžkové péče, které byly zpracovány Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP). Tímto způsobem je garantována kvalita péče a odborná způsobilost personálu k poskytování tohoto druhu péče. Od r. 2007 – zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů – upravuje zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a rozšiřuje paliativní péči poskytovanou pojištěncům v terminálním stavu i do domácího prostředí pacientů v terminálním stavu – tzv. Domácí paliativní hospicové péče (viz Příloha, mapa hospiců). Je však třeba přesvědčit zdravotní pojišťovny, aby akceptovaly ve výrazně větším rozsahu tento specifický druh domácí péče, neboť je z ekonomického hlediska výrazně méně finančně nákladná nežli péče v lůžkovém zařízení akutní nebo i následné péče a navíc pacient zůstává ve vlastním sociálním prostředí a nemusí se vyrovnávat s odosobněným prostředím lůžkového zařízení.

Obecně k následné péči

Z výše uvedeného vidíme, že následná, ošetrovatelská a dlouhodobá péče jsou poskytovány v různých typech zařízení. Za pozornost vzhledem k problematice rodinných pečujících stojí skutečnost, že i dlouhodobé pobyty pacientů ve zdravotnických zařízeních (viz výše uvedené dlouhodobé pobyty na gerontopsychiatrických odděleních) jsou plně financovány ze zdravotního pojištění.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění v poslední úpravě zcela jasně stanoví, že péče, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění nemůže být předmětem doplatku pacienta. To znamená, že pacienti, kteří dlouhodobě setrvávají na lůžkách následné a ošetrovatelské péče ve výše uvedených typech zařízení, dostávají důchod, popřípadě důchod i příspěvek na péči (nyní podle novely zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách je tento příspěvek pozastaven v případě hospitalizace ve zdravotnickém zařízení). Tyto prostředky však zůstávají pacientovi a pacient ani jeho rodina nehradí ani při dlouhodobých pobytech ve zdravotnických zařízeních naprosto nic, protože úhrada za lůžko a den kryje náklady na pobyt a léčbu pacienta včetně léků a zdravotnických výkonů a tzv. hotelových služeb a stravy i pomůcek pro inkontinenci a podobně. Rodiny, které o své blízké nemohou (ale také nechtějí) pečovat, jsou tedy v situaci, kdy zdravotnická zařízení na dlouhou dobu zajistí péči o tyto pacienty, kteří svým rodinám často pravidelně předávají nastrádaný důchod. V případě nezpůsobilosti pacienta k právním úkonům (a tedy nemožnosti s důchodem hospodařit) se stávají naspořené prostředky předmětem dědického řízení. Zdravotní pojišťovny proto ve snaze alespoň částečně limitovat dlouhodobé pobyty ve zdravotnických zařízeních, smluvně zavazují zdravotnická zařízení limitem 3 měsíců, po které budou hradit pobyt pacienta na lůžku následné a ošetrovatelské péče, to se zpravidla netýká psychiatrických léčen a léčen pro dlouhodobě nemocné poskytujících převážně ošetrovatelskou péči. Prostředky zdravotního pojištění kryjí pouze standardní péči ve výše uvedených zařízeních, jejichž kvalita není pro mnohé rodiny přijatelná (velké mnoholůžkové pokoje v psychiatrických léčebnách), lepší kvalitu péče si však nemohou zaplatit, protože to současný zákon nedovoluje. Na pomezí zákonnosti se proto pohybují některá soukromá zařízení, která nabízejí rodinným příslušníkům zejména pacientům postiženým demencí poněkud lepší péči za velmi drahou platbu. Výše uvedený 3 měsíční limit pobytu v mnoha zařízeních následné péče vede k situaci překládání pacientů z jednoho zařízení do druhého v případě, že není možný pobyt doma.

Pacienti tedy dlouhodobě setrvávají v zařízeních typu LDN, psychiatrická léčebna a podobně.

Domníváme se, že právě v těchto dlouhodobých pobytech, které jsou v tomto případě financovány výhradně ze zdravotního pojištění, je jeden z důvodů pokřivení celého systému následné a dlouhodobé péče. Setrvávají zde samozřejmě i lidé, kterým je vyplácen příspěvek na péči. Vzhledem k tomu, že je pobyt v těchto zařízeních financován ze zdravotního pojištění a je tedy zcela zdarma, docházejí si jejich rodiny pro celé důchody pacientů a navíc i pro příspěvky na péči. Musíme podotknout, že se v tomto případě jedná o světový unikát.

Některá zařízení (psychiatrické léčebny i některé LDN) tyto prostředky deponují na účet pacientů, ale rodiny je po smrti zdědí, tedy princip výše uvedený není nikterak narušen.

Systém je takový, že mnoha lidem sice vadí úroveň služeb v těchto léčebnách, ve skutečnosti však podle mého názoru tento systém péče mnoha lidem vyhovuje. Zejména vyhovuje těm, kteří se postarat nechťejí a docházejí si pro peníze. Opakovaně jsem například odpovídala na dotaz rodiny, která se pozastavovala nad tím, že by měli donést svému blízkému (jednalo se o případy z více regionů) například kosmetiku, neboť se domnívali, že je povinností léčebny vše zajistit.

Systém také samozřejmě některým lidem nevyhovuje: jsou to zejména ti, kteří by si pro své blízké představovali individualizovanější péči, osobnější, intenzivnější. Byli by za ni mnohdy ochotni i připlatit, ale to systém do značné míry neumožňuje, protože je nastaven na to, aby byl co nejúspornější.

Komu ale tento systém naprosto nevyhovuje, jsou ti, kteří mají zájem se o své blízké postarat doma a nemohou najít adekvátní služby.

Tzv. sociální hospitalizace

Další nesystémovou snahou o změnu v této oblasti byla v devadesátých letech vyhláška o „sociální hospitalizaci“, kdy se jako další pobyt ve zdravotnickém lůžkovém zařízení ze sociálních důvodů definuje pobyt, k němuž již pominuly zdravotní indikace. Vzhledem k tomu, že zdravotní indikace do zařízení následné péče byly definovány velmi vágně, nebylo možné zodpovědně stanovit, kdy tyto indikace pominuly. Sociální hospitalizace byla již od samého počátku značně finančně podhodnocena a ani později nebyla sociální hospitalizace valorizována, což vedlo (společně s administrativní náročností, nutností, aby měl pacient zažádáno o umístění v sociálním zařízení atd.) k tomu, že tento institut prakticky nebyl v praxi využíván, neboť zdravotnická zařízení musí být financována průběžně, kdežto financování ze sociálních finančních zdrojů se děje se značným časovým odstupem. Tento „propad“ ve finančních prostředcích lůžkového zařízení ve svém důsledku vede ke skryté sociální hospitalizaci (pacient je nadále veden se zdravotní diagnózou, i když tomu jeho zdravotní stav již neodpovídá) a pobyt je nadále financován ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Tato skrytá sociální hospitalizace v ČR odčerpává ze systému veřejného zdravotního pojištění částku cca 3 miliardy Kč ročně.

Vývoj situace v sociální sféře

Dalšími faktickými poskytovateli dlouhodobé péče jsou zařízení v působnosti rezortu sociálních věcí. Do roku 2006 se jednalo se o ústavy sociální péče a v péči o seniory zejména o domovy důchodců. Domovy důchodců lze považovat za specifickou formu ústavů sociální péče, kde mohli žít lidé po dovršení důchodového věku a to v případě, že nebyla žádná zdravotní kontraindikace k pobytu. Pokud tato zdravotní kontraindikace (vyjmenovaná v příloze prováděcí vyhlášky) existovala, mohl být klient do zařízení přijat pouze v případě, že měl ústav („domov“) zařízení tzv. ošetrovatelské oddělení.

Vzhledem k vývoji v zařízeních rezortu sociálních věcí a v důsledku rozdílného vykonávání zřizovatelských pravomocí ze strany jednotlivých zřizovatelů (krajů, obcí, právnických osob atd.) těchto ústavů, docházelo k různému řešení personální situace v ústavech, v některých zařízeních či dokonce v celých regionech docházelo k propouštění kvalifikovaného zdravotnického personálu a nebo s poukazováním na jeho „nepotřebnost“ k převádění zdravotnických pracovníků do pracovního zařazení nekvalifikovaných pracovníků v přímé péči. Existovala a v současné době jistě ještě existují zařízení s tzv. „ošetrovatelskými“ odděleními, kde pobývají závažně nemocní klienti/pacienti, jejichž stav kvalifikovanou zdravotní péčí nezbytně vyžaduje, avšak personál který jim péči poskytoval neměl žádnou kvalifikaci, a to se všemi důsledky, které jsou sice předvídatelné, ale o kterých se nikdy nevedla potřebná diskuse, a to ani přes opakované snahy ze strany odborné veřejnosti.

V souvislosti s novým zákonem č. 108/2006 o sociálních službách a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. k tomuto zákonu došlo k zásadním změnám v poskytování sociálních služeb.

Změny s novou legislativou o sociálních službách

Nový zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje v oblasti ústavních sociálních služeb domovy pro seniory a tzv. domovy se zvláštním režimem, které jsou určeny lidem se zvláštní zdravotní problematikou (vyjmenována je například Alzheimerova choroba).

Zákon umožňuje také alespoň určité financování zdravotní ošetrovatelské péče (která až dosud nebyla hrazena z veřejného zdravotního pojištění a měla být zajišťována z rozpočtů ústavů, hrazena byla pouze lékařská péče, léky a jednorázové absorpční pomůcky).

Dalo by se říci, že v ústavní sféře v sociální oblasti došlo k potřebnému narovnání legislativních podmínek, které by mělo vést také ke zlepšení v praxi. Zatím je však třeba konstatovat, že očekávané zlepšení v praxi nenastává, alespoň nenastává dostatečně rychle. Přestože jsou například domovy se zvláštním režimem v zákonu definovány, jen málo zařízení si takto vymezuje svou cílovou skupinu a své služby, takže stále není uspokojena poptávka po službách o lidech s chronickou nemocí a výraznou nesoběstačností.

Další pobyt ve zdravotnickém zařízení ze sociálních důvodů

Výše zmíněný zákon o sociálních službách také definuje poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních. Chápe však poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních jako poskytování sociálních služeb – nikoli jako vytvoření zdravotně sociální péče, která by byla zapotřebí. Striktně také trvá například na dodržování takzvaných standardů sociálních služeb, což není v mnohém u těchto pacientů možné. Přestože se tedy jedná o určitý pokrok v zajištění například vícezdrojového financování (i když s výhradou k jeho složitosti), nebyla ani tímto opatřením překonána potřeba zajistit integrovanou zdravotně sociální péči.

Zákon umožňuje v současné době poskytování sociálních služeb také ve zdravotnických zařízeních. Toto opatření, které by mohlo být využíváno právě pro zařízení s velmi dlouhým pobytem zdravotně sociálního charakteru, není nakonec téměř vůbec využíváno, protože je od počátku provázeno mnoho nejasnostmi a zejména nesmírnou administrativní náročností, ale zejména skutečností, že se jedná o institut, který je pro zdravotnická zařízení ztrátový. Léčebny pro dlouhodobě nemocné a psychiatrické léčebny tedy vůbec tento institut nezavedly a nadále pokračují i v dlouhodobých hospitalizacích lidí se zdravotně sociální problematikou.

Na základě vlastních zkušeností můžeme konstatovat, že v současné právní úpravě nejedná o přínos ani pro pacienty ani pro zařízení, ale o významnou administrativní komplikaci¹⁴⁰. Navíc tento systém není ani flexibilní.

Nicméně v principu by tento systém umožňoval platbu z příspěvku na péči, z důchodu, ze zdravotního pojištění, z dotace státu, příspěvku zřizovatele atd. Nicméně některé z uvedených položek nejsou nárokovatelné a jsou v principu nevyzpytatelné (dotace státu), další jsou administrativně téměř neprůchodné (platby pojištěn), takže vcelku zařízení na zavedení tohoto institutu prodělávají. Přestože předkladatel původně sliboval zařízením flexibilitu a možnost pružně převádět pacienty z režimu zdravotního do tohoto a to dle stavu pacienta s možností přijmout na lůžko eventuálně zase pacienta ve zdravotnickém režimu, nedošlo ke splnění tohoto slibu daného Ministerstvem zdravotnictví i například Ústředím VZP, a pojišťovny prokrátily kapacitu zařízení, která se v dobré víře k tomuto opatření stavěla konstruktivně a pokusila se je zavést. To bude pro ně zřejmě další důsledek a finanční deficit.

V souvislosti s implementací zákona o sociálních službách došlo (místo vytvoření funkčního systému dlouhodobé péče) k další velice paradoxní situaci: ze zdravotního pojištění plynou prostředky do zařízení sociálních služeb, tyto prostředky představují další z významných zdrojů financování těchto institucí a umožňují poskytovat ošetrovatelskou péči v těchto zařízeních, což je žádoucí. Na druhou stranu je stále zarážející, že se tato zařízení jen velmi málo orientují na péči o lidi s komplexními ošetrovatelskými potřebami. Jedná se tedy o mnohdy vykazování ošetrovatelských výkonů, aniž by byl dostatečně implementován ošetrovatelský proces. Naopak ze systému financování sociálních služeb prostředky do zdravotnictví neplynou a takzvané “další pobyty ve zdravotnických zařízeních ze sociálních důvodů” (již samo v sobě protimluv) – nejsou prakticky využívány. Do historie směřování (či nesměrování) k dlouhodobé péči v České republice tak byla připsána další ne příliš podařená kapitola.

Návrh strategie dlouhodobé péče v České republice (dále jen LTC)

Koncept LTC nabízí propojenost sociálně zdravotnických služeb, které jsou vzájemně funkčně integrovány na úrovni obcí a odpovídají potřebám seniorům a zdravotně handicapovaných lidí a podporují dostupnost sociálně zdravotní péče. Péče LTC je orientována na člověka na jeho potřeby, hodnoty v jeho přirozeném životním prostředí, komunitě (příloha komunitní centra) a obdobná komplexní centra služeb a poradenství poskytovatelů sociálních služeb. Nově byl vytvořen specializační obor „medicína dlouhodobé péče“.

¹⁴⁰ viz indikování a vykazování zdravotnických služeb

Střednědobý plán (2010 -2012)

Zohlednění potřeb (specifik) jednotlivých cílových skupin osob ohrožených sociálním vyloučením

Stanovené cíle:

1. Vytvoření multidisciplinárních týmů podle jednotlivých cílových skupin na úrovni státní správy a samosprávy, řešící problematiku jednotlivých uživatelů v rámci svých specializací Stanovit prostřednictvím „geriatrické, neurologické, rehabilitační apod. konferenci, která stanoví „ individuální plán dlouhodobé péče“ po 3 měsících rehabilitační nebo následné léčby. Činnost lékaře geriatra musí být podpořena **schválením koncepce geriatry a gerontologie MZ**

Multidisciplinární konference posoudí a stanoví:

- soběstačnost dle zákona č. 108/2006 Sb.
- potřebu a rozsah sociálních a zdravotních služeb metodou individuálního plánu dlouhodobé péče na 3 měsíce v terénní a lůžkové péči

Provázání systému státní správy a samosprávy při realizaci výše uvedených aktivit (koordinátor komunitní péče, case manager)

2. Vytvoření jednotného mechanismu posuzování příspěvku na péči

Nutné zohlednění potřeb v oblastech sociálních, zdravotních, psychosociálních, zajištění bydlení, zajištění příjmu včetně oddlužení, podpora návratu na trh práce, vzdělání, právní postavení, zvyšování funkčních schopností, rehabilitace apod.; prostřednictvím nově vzniklé profese: **Koordinátor komunitní péče pro terénní a ambulantní péči o zdravotně znevýhodněné**. Cílem činnosti tohoto samostatně pracujícího zdravotnického pracovníka je poskytnutí odborného názoru v rámci týmů komunitních služeb, zajištění podkladů pro posouzení soběstačnosti a stanovení individuálního plánu péče, kde je třeba zajistit dobrou a efektivní koordinaci dlouhodobé péče. Pracovník zajišťuje potřebnou koordinaci mezi klientem a plánováním zdravotně sociálních služeb, kontrolu využití P příspěvku na péči. **Vzdělávací program je již vytvořen v rámci celoživotního vzdělávání nelékařských oborů. Koordinátor je již navržen do novelizace zákona 108/2006 Sb.**

3. Komunitní služby:

Stanovené cíle:

Vytvoření sítě komunitních center (stanovení minimálního standardu poskytované zdravotně sociální péče o seniory a handicapované z registru sociálních služeb na MPSV a dle zaregistrovaných služeb DZP)

Komunitní centra podporují tzn. „sdílenou péči“, která je kombinací formální a **neformální péči** ve snaze udržet seniora nebo handicapovaného v jeho domácím prostředí, generuje daleko nižší finanční náklady, než u klientů umístěných v zařízeních pobytových služeb, tvorby **sítě služeb** s malou kapacitou v běžné komunitě (např. **Usnesení vlády – Strategie komunitních služeb**);v tomto případě nedochází k situaci, kdy jsou uživatelé vykořeneční z jejich původního prostředí, a je obtížné zachovávat stávající rodinné vazby, podpora zaměstnanosti rovnoměrná ve všech regionech, uživatelé malokapacitních služeb rozvíjejí své funkční schopnosti více, než obyvatelé velkých institucí. Z tohoto důvodu v některých případech může docházet i zvýšení funkčních schopností do té míry, že je snížen příspěvek na péči a je usnadněna kontrola zajišťování kvality péče a návrat PnP zpět do systému, dále podporuje proces **deinstitucionalizace** zařízení služeb sociální péče s velkou kapacitou do sítě služeb do běžné komunity , podporovat rodinné „neformálních pečujících příslušníků“ o seniory a handicapované – vytvoření podmínek pro možnost skloubení vlastní práce s rodinným životem a péčí o rodinné seniory.

Podpora vzniku nového typu lůžkové péče, která je zaměřena na zdravotně sociální potřeby:

Lůžka LTC – nový typ lůžkové péče, která se skládá ze zdravotní a sociální péče, která se zaměřuje na specializovanou ošetrovatelskou a rehabilitační péči o klienta (sociální rehabilitace, nácvik kognitivních funkcí...dle potřeb klienta), klient přechází na toto lůžko z rehabilitačních nebo geriatrických lůžek po ukončeném léčení.

Lůžka akutní geriatricie – transformací (odhad 10 %) lůžkového fondu (interní oddělení).

Lůžka následné geriatricie – transformací (odhad 10%) následných psychiatrických lůžek.
(viz Příloha, tabulka č. 10, 11)

Dlouhodobý plán (2010- 2015)

Bydlení pro seniory a handicapované

Stanovené cíle:

- Vytvoření nabídky dostupného bydlení pro seniory, které umožňují uspokojování měnících se potřeb
- je vytvořena nabídka vhodných a finančně dostupných malometrážních bytů s adekvátními stavebními úpravami
 - je vytvořena v dané lokalitě nabídka vhodných rezidenčních pobytových služeb v blízkosti komunity
 - je vytvořena nabídka vhodných a dostupných služeb, které umožní setrvání ve svém domácím prostředí

Návrh variant financování LTC

Varianta č. 1

Transformace „zbytných lůžek“ LDN a ošetrovatelských lůžek na lůžka dlouhodobé péče (LTC) a možnost přechodu na vícezdrojové financování dlouhodobé péče (ZP+MPSV+klient)

Varianta č. 2

Transformace „ zbytných lůžek LDN, interních, ošetrovatelských a psychiatrických lůžek“ na lůžka dlouhodobé péče (s ohledem na 20% skryté sociální hospitalizace) s možností uplatnit již schválený zákon č. 108/2007 Sb. o sociálních službách, v platném znění, a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a souvisejících prepisech, v platném znění.

Výhody obou variant:

Systémová změna, podpořená malou legislativní úpravou – vznik lůžka dlouhodobé péče, která přinese adekvátnější a efektivnější alokaci u finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění i dotačních prostředků z MPSV. Nutná novelizace Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a souvisejících prepisech, v platném znění.

Zlepšení dostupnosti i kvality péče o seniory a handicapované v oblasti terénní péče, neboť snížení lůžkového fondu přinese značnou část finančních prostředků směrem do terénních a ambulantních služeb.

Princip transparentnosti využívání finančních prostředků ze státního rozpočtu

Aktivní podíl klienta na kontrole kvality dlouhodobé péče.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Vytvoření celostátní koncepce a sítě dlouhodobé péče (terénní a lůžkové) dle dostupnosti a dle potřeb klientů nad 65 + a handicapovaných v daném regionu.

Legislativní úprava obou zákonů je technicky lehce proveditelná, a to i z časového hlediska.

Spoluúčast klientů na financování dlouhodobé péče je již v systému zavedena-úhrada pobytu v pobytových službách sociálních zařízení a na lůžkách sociální péče ve zdravotnických zařízeních.

Varianta č. 3

Na základě nového titulu (pojištění dlouhodobé péče) vytvořit systém financování dlouhodobé péče formou povinného zdravotně sociálního pojištění

Tento systém by vyžadoval oddělení určitého procenta ze sociálního a zdravotního pojištění (odhad jsou 2 % celkem) a vytvoření sociální pojišťovny, která by financovala dlouhodobou zdravotně sociální péči. V systému sociálních služeb by musely být vypracovány ekonomické standardy na každý typ sociální péče nebo stanovení bodového ohodnocení typu úkonů v sociální péči, tak jako je vypracován pro systém poskytování domácí zdravotní péče

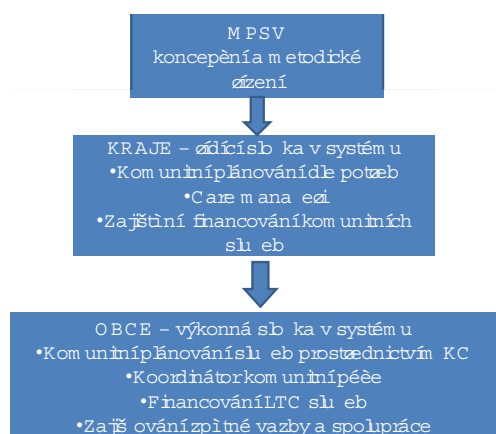
Alimentační povinnost-zahájení jednání na výši úhrad žadatelů o služby dle prokázání jejich majetku a následně po vyčerpání majetkových zdrojů do určité zákonem stanovené limity uživatele služeb, vyzvat k úhradě dle majetkových a příjmových možností dětí uživatele služby k úhradě, pokud se prokáže, nesolventnost dětí následuje doplatek státu

Financování z územních rozpočtů

Ze zákona se stanovuje povinnost územních rozpočtů podílet se z vlastních zdrojů na financování sítě sociálních služeb. Výše podílu územních rozpočtů z vlastních zdrojů je založena zákonným zmocněním pro nařízení vlády. Výši podílu územních rozpočtů na nákladech definované sítě sociálních služeb je stanovena vždy v rámci střednědobého rozpočtového výhledu. Náklady definované sítě sociálních služeb v kontextu identifikované poptávky po sociálních službách jsou každoročně analyzovány. Dále je nutné stanovit minimální standard sociálně zdravotních služeb (terénní, ambulantní a pobytové) v rámci obce s rozšířenou působností dle potřeb obyvatelstva

Návrh řízení LTC v praxi

Schematické znázornění modelu řízení



Popis

MPSV – koncepční činnost (stanovení minimální sítě dostupnosti sociálně zdravotních služeb) a metodická podpora v komunitní plánování a vzdělávacím systému. Definice personálních a odborných standardů u jednotlivých druhů služeb, směřování finančních a dalších zdrojů.

Kraje - komunitní plánování dle potřeb cílových skupin v daném regionu, pomocí care managerů zřizovat specializovaná komunitní centra dle potřeb obyvatel (např. ambulantní rehabilitační centra, gerontocentra....) spolupráce s jinými kraji v rámci dostupnosti jednotlivých služeb a možné meziregionální spolupráce při řešení konkrétních problémů. Zajištění dostatečného financování zdravotně sociálních služeb (LTC) tak, aby financování bylo průběžné, efektivní z rozpočtu kraje.

Obce – komunitní plánování dle potřeb cílových skupin prostřednictvím komunitních center (viz příloha č. 1), kde budou dostupné služby zejména pro seniory a handicapované. Obce se mohou navzájem sdružovat a poskytovat komunitní péči a také zajistit společné financování. Vycházíme z faktu, že obce by měly znát potřebu sociálně zdravotní péče.

Koordinátor komunitní péče bude zajišťovat služby LTC v obci a zajistí účelnější využívání PnP. Komunitní centra v obci nemusí obsahovat všechny prvky LTC, ale mohou zajišťovat pouze část podpůrných služeb s návazností na specializovaná KC v kraji.

Komunitní centrum zdravotně sociálních služeb – základní organizační jednotka, schopná odborně komunikovat, organizovat a zajišťovat potřebné zdravotně sociální služby na odborné profesionální úrovni v dané lokalitě v souladu s platnými právními předpisy v rámci rozsahu své regionální působnosti

Závěry obecné

V závěru doporučujeme tyto základní principy, které by měly být respektovány pro další rozvoj služeb pro seniory:

Respektování důstojnosti a autonomie musí být základem postojů k seniorům.

Vzdělání profesionálů poskytujících péči seniorům, ale také úředníků státní správy a samospráv jsou stejně důležité jako vzdělání seniorů samých, ale také vzdělávání o stáří, a to na všech úrovních vzdělávacího systému.

Při zajišťování služeb pro seniory je třeba respektovat princip subsidiarity, komunitního principu zajištění služeb. Základním principem pro poskytování služeb seniorům je snaha o zajištění služeb pokud možno v domácím prostředí, blízko místa, kde staří lidé žijí či žili a služby je třeba přizpůsobit potřebám seniorům.

Také dlouhodobá péče musí respektovat výše zmíněné principy. Dále je důležité zajistit dostatečné kapacity služeb poskytovaných v domácím prostředí lidem s potřebou dlouhodobé péče a dále také komunitní zařízení pro denní péči i péči pobytovou.

Kontinuita služeb je další důležitou zásadou zajištění služeb pro seniory. V péči o seniory je třeba akcentovat aktivní přístup, podporu zdraví a prevenci. Věřím, že naše Gerontologické centrum představuje takovýto příklad přístupu. Není to jistě model úplný, ale je dostatečně flexibilní, aby mohl být transformován podle měnících se potřeb.

Je třeba zlepšit služby pro seniory v rezidenčních zařízeních, a to zejména implementací ošetrovatelského procesu a kvalifikovaných zdravotnických služeb tam, kde je to zapotřebí. Jsem přesvědčena, že právě v této práci předkládám dostatek argumentů pro potřebu tohoto opatření.

Naše společnost by vskutku měla využít možností a nabídky moderní geriatrie a geriatricky modifikované medicíny: aktivní a rehabilitativní péče akutních geriatrických nemocničních oddělení, denních nemocnic a také celého spektra dalších geriatrických služeb. Důležité strategické dokumenty k péči o seniory musejí být konzultovány také s odbornou společností a dále je zapotřebí připravit a aktualizovat novou strategii služeb pro seniory a zajištění kvality tak, aby tyto dokumenty napomohly rozvoji služeb pro seniory. Za nezbytné považujeme vytvoření strategie geriatrické péče, komunitních gerontologických služeb a péče pro lidi s demencí.

Přestože došlo k některým zlepšením v postavení rodinných pečujících, zůstává stále mnoho neřešených problémů. Systém podpory rodinných pečujících je třeba dále rozvíjet tak, aby tento cenný zdroj péče o seniory umožnil poskytovat péči v domácím prostředí co nejdéle.

Příklady dobré praxe v České republice

VITA (Integrovaný systém posouzení potřeby péče)

Tento příklad uvádí diskusní materiál Švédského předsednictví mezi svými příklady dobré praxe¹⁴¹. Jedná se o zavedení nástroje k posouzení a klasifikaci individuálních potřeby služeb. Tento nástroj byl zaveden autonomní oblastí Bolzano Alto Adige v Itálii, která má cca 500 tisíc obyvatel. Když se v této autonomní oblasti rozhodovali pro zavedení systému dlouhodobé péče, za klíčový problém považovali právě posouzení individuální potřeby péče, respektive nároku na péči. Toto posouzení vychází z posouzení soběstačnosti v celém komplexu jednotlivých aktivit denního života, ale také s dalšími komplementárními informacemi, kterými jsou sociální situace a zázemí, bydlení a rodinnou situaci. Součástí tohoto multidisciplinárního posouzení je také poskytnutí potřebných informací o jednotlivých alternativních způsobech, jak lze služby zajistit a také o jednotlivých dostupných službách. Na základě vlastních zkušeností z několika prvních let zavádění tohoto systému a také na základě studia nástrojů, které jsou používány ke komplexnímu posouzení stavu v Rakousku, Německu a Lucembursku byl vypracován nástroj k posuzování potřeb péče (VITA – Valutazione Integrata dei Tempi Assistenziali). Nástroj tvoří 40 položek, na jejichž základ se posuzuje potřeba asistence ve všech aktivitách denního života, a to s ohledem na čas, který je třeba vynaložit, aby byly uspokojeny individuální potřeby, a to: při výživě, personální hygieně, vyměšování, péči o domácnost a v organizačních záležitostech, otázce zdravotní péče a potřebě sociálních a aktivizačních služeb (tyto položky zvyšují také začlenění lidí s demencí do tohoto systému, také však lidí s jinými duševními chorobami či mentálním postižením), dále je posuzována potřeba ošetrovatelské péče. Potřeba ošetrovatelské péče není kalkulována v tomto základním plánu péče, neboť je financována z prostředků zdravotní péče. Za důležitou skutečnost považujeme, že potřeba péče je kalkulována přímo v minutách a hodinách, tato data jsou zpracována pomocí počítačového programu, který automaticky zkalkuluje zadané údaje a přiřadí jeden ze 4 stupňů potřeby péče.

Za inovativní rys tohoto způsobu posouzení je třeba považovat společné vzdělávání a zaškolování pracovníků jak ze zdravotní tak sociální sféry, kteří následně tvoří „assessment týmy“, kteří navštěvují pacienta v domácím prostředí, společně s rodinnými pečujícími a vypracovávají plán péče na základě tohoto multidisciplinárního posouzení. Tito pracovníci jsou v průběhu společného desetidenního kurzu školeni nejen v otázkách funkčního zhodnocení a posouzení stavu, ale také v otázkách komunikace, managementu konfliktů a v organizačních a právních záležitostech týkajících se organizace služeb na místní i regionální úrovni. Tento vzdělávací modul, který se posléze stal základním výukovým modulem pro pracovníky v sociálních i zdravotnických službách (pro zajištění dostupnosti odborníků pro potřeby funkčního hodnocení) je také důležitým nástrojem komunikace a výměny zkušeností mezi zdravotnickými a sociálními profesionály i poskytovateli jednotlivých služeb. Toto komplexní posouzení potřeb je pozitivně přijímáno také rodinami, které mají pocit, že se o jejich potřeby někdo skutečně zajímá, byli dokonce překvapeni, že jejich péči a nasazení někdo oceňuje a nepovažuje je za samozřejmé.

Po počáteční nedůvěře se tak nastolila atmosféra vzájemné důvěry a spolupráce, prostřednictvím které bylo možno lépe dospět ke správnějšímu stanovení potřeb péče.

Gerontologické centrum v Praze 8 – systém služeb pro seniory v komunitě rozvíjený od roku 1991.

Domníváme se, že je vhodné kromě několika zahraničních příkladů uvést také tuzemský příklad komunitních služeb zajišťující dlouhodobou péči zejména pro seniorskou populaci v městské komunitě Prahy 8, která má 106 tisíc obyvatel, z toho 16% 65letých a starších.

¹⁴¹ Marin B, Leichsering K, Rodrigues R, Huber M: Who Cares? Coare coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European union. Discussion paper. Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 september 2009

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Gerontologické centrum tu vzniklo v roce 1991 jako snaha tehdejšího SAZZ (Sdružení ambulantních zdravotnických zařízení) a později samotné Městské části Praha 8 o doplnění služeb pro seniory a později o vytvoření uceleného spektra zdravotnických a sociálních služeb dlouhodobé péče. Tento projekt byl navržen a rozvíjen pod vedením doc. MUDr. Ivy Holmerové, Ph.D., jedné z autorek této zprávy, proto vycházíme v popisu z hluboké znalosti jeho výhod i problémů. Projekt spektra komunitních a dalších služeb, které zajišťuje Gerontologické centrum ve spolupráci s dalšími organizacemi a v návaznosti na jejich služby, byl akceptován jako jeden z modelů služeb ze strany jak Ministerstva zdravotnictví, tak i odborné České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP, a byl oceněn například Cenou Makropulos v roce 2008, jednotlivé komponenty byly prezentovány jako příklady dobré praxe v několika národních i mezinárodních dokumentech.^{142, 143, 144}

Gerontologické centrum tvoří určité spektrum zdravotnických a sociálních služeb, které umožňují podporu lidí s potřebou dlouhodobé péče.

Geriatrická léčebna se 36 lůžky, průměrná doba pobytu 1 měsíc – jedná se o zdravotnické specializované geriatrické oddělení, jehož cílem je intenzivní rehabilitace a doléčení pacientů, zlepšení jejich soběstačnosti, a to například po propuštění z nemocnice či při zhoršení stavu v domácnosti.

Geriatrická léčebna orientovaná na problematiku demencí se 12 lůžky slouží obdobným účelům jako výše uvedené oddělení, přijímá však pacienty s demencí a snaží se o jejich doléčení, rehabilitaci, zmírnění symptomatologie, například poruch chování, a zlepšení soběstačnosti.

Další pobyty na lůžku ze „sociálních“ důvodů – poskytujeme v případě, že pacienta je ze zdravotních důvodů již možné propustit, z jiných důvodů to však není možné, ale dosud se nepodařilo zajistit jinou péči.

Denní stacionář pro pacienty s demencí, jedná se o první zařízení tohoto typu v České republice, denní stacionář slouží denním pobytům a terapeutickým programům, které jsou určeny zejména lidem ve střední fázi demence.

Další doplňkové služby – denní centrum pro seniory:
stravování seniorů, rozvoz obědů do domácí péče, obědy pro pečovatelskou službu. Služba stravování seniorů umožňuje jednak dietní stravování seniorů (a každodenní monitoring) stejně tak jako programy stravování a například aplikace inzulínu, které umožňují udržet v domácím prostředí i pacienty, kteří by jinak museli být dlouhodobě hospitalizováni

Aktivity pro seniory – tyto aktivity, včetně internetové kavárny, vycházek, nordic walking a podobně jsou organizovány dle potřeby a poptávky.

Domácí ošetrovatelská péče navazuje zpravidla na hospitalizaci a pokračuje v ošetrování a rehabilitaci pacientů dle potřeby

Domácí asistence je sociální službou, která umožňuje podporu lidí, kteří vyžadují intenzivnější péči než je pečovatelská služba (kterou v této oblasti zajišťuje Obvodní ústav sociálních služeb).

¹⁴² Promoting Age Equality in the Delivery of Health Care, Alliance for Health and the Future, Paris, France, Vol 2, No 3, 2005

¹⁴³ Vidovičová L, Rabušic L: The ACTIVAGE project, Czech Country Report

¹⁴⁴ Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2006-2008, Česká republika, Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Praha, 2006

Příklady dobré praxe:

- Kontaktní centra České alzheimerovské společnosti (str 123)
- Koordinace služeb v komunitě-komunitní centrum pro seniory Prahy 8 (str 130)

Nouzové volání (emergency button) umožňuje přivolání pomoci v případě zhoršení stavu pacienta, který žije sám doma.

Lékařské ordinace, lékař geriatr, praktický lékař – slouží následným kontrolám po hospitalizaci, včasné diagnostice a terapii kognitivních poruch, poskytování služeb praktického lékaře lidem žijícím v domech s pečovatelskou službou.

Geriatrický tým – tuto službu jsme zavedli v posledním roce s ohledem na potřebnost posouzení zdravotního stavu geriatrických pacientů v domácím prostředí (v „problémových“ situacích). Tým vedený lékařem geriatrem, který zahrnuje zdravotní sestru domácí péče, sociální pracovníci a v případě potřeby další odborníky (ergoterapeuti či fyzioterapeuti) navštíví pacienta v domácím prostředí a posoudí jeho zdravotní stav a soběstačnost, stav dosud poskytovaných služeb, pohovoří s rodinnými pečujícími, posoudí prostředí a na základě tohoto komplexního posouzení pak navrhne další postup (komplexní plán dlouhodobé péče), který je dále konkretizován do rozpisu jednotlivých služeb (ošetřovatelského plánu dlouhodobé péče). O těchto poznatcích informujeme odbor sociálních služeb MČ Praha 8.

Služby České alzheimerské společnosti

Tato společnost vznikla v roce 1996 a doplňuje toto spektrum služeb pro seniory o služby zaměřené více na potřeby pacientů s demencí a jejich rodinných příslušníků. Jedná se zejména o následující služby:

- Poradenství – zaměřené na specifickou problematiku rodinných pečujících o pacienty s demencí
- Konzultace – poskytujeme dle potřeb rodinných pečujících, odpovídáme také na elektronické dotazy
- Respitní péče „granny sitting“ je převzetím péče o pacienta s demencí, který je v dlouhodobé péči rodiny, s cílem umožnit rodině odpočinek.

Informace v tištěné podobě, edukační aktivity, přednášky slouží ke zvýšení informovanosti o problematice demencí, rodinných pečujících a podobně.

Služby o. s. GEMA sloužící podpoře zdraví

Toto občanské sdružení organizuje aktivity pro seniory, jedná se například o vycházky, výlety, taneční pro seniory a podobně.

Výše uvedené a další služby tvoří (samozřejmě v návaznosti na služby dalších poskytovatel zdravotnických a sociálních služeb) ucelené spektrum, které umožňuje podporu zdraví a prevenci onemocnění, slouží včasné a dostatečně intenzivní rehabilitaci v případě potřeby, a to po hospitalizaci či při zhoršení stavu v domácím prostředí, umožňuje ošetřování a domácí asistenci a zajištění bezpečnosti v domácím prostředí.

Služby lůžkové péče hospicového typu v návaznosti na terminální stavy pacientů s Alzheimerovou demencí

Tyto služby poskytuje doposud celá skupina lůžkových hospiců sdružených v Asociaci poskytovatelů hospicové péče, pouze jednotlivým pacientům.

Specializované centrum péče o pacienty s touto diagnózou ve vazbě na služby hospicové lůžkové péče v hospici SJNN v Prachaticích. Toto zařízení získalo podporu na vybudování a činnost Alzheimerovského centra z ESF pro rok 2010.

Centrum sociálních a zdravotních služeb Praha 17

Komunitní centrum, které naplňuje kritéria centra podpůrných aktivit, kde se propojuje terénní sociální a domácí zdravotní péče, fyzioterapie.

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Toto komunitní centrum je úzce propojeno s oddělením sociální péče na Praze 17, které je umístěno přímo v prostorách Centra sociálních a zdravotních služeb.

Dům Portus, projekt občanského sdružení ŽIVOT 90 a Hlavního města Prahy

Veřejné komunitní centrum, které poskytuje sociální a zdravotní služby, vzdělávací a kulturní programy.

Zdravotní a sociální služby poskytují formou respitní péče, rehabilitační péče, pečovatelskou službou. Dále poskytují tísňovou péči pro seniory, osamělé a zdravotně postižené v nepřetržitých 24 hodinovém provozu.

Krizová pomoc a poradenství, mezi tyto služby patří senior telefon, informační a poradenské centrum, sociální a právní poradna, psychologická a mezigenerační poradna.

Centrum dobrovolníků seniorů poskytuje vzdělávací programy pro seniory-akademie seniorů, provozují klubovou a internetovou kavárničku a Divadlo 90 U Valšů a další výčet různých aktivit pro seniory

Statistické přílohy

Tabulka č. 2

Podíl seniorské populace v zemích OECD v letech 1960 – 2040

Podíl velmi starých lidí (80+) v populaci seniorů, 1960- 2040					
	1960	2000	2040	1960-2000	změny v % bodech 2000-2040
Austrálie	14,3	23,6	31,8	9,3	8,2
Rakousko	14,4	22,8	28,1	8,4	5,2
Belgie	15,4	21,3	31,9	5,8	10,6
Kanada	15,8	13,6	32,9	7,8	9,3
Česká republika	14,8	17,1	30,9	3,1	13,3
Dánsko	15,3	26,7	28,9	11,4	2,2
Finsko	12,7	22,5	35,1	9,8	12,6
Francie	17,2	23,3	34,6	6,1	11,3
Německo		22,3	29,9		7,6
Řecko	16,1	20,5	30,1	4,6	9,6
Maďarsko	12,3	17,5	28,7	5,2	11,3
Island	14,3	24,2	31,6	10,1	7,3
Irsko	17,5	23,1	26,7	5,5	3,7
Itálie	14,6	22,2	30,6	7,6	8,4
Japonsko	12,6	22,1	41,1	9,5	19,1
Korea	8,1	14,2	26,1	6,1	11,9
Lucembursko	14,7	21,1	26,9	6,3	5,9
Mexiko	12,1	14,1	23,5	2,1	9,6
Nizozemí	15,2	23,5	30,1	8,3	6,5
Nový Zéland	17,1	23,8	30,5	6,8	6,7
Norsko	18,1	28,3	32,7	10,4	4,4
Polsko	12,2	16,2	31,9	4,1	15,7
Portugalsko	14,4	20,6	25,8	6,2	5,2
Španělsko	14,5	16,5	28,3	2,1	11,8
Slovensko	14,1	22,3	27,6	8,3	5,3
Švédsko	15,9	29,1	31,5	13,1	2,5
Švýcarsko	15,1	26,1	34,9	11,1	8,9
Turecko	8,5	11,3	18,2	2,8	7,1
Velká Británie	16,4	25,4	29,1	9,1	3,7
USA	15,2	26,4	33,3	11,2	6,9

Poznámky: Německo před rokem 1960 (před znovu sjednocením) nemá komparabilní data

Pramen: OECD zdravotní data pro léta 1960 a 2000, Eurostat (15 zemí), národní zdroje, OSN (2002) *Dle: Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005*

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Tabulka č. 3

Disability free life expectancy (DFLE) v 65 letech ve vybraných zemích

		muži			ženy		
		DFLE	LE	DFLE/LE v %	DFLE	LE	DFLE/LE v %
Austrálie	1981	7,9	13,9	57	10	18,1	55
	1988	6,7	14,8	45	8,6	18,7	46
	1993	6,5	15,7	41	9,1	19,5	47
Kanada	1998	6,6	16,3	40	9	20	45
	1986	10,6	15	71	11,7	19,3	61
	1991	11	15,8	70	12,1	19,9	61
Německo	1996	10,9	16,1	68	12,4	20	62
	1986	10,6	13,5	79	13	17	76
	1989	11,2	14	80	13,6	17,6	77
Japonsko	1992	12	14,5	83	14,6	18,1	81
	1995	12,2	14,7	83	14,9	18,5	81
	1975	12,3	13,7	90	14,7	16,6	89
Korea	1980	13,2	14,6	90	15,8	17,7	89
	1985	14,1	15,5	91	17,1	18,9	90
	1990	14,9	16,2	92	17,3	20	87
Nizozemí	1998	8,5	13,9	61	8,4	17,7	47
	1990	10,1	14,4	70	9,5	18,9	50
	1992	9,8	14,7	67	9,6	19,1	50
	1994	10,4	14,8	70	9,4	19	49
	1996	11,1	14,8	75	9,7	19	51
	1998	11,9	15,1	79	12,3	19,2	64
	2000	12,1	15,3	79	12,8	19,2	67
	1996	7,5	15,5	48	9,2	19	48
Španělsko	1999	11,4	16,1	71	12,4	20,1	62
	1981	11,5	14,6	79	12,2	18,3	67
	1988	12,2	15,3	80	14,8	19,4	76
Švýcarsko	1992	12,4	15,7	79	15,1	19,9	76
	1981	7,6	13	58	8,5	16,9	50
	1985	7,5	13,3	56	8,8	17,3	51
Velká Británie	1990	8	14	57	9,2	17,9	51
	1995	8,3	14,6	57	9,5	18,2	52
	1999	8,8	15,3	58	9,8	18,5	53
USA	1970	6,6	13,1	50	9,1	17	54
	1980	6,8	14,1	48	9,3	18,3	51
	1990	7,4	15,1	49	9,8	18,9	52

Dle: Long-term Care for Older People. OECD, Paris, 2005

Tabulka č. 4

Vzestup případů demence v České republice do roku 2050

rok	počet lidí s demencí
2000	88 000
2001	95 000
2010	111 000
2015	124 000
2020	138 000
2025	157 000
2030	180 000
2035	202 000
2040	213 000
2045	218 000
2050	227 000

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Tabulka č. 5

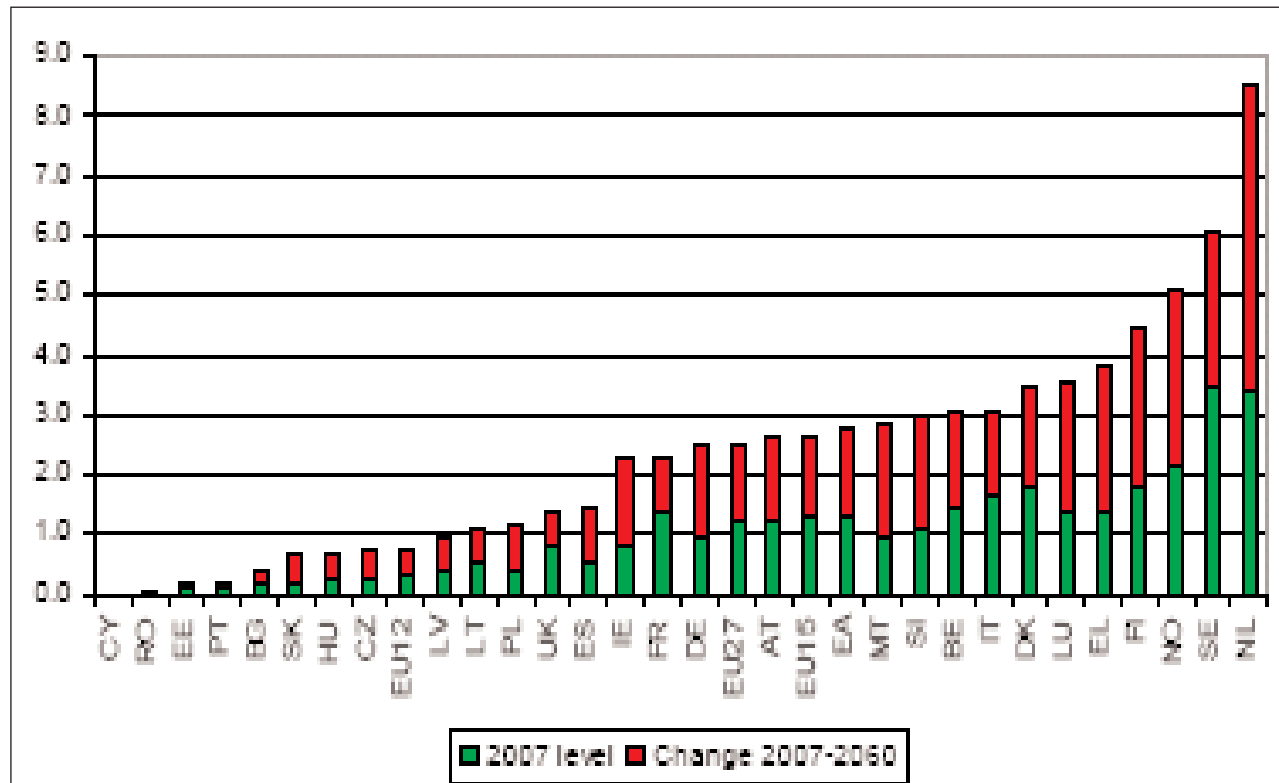
Nárůst nákladů na dlouhodobou péči v jednotlivých zemích do roku 2060

Nárůst veřejných nákladů na dlouhodobou péči "pure demographic scenario"				
	2007 úroveň	nárůst 2007-2060 %body HDP	%	2060 úroveň
BE	1,5	1,6	106	3,0
BG	0,2	0,2	115	0,4
CZ	0,2	0,5	194	0,7
DK	1,7	1,7	98	3,5
DE	0,9	1,5	165	2,5
EE	0,1	0,1	134	0,1
IE	0,8	1,4	166	2,3
EL	1,4	2,4	172	3,8
ES	0,5	0,9	176	1,5
FR	1,4	0,9	64	2,3
IT	1,7	1,4	86	3,1
CY	0	0	102	0
LV	0,4	0,5	141	0,9
LT	0,5	0,6	124	1,1
LU	1,4	2,2	159	3,6
HU	0,3	0,4	149	0,6
MT	1	1,9	193	2,8
NL	3,4	5,2	154	8,5
AT	1,3	1,3	107	2,6
PL	0,4	0,7	184	1,1
PT	0,1	0,1	158	0,2
RO	0	0	221	0,1
SI	1,1	1,8	166	2,9
SK	0,2	0,4	197	0,6
FI	1,8	2,7	150	4,5
SE	3,5	2,6	73	6,0
UK	0,8	0,5	66	1,4
NO	2,2	2,9	135	5,1
EA	1,3	1,5	115	2,8
EU27	1,2	1,3	103	2,5
EU15	1,3	1,3	102	2,6
EU12	0,3	0,5	161	0,8

The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

Graf č. 1

Nárůst nákladů na dlouhodobou péči v jednotlivých zemích do roku 2060



Převzato: *The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009*

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Tabulka č. 6

Scénář rychlého a pomalého růstu nákladů na dlouhodobou péči, % HDP (2007-2060)

	Nárůst 2007-2060					
	% body HDP		v %		rozdíl vs "pure demographic"	
	rychlý růst	pom růst	rychlý růst	pom růst	rychlý růst	pom růst
BE	1,9	1,3	127	86	0,3	-0,3
BG	0,3	0,2	137	95	0,0	0,0
CZ	0,5	0,4	224	166	0,1	-0,1
DK	2,1	1,4	118	79	0,4	-0,3
DE	1,8	1,3	193	140	0,3	-0,2
EE	0,1	0,1	157	112	0,0	0,0
IE	1,6	1,2	193	142	0,2	-0,2
EL	2,8	2,1	200	147	0,4	-0,4
ES	1	0,8	198	156	0,1	-0,1
FR	1,1	0,7	81	48	0,2	-0,2
IT	1,7	1,1	105	68	0,3	-0,3
CY	0,0	0,0	123	83	0,0	0,0
LV	0,6	0,4	166	118	0,1	-0,1
LT	0,7	0,5	148	103	0,1	-0,1
LU	2,5	1,8	185	134	0,4	-0,3
HU	0,5	0,3	175	126	0,1	-0,1
MT	2,1	1,6	223	165	0,3	-0,3
NL	6,1	4,4	180	130	0,9	-0,8
AT	1,6	1,1	128	88	0,3	-0,2
PL	0,8	0,6	213	158	0,1	-0,1
PT	0,1	0,1	184	133	0,0	0,0
RO	0,0	0,0	254	191	0,0	0,0
SI	2,1	1,6	193	141	0,3	-0,3
SK	0,5	0,4	227	170	0,1	-0,1
FI	3,1	2,3	175	126	0,5	-0,4
SE	3,2	2	91	57	0,6	-0,6
UK	0,7	0,4	83	50	0,1	-0,1
NO	3,4	2,4	160	113	0,5	-0,5
EA	1,8	1,2	137	95	0,3	-0,3
EU27	1,5	1,0	124	84	0,0	0,0
EU15	1,6	1,1	123	83	0,3	-0,2
EU12	0,6	0,4	188	137	0,0	-0,2

Dle: The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

Tabulka č. 7

Scénář vývoje počtu lidí potřebující dlouhodobou péči (2007-2060)

Počet lidí potřebujících péči "pure demographic scenario"								
Počet nesoběstačných seniorů (v tisících):			z toho klienti profesionálních služeb				neformální či 0 péče	
			v instituci		péče doma			
Rok	2007	2060	2007	2060	2007	2060	2007	2060
Belgie	455	978	118	349	130	308	207	321
Bulharsko	841	1207	35	68	62	116	744	1023
Česká republika	258	687	51	155	73	199	133	333
Dánsko	184	362	60	158	111	255		
Německo	3201	6036	541	1433	1028	2244	1612	2359
Estonsko	81	137	4	8	6	13	71	117
Irsko	93	383	22	113	40	187	30	83
Řecko	338	820	76	247	163	413	100	160
Španělsko	1728	4721	160	1148	181	1357	1366	2215
Francie	2283	4833	552	1302	953	2204	758	1327
Itálie	2515	5092	185	374	359	720	1992	3998
Kypr	35	134	3	12	0	0	32	122
Latvia	123	197	6	12	6	11	110	173
Lituania	191	364	32	67	7	15	152	281
Lucembursko	14	47	3	14	4	17	7	17
Maďarsko	594	1098	45	100	41	88	508	910
Malta	9	27	2	6	9	26		
Nizozemí	387	984	123	398	499	1189		
Rakousko	288	607	63	184	122	298	83	125
Polsko	1485	3582	1	2	146	366	1235	2884
Portugalsko	698	1494	75	240	146	366	471	853
Rumunsko	971	2237	82	213	16	39	743	1658
Slovinsko	76	157	9	23	31	100	52	95
Slovensko	239	662	0	0	56	131	208	562
Finsko	274	525	50	134	56	131	168	260
Švédsko	312	639	111	253				
Velká Británie	3094	6465	469	1257	207	424	1741	3151
Norsko	155	385	41	124	120	311		
EU 27	20705	44473	2897	8271	5536	13675	12272	22326
EU15	15604	33985	2629	7604	4890	12205	8285	14176
EU 10	3069	7043	151	386	438	1188	2500	5471
EU 12	4902	10488	269	668	646	1670	3087	6152

Dle: The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Tabulka č. 8

Scénář vývoje počtu starších lidí nesoběstačných lidí (2007-2060)

Počet starších nesoběstačných lidí dle "constant disability scenario" vývoj 2007-2060										
	2007	2010	2020	2030	2040	2050	2060	v tisících	v %	rozdíl oproti " pure demographic"
BE	455	475	548	647	765	841	866	411	90	-25
BG	841	840	923	995	1067	1165	1184	343	41	-3
CZ	256	274	343	417	473	516	578	322	126	-42
DK	164	168	199	252	285	304	312	148	90	-31
DE	3201	3383	3982	44469	5076	5583	5190	1989	62	-26
EE	81	81	89	97	106	115	123	42	52	-18
IE93	101	133	175	227	291	338	246	266	-49	
EL	338	368	449	490	570	649	686	348	103	-40
ES	1278	1830	2117	2523	3147	3799	4086	2358	136	-37
FR	2263	2399	2788	3336	3976	4212	4250	1087	88	-26
IT	2515	2659	3024	3362	3873	4379	4407	1891	75	-27
CY	35	37	51	68	84	104	123	88	256	-32
LV	123	124	129	143	155	170	182	59	48	-12
LT	191	197	213	245	280	306	322	131	69	-22
LU	14	16	20	25	32	38	42	27	190	-35
HU	594	612	716	783	869	973	1038	443	75	-10
MT	9	10	14	18	20	21	23	14	142	-43
NL	387	408	502	654	789	850	842	456	118	-37
AT	268	279	312	384	457	524	527	259	96	-30
PL	1486	1526	1967	2433	2738	3053	3286	1800	121	-20
PT	698	736	860	1004	1174	1326	1377	679	97	-17
RO	971	984	1123	1256	1518	1731	1928	957	98	-32
SI76	81	101	122	139	150	148	72	95	-12	
SK	239	248	319	409	478	554	604	365	153	-24
FI274	288	374	449	479	480	484	210	77	-15	
SE	312	318	359	434	479	508	539	228	73	-32
UK	3094	3197	3667	4334	4973	5418	5847	2754	89	-20
NO	155	160	190	239	292	322	348	193	125	-24
EU27	20706	21640	25321	29523	34231	38047	39331	18626	90	-25
EU15	15804	16626	19334	22539	26303	29189	29793	13990	89	-27
EU10	3089	3192	3941	4734	5343	5962	6426	3336	108	-20
EU12	4902	5016	5987	6984	7928	88858	9537	4636	95	-19

Dle: The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

Tabulka č. 9

Vývoj růstu veřejných nákladů % HDP (2007-2060)

Vývoj veřejných nákladů na dlouhodobou péči % HDP - "constant disability"					
	růst 2007-2060				Rozdíl oproti "pure demographic"
	2007	% body HDP	%	2060	
BE	1,5	1,2	81	2,7	-0,4
BG	0,2	0,2	112	0,4	0,0
CZ	0,2	0,4	163	0,6	-0,1
DK	1,7	1,3	74	3,0	-0,4
DE	0,9	1,3	141	2,2	-0,2
EE	0,1	0,1	114	0,1	0,0
IE	0,8	1,2	145	2,1	-0,2
EL	1,4	2	140	3,4	-0,5
ES	0,5	0,8	155	1,3	-0,1
FR	1,4	0,7	52	2,1	-0,2
IT	1,7	1,1	69	2,8	-0,3
CY	0,0	0,0	89	0,0	0,0
LV	0,4	0,5	132	0,9	0,0
LT	0,5	0,5	110	1	-0,1
LU	1,4	1,9	138	3,3	-0,3
HU	0,3	0,4	138	0,6	0,0
MT	1,0	1,4	149	2,4	-0,4
NL	3,4	4,2	126	7,6	-0,9
AT	1,3	1,1	84	2,3	-0,3
PL	0,4	0,7	165	1,1	-0,1
PT	0,1	0,1	145	0,2	0,0
RO	0,0	0,0	188	0,0	0,0
SI	1,1	1,7	153	2,8	0,0
SK	0,2	0,4	175	0,6	0,0
FI	1,8	2,5	138	4,2	-0,2
SE	3,5	2	56	5,5	-0,6
UK	0,8	0,4	54	1,3	-0,1
NO	2,2	2,5	118	4,7	-0,4
EA	1,3	1,2	95	2,5	-0,3
EU27	1,2	1,0	85	2,3	-0,2
EU15	1,3	1,1	84	2,4	-0,2
EU12	0,3	0,4	144	0,7	-0,1

The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint Report prepared by the European Commission(DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG). Brusel, Evropská komise, 2009

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Tabulka č. 10

Současný stav vybraných zdravotnických a sociálních služeb za rok 2009 dle jednotlivých krajů

Kraj a populace 65 + čísla sloupců	Lůžka následné péče 1) ,2)	Počet lůžek OÚL a LDN	Zdrav. domácí péče dostupnost 3) 4)	Počty pracovníků/ kapacita klientů	Domovy pro seniory dostupnost 5) 6)	Počet DD / lůžek v DD	Pečovatel služba dostupnost 7) 8)	Počet t agentur/ poče klientů
Praha	121,2/	1610	30,8 /	342,2 /	96,6 /	2 019 /	8,3 /	36 /
65 + 195 159	0.82%		3.20%	6 322	1.03%		11.90%	23 236
Středočeský	96,5 /	1817	51,2 /	175,8 /	44,3 /	63 /	7,7 /	80 /
65 + 175 369	1.03%		1.90%	3 428	2.20%	3 951	12.80%	22 488
Jihočeský	95,2 /	1817	51,2 /	175,8 /	44,3 /	63 /	7,7 /	80 /
65 + 94 248	1.05%		1.90%	3 428	2.20%	3 951	12.80%	22 488
Plzeňský	100,1 /	871	31,1 /	155,3 /	36,6 /	37 /	11,0 /	48 /
65 + 86 754	0.99%		3.20%	3 028	2.70%	2 571	9.00%	8 541
Liberecký	148 /	469	68,1 /	52,5 /	70,5 /	16 /	12,3 /	42 /
65 + 69 702	0.67%		1.46%	1 203	1.40%	988.00%	8.00%	5 640
Karlovarský								
69.7	604	29,4 /	73,4 /	43,0 /	17 /	9,5 /	20 /	
65 + 42 119	1.43%		3.39%	1 431	2.30%	978.00%	10.40%	4 409
Ústecký	90,7 /	1225	39,9 /	142,8 /	28,0 /	42 /	13,7 /	67 /
65 + 111 074	1.10%		2.50%	2 785	3.50%	3 957	7.20%	8 075
Vysočina	108,7 /	720	41,4 /	96,6 /	37,0 /	20 /	7,7 /	63 /
65 + 78 266	0.92%		2.41%	1 890	2.60%	2 112	12.90%	10 118
Královohradecký	115,5 /	752	42,6 /	104,6 /	38,9 /	32 /	11,8 /	50 /
65 + 86 878	0.86%		2.34%	2 040	2.50%	2 229	8.40%	5 832
Pardubický	96,2 /	809	38,6 /	103,3 /	40,6 /	20 /	10,0 /	58 /
65 + 77 795	1.03%		2.58%	2 014	2.40%	1 913	9.90%	7 724

Kraj a populace 65 + čísla sloupců	Lůžka následné péče 1) ,2)	Počet lůžek OÚL a LDN	Zdrav. domácí péče dostupnost 3) 4)	Počty pracovníků/ kapacita klientů	Domovy pro seniory dostupnost 5) 6)	Počet DD / lůžek v DD	Pečovatelská služba dostupnost 7) 8)	Počet t agentur/ počet klientů
Jihomoravský	146,8 /	1214	56,6 /	161,5 /	56,6 /	6 /	7,7 /	65 /
65 + 178 198	0.68%		1.76%	3 149	1.70%	231.00%	12.80%	22 964
Zlínský	124,0 /	738	47,8 /	98,1 /	32,4 /	37 /	13,8 /	45 /
65 + 91 512	0.81%		2.09%	1 913	3.00%	2 819	7.20%	6 589
Olomoucký	138,4 /	702	49,5 /	100,6 /	43,8 /	32 /	10,0 /	36 /
65 + 97 156	0.72%		2.02%	1 962	2.20%	2 214	9.90%	9 640
Moravskoslezský	92,5 /	1957	46,9 /	197,7 /	39,4 /	63 /	10,3 /	69 /
65 + 180 942	1.08%		2.13%	3 855	2.50%	4589	9.60%	17451
Česká republika	108,6 /	14 331	41,5 /	1 923,6 /	44,1 /	35 212	9,4 /	729 /
65 + 1 556 152	0.92%		2.41%	37 510	2.20%		10.50%	163 876
Česká republika	108,6 /	14 331	41,5 /	1 923,6 /	44,1 /	35 212	9,4 /	729 /
65 + 1 556 152	0.92%		2.41%	37 510	2.20%		10.50%	163 876

Popis metodiky výpočtů indexu dostupnosti v číslech a procentech v tabulce č. 10

1. Index dostupnosti lůžek následné péče a ošetrovatelských lůžek
= počet obyvatel starších 65 let / počet lůžek v LDN a ošetrovatelských lůžkách
2. % dostupnost lůžek následné péče a ošetrovatelských lůžek
= počet lůžek/počet obyvatel starších 65 let: 100
3. Index dostupnosti domácí zdravotní péče
= počet obyvatel starších 65 let/skutečnou kapacitou klientů
4. % index dostupnosti domácí zdravotní péče
= počet skutečné kapacity klientů/počtem obyvatel starších 65 let:100
5. Index dostupnosti pobyt lůžek v domovech pro seniory
= počet obyvatel starších 65 let / počet lůžek v domovech pro seniory
6. % dostupnosti pobytových lůžek v domově pro seniory
= počet lůžek v domovech pro seniory / počet obyvatel starších 65 let: 100
7. Index dostupnosti pečovatelské služby
= počet obyvatel starších 65 let/skutečná kapacita klientů pečovatelské služby
8. % dostupnosti pečovatelské služby
= skutečná kapacita klientů pečovatelské služby /počet obyvatel starších 65 let: 100

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

Tabulka č. 11

Plánování a doporučení LTC do roku 2020

kraj	1 LDN+oš.lůž. 2008 poč.lůžek/ % dostup.	2 EU 0,5 % LDN+oš.lůž. 2010/2020 počet doporuč. počet lůžek	3 2009-11 transfor. lůžek	4 EU 0,6 % lůžka DP*** 2011/2020 % dostup./ doporuč. počet lůžek	5 dom.zdrav.péče 2009 (5 % DZP) poč.klientů/ poč.prac.	6 EU 5 % dom.zd.p. 2020 % dostup./ poč.klientů/ poč.prac.	7 peč.slůž. 2009 počet poč.klientů/ poč.agentur	8 EU 15% peč.slůž. 2020 % dostup./ klientů	9 dom.důch. DD 2009 poč. DD/ poč.klientů	10 EU 3,4 % DD 2020 poč. klientů
Praha	1610/0,82	976/1464	634	1171/1756	3,2/6322/324,2	14637/751	11,9/23236/36	43 911	1,03/.../2019	9953
Stř.č. kraj	1817/1,03	868/1315	949	1052/1578	1,9/3428/175,8	13153/674,5	12,8/22488/80	39458	2,2/63/3951	8944
Karlovar.kraj	604/1,43	211/316	393	253/379	3,39/1431/73,4	3159/162	10,4/4409/20	9477	2,3/17/978	2148
Plzeň.kraj	867/0,99	434/651	433	521/781	3,07/1670/136,9	6507/334	12,8/11160/50	19520	1,9/20/1724	4424
Liberec.kraj	469/0,67	348/523	121	418/627	1,46/1023/52,5	5228/269	8/5640/42	15683	1,4/16/988	3555
Ústec.kraj	1225/1,10	555/833	670	666/1000	2,5/2785/142,8	8331/427	7,2/8075/67	24992	3,5/42/3957	5665
Vysočina	720/0,92	391/587	329	470/704	2,41/1890/96,9	5870/301	12,9/10118/63	17610	2,6/20/2112	3992
Král.hř.kraj	752/0,86	434/652	318	521/782	2,34/2040/104,6	6516/334	8,4/5832/50	19548	2,5/32/2229	4431
Pardubic.kr.	809/0,71	569/853	240	683/1024	2,58/2014/103,3	8535/437,5	9,9/7724/58	25604	2,4/20/1913	5804
Jihomor.kr.	1214/0,68	891/1336	323	1069/1604	1,76/3149/161,5	13365/685,5	12,8/22964/65	40095	1,4/43/3148	9088
Zlínský kraj	738/0,81	458/686	280	549/824	2,09/1913/98,1	6863/352	7,2/6589/45	20590	3,0/37/2819	4497
Olomouc.kr.	702/0,72	486/729	216	1619/2429	2,02/1962/100,6	7287/373,5	9,9/9640/36	21860	2,2/32/2214	4955
Mor.slez.kr.	1957/1,08	905/1357	1052	1086/1628	2,13/3855/197,7	13571/696	9,6/17451/69	40712	2,5/63/4589	9228
Jih.č.kraj	817/0,86	471/707	346	565/848	3,2/3028/155,3	7069/362,5	9/8541/48	21206	2,7/37/2571	4807
ČESKÁ REP.	14331/0,92	7781/11671	6550	9337/14005	2,41/37510/1923,6	116711/5985	10,2/163867/729	350134	2,25/.../35212	79364

- sloupec č. 1 udává počet současných lůžek následné dlouhodobé péče a index dostupnosti
 sloupec č. 2 udává doporučený počet lůžek následné dlouhodobé péče dle doporučení EU
 sloupec č. 3 udává doporučený počet lůžek dlouhodobé péče, která vzniknou transformací ošetř. a lůžek LDN
 sloupec č. 4 udává počet doporučených lůžek dlouhodobé péče s výhledem do roku 2020
 sloupec č. 5 udává současný index dostupnosti dom.zdrav.péče v ČR
 sloupec č. 6 udává zvýšení dom.zdrav.péče dle doporučení EU do roku 2020, výhledově se musí dom.zdrav.péče zvýšit o 2,6 %
 sloupec č. 7 udává dostupnost pečovatelské služby pro seniory v ČR
 sloupec č. 8 udává doporučený index dostupnosti pečovatelské služby dle EU, do roku 2020, bude nutné zvýšit dostupnost o 4,5%
 sloupec č. 9 udává dostupnost klientů v pobytových službách v domovech pro seniory
 sloupec č. 10 udává index dostupnosti dle EU v pobytových službách, domovy pro seniory

Metodika výpočtů a doporučení dle EU (tabulky č. 11 dle jednotlivých krajů)

Základní měrná jednotka: příklad: 1 000 obyvatel 65 + = 100 %
 1 % = 1 000 / 100 = X lůžek, lékařů, míst v DpS atp. na 10 obyv. 65 +

Základní parametry pro jednotlivé typy dlouhodobé péče (stanoveno v souladu s koncepcí geriatrie a gerontologie, v souladu s evropskými doporučovanými průměrnými údaji)

typ péče	potřebný indexdostupnosti(pro populaci 65 +)
nemocniční lůžková následná péče (LDN, oš. lůžka)	0,5 %
dlouhodobá lůžková péče	0,6 %
domácí zdravotní i sociální péče	7,6 %
péče v domovech pro seniory	3,4 %
sociální potřebnost (všechny varianty péče) - předpoklad	16 - 20 %

16 % obyvatel 65+ potřebuje nějaký typ zdravotní nebo sociální péče (nejčastěji kombinace obojího) – tzv. sociální potřebnost

V současné době vykazuje Evropská unie průměrně 7,6 % poskytované dlouhodobé péče pro seniory 65+*

Z dostupných údajů za ČR se vykazuje průměrně 7,3 % nějakého druhu poskytované péče pro seniory 65+* (není uvedeno, z jakých podkladů bylo čerpáno) – zřejmě je započítána i péče akutní lůžková nebo v jiných typech následné péče (odborné léčebné ústavy) + lázně + hospice + všechny typy sociálních služeb

* dle údajů EU – *Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, september 2009*

1. EU doporučuje např. pro domovy pro seniory 3,4 % míst pro obyvatelstvo 65+
2. V ČR je v současné době 3,6 % míst v domovech pro seniory (vysoké náklady na pobyt klienta),
3. Jsou poddimenzovány ostatní potřebné služby – lůžka dlouhodobé péče, zdravotní i sociální péče domácí (levnější než péče lůžková), hospicová péče lůžková i domácí (levnější než péče na akutních lůžkách, kam indikačně pacient v terminálním stavu nepatří!).
4. Dlouhodobou lůžkovou péči nelze suplovat pobytem na lůžku následné péče ve zdravotnickém zařízení, které je ze 100 % financováno z veřejného zdravotního pojištění – nutnost restrukturalizace financování tohoto typu péče;
5. Hospicovou péči lůžkovou i domácí nelze suplovat „levnější“ péčí v LDN či na ošetřovatelských lůžkách – tento typ lůžek (LDN, oš. lůžka) je určen pro pacienty s prognózou zlepšení či stabilizace zdravotního stavu pacienta, bez dostatečné péče paliativní (především tišení bolesti) u pacientů v terminálním stavu
6. Nutnost zakotvení tohoto typu péče v legislativě zdravotní i sociální oblasti

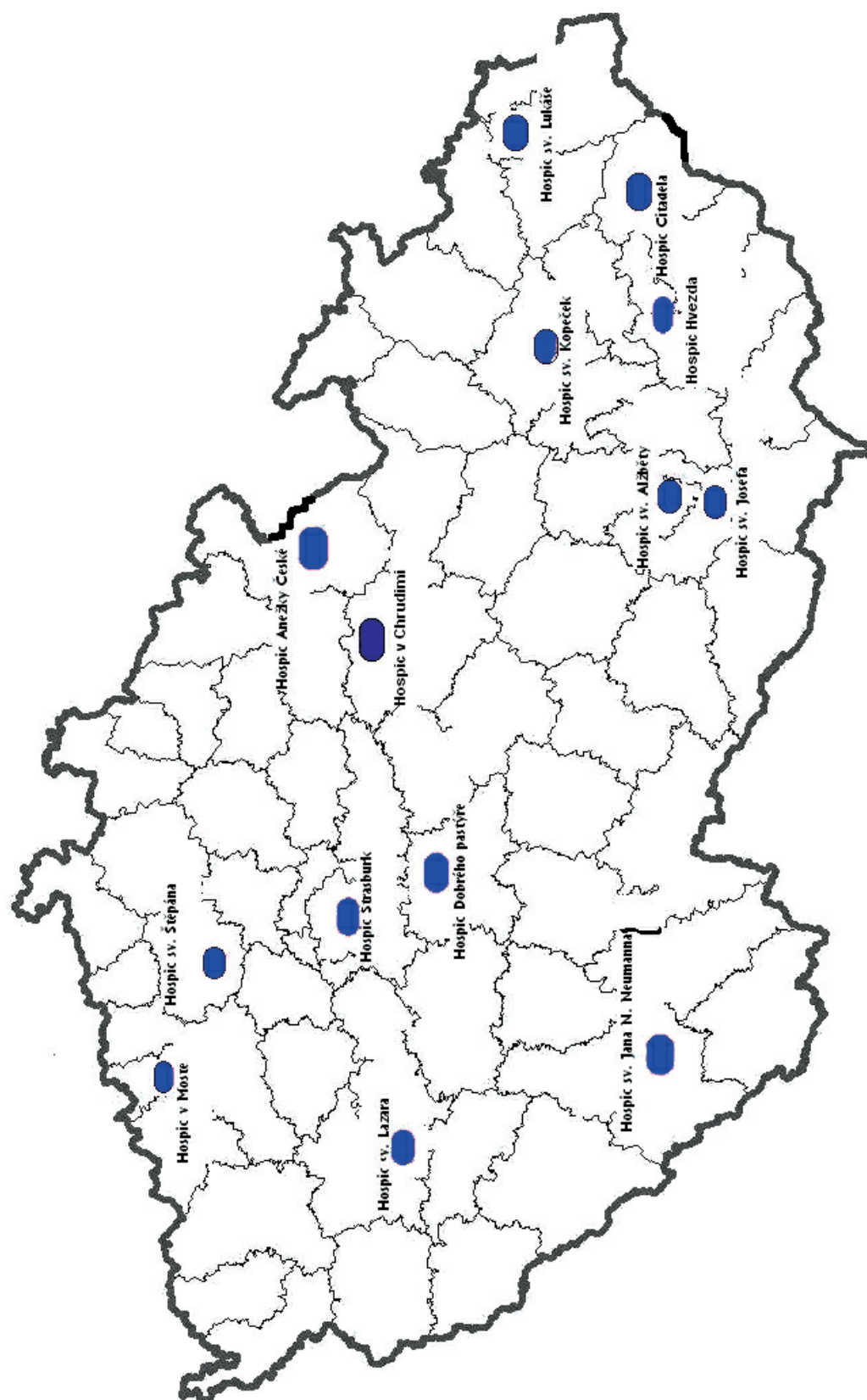
Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR

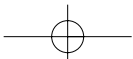
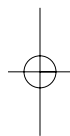
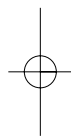
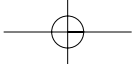
Mapa hospiců v České republice

Ministerstvo zdravotnictví vnímá hospicovou péči jako nedílnou součást zdravotní péče lůžkové i ambulantní – proto již od r. 1996 – více jak 10 let – poskytuje finanční dotace na vznik lůžkových hospiců v rámci akčního plánu na výstavbu hospiců.

Hospice, které vznikly a jsou v provozu i díky finanční podpoře MZ:

- 1996 – Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
- 1998 – Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích,
- 1998 – Hospic sv. Lazara v Plzni,
- 1999 – Ústav léčby bolesti s hospicem v Rajhradě u Brna,
- 2001 – Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích,
- 2002 – Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce,
- 2004 – Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí.
- 2005 – Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích
- 2008 – Hospic Dobrého pastýře v Čerčanech
- 2008 – Hospic sv. Lukáše Ostrava Výškovice
- 2009 – Hospic v Chrudimi – Občanské sdružení Smíření





Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v české republice

Autorský kolektiv:

Mgr. Monika Válková

Ing. Marie Kojesová

Doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD.

Předmětná studie je autorským dílem ve smyslu zákona o právu autorském a je chráněna autorským a distribučním právem, jehož nositelem jsou autoři tohoto díla. Porušení autorských práv pak zakládá jak občanskoprávní, tak trestně právní odpovědnost, včetně povinnosti k náhradě škody.

© Copyright

Účelová neperiodická publikace

Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice

Vyšlo v roce 2010,
vydání první, 83 stran, 300 výtisků.
Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí,
Na Poříčním právu 1, 128 01 Praha 2
jako neprodejnou účelovou publikaci.

ISBN 978-80-7421-021-1
N e p r o d e j n é