

Iva Holmerová a kolektiv

Dlouhodobá péče

geriatrické aspekty a kvalita péče



Iva Holmerová a kolektiv

Dlouhodobá péče

geriatrické aspekty a kvalita péče

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., a kolektiv

Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita

Kolektiv autorek:

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., Mgr. Ing. Alena Waageová, Mgr. Dana Hradcová, Ph.D.,
MUDr. Michaela Baumanová, PhDr. Eva Jarolímová, Mgr. Martina Mátlová,
Mgr. Vendula Pírková, Mgr. Monika Válková, MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.

Recenzenti:

Doc. MUDr. Roman Jiráček, CSc.
MUDr. Ivo Bureš

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Iva Holmerová, 2014

© Grada Publishing, a.s., 2014

© Univerzita Karlova v Praze, Fakulta humanitních studií, 2014

Cover Design © Grada Publishing, a.s.

Obrázek na obálce © toy_box

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6052. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Helena Vorlová

Sazba a zlom Jan Šístek

Obrázky dodaly autorky

Počet stran 176

1. vydání, Praha

Vytiskla tiskárna Printo, spol. s r.o., Ostrava-Poruba

Publikace vznikla s podporou grantů NT 13705 a NT 11325-5/2010 IGA MZ ČR „Dlouhodobá péče pro seniory: problematika kvality péče v institucích, kultury organizace a podpory důstojnosti starých křehkých pacientů“.

Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-5924-1 (ePUB, Grada Publishing, a.s.)

ISBN 978-80-247-5923-4 (pdf, Grada Publishing, a.s.)

ISBN 978-80-247-5439-0 (print, Grada Publishing, a.s.)

ISBN 978-80-87398-79-1 (FHS UK)

Obsah

Úvod	7
1 Vývoj dlouhodobé péče pro seniory v posledních desetiletích	11
1.1 Snahy České gerontologické a geriatrické společnosti	14
2 Historie posledních let vývoje dlouhodobé péče	21
3 Diskurs a terminologie související s dlouhodobou péčí	29
3.1 Terminologie v oblasti dlouhodobé péče	32
3.2 Vývoj terminologie v České republice	34
3.3 Neregistrovaná zařízení	38
4 Jaký je rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí <i>(spoluautorka Hana Vaňková)</i>	41
4.1 Dynamika vývoje stavu pacientů následně a dlouhodobé péče	43
5 Dlouhodobá péče v evropském a mezinárodním kontextu	53
6 Funkční stav a potřeba zdravotní péče v zařízeních pro seniory <i>(spoluautorka Hana Vaňková)</i>	58
6.1 Soběstačnost: aktivity denního života	59
6.2 Jaký je výskyt kognitivních poruch a demence v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem v České republice?	64
6.3 Které charakteristiky uživatelů služeb DpS a DZR nejvíce souvisejí s potřebou ošetrovatelské péče?	69
7 Medicína dlouhodobé péče u nás a ve světě <i>(spoluautorka Vendula Pírková)</i>	72
8 Pohled na funkční hodnocení geriatrického pacienta a jiných skupin pacientů v dlouhodobé péči	78
8.1 Soběstačnost	78
8.2 Mobilita	82

8.3	Senzorické funkce	83
8.4	Křehkost a kondice	83
8.5	Stav výživy	85
8.6	Bolest	85
8.7	Kvalita života	86
8.8	Klinické vyšetření	86
9	Orientační pohled na psychické funkce staršího člověka (spoluautorka Eva Jarolímová)	90
9.1	Kognitivní funkce	90
9.2	Emotivita, nálada a motivace	94
10	Interprofesionální přístup a plánování péče podle potřeb člověka	97
11	Úvod do problematiky kvality v dlouhodobé péči (Alena Waageová, Iva Holmerová, Michaela Baumanová, Dana Hradcová, Martina Mátlová, Hana Vaňková)	104
11.1	Integrovaný systém managementu kvality použitelný pro dlouhodobou péči	111
11.2	Struktura systému kvality	116
11.3	Indikátory kvality, monitorování, měření a zlepšování	116
11.4	Indikátory, spokojenost klientů	118
11.5	K terminologii v oblasti kvality péče	122
11.6	Vytvoření sady indikátorů kvality dlouhodobé péče	127
12	Indikátory pro hodnocení kvality dlouhodobé geriatrické péče definující standardní úroveň Standardy dlouhodobé geriatrické péče (spoluautorky Michaela Baumanová, Dana Hradcová, Eva Jarolímová, Vendula Pírková, Monika Válková, Hana Vaňková, Alena Waageová)	148
12.1	Účel standardů dlouhodobé péče	148
12.2	Jak k materiálu přistupovat	149
	Seznam použitých zkratk	172
	Rejstřík	174
	Souhrn/Summary	176

Úvod

Tato monografie o dlouhodobé péči vznikla jako jeden z výstupů projektu, který se po několik let zabýval problematikou dlouhodobé péče v podmínkách České republiky, tedy v zařízeních jak sektoru zdravotnictví, tak v působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Díky tomuto projektu jsme měli možnost seznámit se s praxí v různých typech zařízení poskytujících dlouhodobou péči a také s nejčastějšími problémy, které se tu vyskytují nebo které tato zařízení mají v rámci našeho systému zdravotní a sociální péče.

Zabýváme se tedy problematikou dlouhodobé péče převážně s ohledem na pacienty vyššího věku, a to v ústavní péči. Máme pro to dobré důvody. Jedním je skutečnost, že se jedná o otázku důležitou a stále více diskutovanou i na mezinárodních fórech. Dalším důvodem je, že tak byl zaměřen náš výzkumný projekt. Zabýval se problematikou dlouhodobé péče o pacienty vyššího věku právě v různých typech institucí – jak ve sféře zdravotní, tak ve sféře sociální. Velice pádným důvodem je skutečnost, že lidé vyššího věku představují v dlouhodobé péči naprostou většinu. Naše populace stárne. Nejrychleji narůstají zejména skupiny lidí v nejvyšších decenních (oldest old) (1). Mnoho lidí z této věkové skupiny trpí poruchami zdraví způsobujícími nesoběstačnost, a tedy i potřebu dlouhodobé péče (2). Jak poukazují mnozí autoři, tato potřeba velmi rychle narůstá s věkem (3). Zatímco u mladších seniorů se jedná o jednotky procent, v 75 letech jde již o 10 %, v 80 letech o 15 %, o více než čtvrtinu 85letých a dokonce tři čtvrtiny 90letých (4). Na další významnou skutečnost poukázalo již 2. světové shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu v roce 2002 (5). Jde o fakt, že vyššího věku se dožívají také lidé s disabilitou. To vidíme mimo jiné na věkovém složení obyvatel domovů pro osoby se zdravotním postižením. I zde dochází k dosud nebývalé akcentaci geriatrické problematiky. Dále žijí také lidé s chronickými onemocněními, která v současné době neumíme sice vyléčit, ale management těchto onemocnění i péče a podpora zdraví umožňují těmto lidem žít daleko déle, než tomu bylo dříve. Daleko více lidí také přežívá kritické a život ohrožující zdravotní situace, úrazy a těžká onemocnění. Mnozí z nich však s významnými následky způsobujícími disabilitu (6). Skupina lidí, kteří potřebují dlouhodobou péči z důvodu dlouhotrvající nesoběstačnosti podmíněné disabilitou a zhoršením zdravotního stavu, je velmi heterogenní a početná. Jen počet příjemců příspěvku na péči u nás v současné době je cca 300 000 lidí (7). Zdaleka ne všichni nesoběstační lidé pobírají příspěvek na péči, i když současný společenský diskurs na toto téma je spíše opačný a poukazuje na to, že příspěvek pobírají i ti, kteří jej řádně nevyužívají. To však často neznamená, že

by odpovídající služby nepotřebovali, spíše jim nejsou adekvátně poskytovány, neumějí či si je nechtějí zajistit. Východiskem správného zajištění dlouhodobé péče je funkční hodnocení, kterému budeme věnovat v této publikaci pozornost. Podle našeho přesvědčení se jedná skutečně o klíčovou součást a podmínku péče. Podmínku, jejíž správné splnění by mělo garantovat i optimální alokaci omezených zdrojů těm, kteří péči skutečně potřebují. Pozornost v této publikaci věnujeme také problematice multidisciplinární a interprofesionální komunikace a spolupráce, kterou považujeme za nutné východisko pro správnou praxi v zajištění kvalitní péče o dlouhodobě nemocné (nejen) geriatrické pacienty.

Pro úplnost musíme dodat, že dlouhodobá péče je problematikou daleko širší, než je jen péče ústavní. Většina lidí s omezenou soběstačností žije v domácím prostředí a péči zajišťují jak rodinní pečující, tak terénní služby. Kvalita a způsob poskytování péče záleží jak na rodinách samotných, tak i na podpoře a službách, které mají k dispozici. V různých obcích i oblastech České republiky je situace v poskytování a zjištění péče velmi různá. Někteří pacienti a rodiny mohou mít k dispozici ucelené spektrum zdravotně sociálních služeb dle svých aktuálních potřeb. Naopak v některých oblastech se nedostává ani služeb základních. Poskytování služeb v domácím prostředí, problematika rodinných pečujících i terénních služeb jsou dalšími velkými tématy, která jistě stojí za pozornost. V této monografii budou však zmíněna spíše okrajově. Věříme však, že i rodinní pečující a pracovníci terénních služeb budou moci z některých kapitol knihy čerpat pro svou činnost a práci.

Naším cílem je poskytnutí základních informací o situaci a východiscích dlouhodobé péče ve světle vlastního výzkumu a vlastních poznatků. Proto do této publikace zařazujeme jak stručnou informaci o směřování dlouhodobé péče v Evropě, tak i obsáhlejší kapitulu o situaci v poskytování dlouhodobé péče u nás, na niž navazuje informace z vlastního šetření o zdravotním stavu pacientů v zařízeních dlouhodobé péče. Relativně obsáhlá část se zabývá problematikou kvality dlouhodobé péče.

V textu budeme používat termíny pacient, pacientka, pacienti. Činíme tak po zralé úvaze. Naše monografie se totiž zaměřuje na lidi s významnou zdravotní problematikou. Hledí na ně převážně z pohledu poskytování zdravotní péče v rámci péče dlouhodobé. Nechceme naznačovat, že by tato péče byla důležitější komponentou, ale nepochybně je nedílnou součástí dlouhodobé péče a tato monografie se na ni zaměřuje. Nebudeme tedy používat pojmy žadatel, zájemce, uživatel, klient a podobně. Pokud však nebudeme mít na mysli přímo zdravotní stránku péče, budeme se snažit hovořit o člověku a lidech či osobách, což jsou pojmy, ke kterým jsme dospěli po diskusi jak v České Alzheimerovské společnosti (člověk s demencí), tak v rámci Alzheimer Europe

(person with dementia) a konečně i v rámci našeho malého výzkumného týmu Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Ostatně i na jiných fórech se toto označení užívá – lidé s disabilitou. Podle našeho názoru je označení uživatel sice součástí zákona, tak jako jsme v jiných zákonech například fyzickými osobami. Nikdo ale v běžném životě neříká, že musí ještě třem fyzickým osobám opravit televizor. Zdá se nám, že naše sociální služby, které by se měly snažit docílit co největší integrace lidí do společnosti, podpory jejich důstojnosti a autonomie, hovoří někdy málo srozumitelným jazykem o lidech jako o uživateli. A to i v souvislostech života, který by měl být co nejnormálnější, lidský, tedy pokud možno ne-pacientský a ne-uživatelský.

Literatura

1. Burcin B, Kučera T. Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008–2070. Praha: Přírodovědecká fakulta 2010.
2. Wija P. Podkladový materiál k problematice dlouhodobé péče a zdravého stárnutí. Praha: UK FHS a MZ ČR 2013.
3. EC. Evidence on Demographic and Social Trends Social Policies' Contribution to Inclusion, Employment and the Economy. Brussels: 2013.
4. Víšek P, Průša L. Optimalizace sociálních služeb. Praha: 2012.
5. Holmerová I (ed.) Madridský plán a jiné strategické dokumenty. Praha: EVerlag 2007.
6. EC. Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options. Brussels: European Commission, 2013 Contract No. 41.
7. Daňková S, Hrkál J, Hromádková E, Roubal T, Žofka J. Analýza příjemců příspěvku na péči a potenciálních klientů dlouhodobé péče. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí 2011.

1 Vývoj dlouhodobé péče pro seniory v posledních desetiletích

Pokud bychom se chtěli zabývat vývojem věd o stárnutí v České republice, museli bychom se vrátit nejen do minulého, ale i předminulého století, ke vzniku jednoho z prvních oddělení zaměřených na nemoci stárnutí, k významným objevům v oblasti demence a podobně. To však není předmětem této publikace. Jak uvádí ve své knize Fenomén stáří Helena Haškovcová (1), vývoj gerontologie a geriatrie v České republice má mnohaletou tradici a mezi důležité mezníky patří vznik České (1962) a Československé gerontologické společnosti, samostatného Kabinetu gerontologie a geriatrie (1974) a konečně **ustanovení geriatrie jako samostatného lékařského oboru** v roce 1983. Jako klinické zázemí tohoto oboru byly deklarovány **léčebny pro dlouhodobě nemocné**, které vznikaly od roku 1974 z tehdy málo vyhovujících interních oddělení „druhého typu“ („odkladových), které měly v roce „Sametové revoluce“ 1989 více než 8000 lůžek. **Domovy důchodců** s 33 000 lůžky v té době (1989) sloužily lidem „důchodového věku“, mohl do nich tedy odejít každý člověk důchodového věku na vlastní žádost. Kromě poskytování ubytování však tyto domovy zajišťovaly také do jisté míry ošetrovatelskou péči a dostupná tu byla zpravidla i péče lékařská. Nicméně již v té době byla léčebnám pro dlouhodobě nemocné vytýkána nevyhovující kvalita péče. Délka pobytu v nich byla v průměru kolem 80 dnů. Naopak domovům důchodců byla na jedné straně vytýkána nedostatečná péče, zejména nedostatečná ošetrovatelská péče, současně s tím však byly do značné míry kritizovány za to, že péče v nich má ústavní či zdravotnický charakter.

Za důležité považujeme zmínit se také o systému tzv. **geriatrických sester**, který byl zaveden v osmdesátých letech 20. století. Bylo to jedno z nepochybně velmi užitečných opatření v rámci tehdejšího zdravotnického systému. Geriatrické sestry působily v rámci obvodního zdravotnického systému, tedy jako spolupracovnice všeobecných obvodních lékařů (předchůdci nynějších praktických lékařů). Záměr naplnit normativ půl pracovního místa geriatrické sestry na jeden zdravotní obvod byl v průběhu osmdesátých let vcelku úspěšně uskutečněn. Základem zdravotní péče o starší občany tedy měla být péče všeobecného obvodního lékaře, se kterým pracovala jeho všeobecná zdravotní

sestra a na půl úvazku téměř na každém obvodu pracovala geriatrická sestra. Jednalo se o systém, který mohl být a v mnoha případech také byl skutečně velice funkční základnou zdravotní péče o starší osoby. Povinností geriatrické sestry byla dispenzarizace osob starších 65 let a z nich zejména starších lidí s více rizikovými faktory (2, 3). Na jeden zdravotní obvod v průměru připadalo 250–350 starších lidí, z nich cca 20 % s určitými riziky. Ty geriatrické sestry vyhledávaly a dle potřeby za nimi i pravidelně docházely a dle jejich potřeb zajišťovaly v této geriatrické návštěvní službě jak výkony preventivní (měření krevního tlaku), tak výkony léčebné (převazy, injekce, podávání inzulinu atd.) a další potřebné (například vyzvednutí léků z lékárny, dohled na podávání léků, poskytování potřebných informací a konzultací). Pokud spolupráce geriatrické sestry se všeobecným obvodním lékařem probíhala uspokojivě, dobře či dokonce skvěle, bylo možné velmi efektivně zajistit potřebnou péči i o velmi křehké a těžce nemocné pacienty v domácím prostředí, a to například i včetně zajištění paliativní péče v domácím prostředí. Přestože zdravotnictví té doby disponovalo jen velmi málo prostředky ve srovnání se současným stavem (a to i v intencích poměru HDP) a nebyly dostupné mnohé technické pomůcky ani některé moderní léky, organizace péče v mnohém deficitu kompenzovala, a to například tím, že opiáty podával v průběhu dne tým všeobecného lékaře a večerní dávky zajistila tzv. lékařská služba první pomoci, která fungovala paralelně s rychlou záchrannou službou a řešila situace naléhavé v řádu hodin nikoli však urgentní tak, jako bylo a je úkolem rychlé záchranné služby.

Po změně politické situace byl očekáván rozkvět i v této oblasti péče jak ve sféře ambulantní, tak ve sféře ústavní, a to zejména v souvislosti se stárnutím populace, fenoménem, na který poukazovalo jak **Světové shromáždění o stárnutí a stáří** ve Vídni v roce 1982 a také v Madridu v roce 2002 (4). Následná desetiletí však ukázala, že vývoj v oblasti dlouhodobé péče pro seniory (což platí do značné míry i o dlouhodobé péči obecně) se neubíral vždy žádoucím směrem.

Systém geriatrických sester se prakticky rozpadl již počátkem devadesátých let. Nebylo to však podle našeho názoru záměrem, ale pouze důsledkem vzniku systému všeobecného zdravotního pojištění, rychlé privatizace praxí obvodních lékařů, z nichž vznikaly ordinace soukromých praktických lékařů. Tito lékaři nebyli nikterak motivováni k tomu, aby zaměstnávali geriatrické sestry. Jak je všeobecně známo, někteří z nich prakticky sestry nezaměstnávají ani nyní, a to z ekonomických důvodů (plat nekvalifikované asistentky je nižší než plat sestry). Určitou náhradou za síť geriatrických sester se staly již v devadesátých letech 20. století vznikající **agentury domácí péče**, které do značné míry zakládaly či tu byly zaměstnávány právě geriatrické sestry. Nedošlo však

k takovému rozvoji domácí péče, aby byla funkce geriatrických sester úplně nahrazena. Zejména není zajištěna preventivní role těchto sester. Dále je jejich činnost do značné míry závislá na praktických lékařích, kteří musejí tuto péči indikovat. Vzhledem k regulačním opatřením zdravotních pojišťoven a různosti kvality spolupráce s jednotlivými praktickými lékaři, výkonovému systému úhrad a dalším systémovým překážkám, je v současné době mnohdy dostupnost domácí péče problematická, a to právě pro skupinu lidí, která ji potřebuje nejvíce – tedy pacienty seniorského věku, multimorbidní a s mnoha rizikovými faktory a geriatrickými syndromy včetně například kognitivní poruchy. **Možnost indikace domácí péče** má v současné době pouze praktický lékař, jedinou výjimku z tohoto pravidla tvoří propouštějící lékař nemocnice, který může indikovat domácí péči na 2 týdny po propuštění. Musíme však konstatovat, že o této možnosti mnoho ošetřujících lékařů v nemocnicích neví, nevyužívá ji, a potřebná kontinuita zdravotní péče po propuštění z nemocnice tak není mnohdy zajištěna vůbec. Požadavek, aby byla domácí péče indikována pouze praktickým lékařem, je jednou ze zásadních a systémových překážek rozvoje domácí péče. Vede ke značným rozdílům v jejím poskytování, neboť i zde záleží na kvalitě péče poskytované praktickým lékařem, na jeho zájmu o pacienty a ochotě indikovat další služby včetně domácí péče. Domácí péče tak v současné době zdaleka nenaplnuje svůj potenciál a nepřispívá v dostatečné míře k redukci pobytu v institucích. To ostatně prokazují i údaje o jejím poskytování. Služby domácí zdravotní péče ke konci roku 2011 poskytovalo celkem 472 poskytovatelů, zejména agentur domácí péče. Služeb domácí péče využilo více než 147 000 pacientů (cca o 3500 více než v roce 2010), z toho byly čtyři pětiny (79 %) ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny (64 %) tvořily ženy (ÚZIS, 2013). Osoby ve věku 65 a více let tvoří dlouhodobě přibližně 80 % všech pacientů (5–8).

Specifickým problémem, který s poskytováním domácí péče souvisí, je **domácí paliativní péče**. Kromě tzv. „kamenných“ hospiců, které začaly vznikat již v devadesátých letech a které jsou nepochybným přínosem v rozvoji paliativní péče, došlo ke vzniku zařízení poskytujících domácí paliativní péči, v Praze se jedná například o organizaci „Cesta domů“. Ta a jí podobné organizace zajišťují domácí paliativní péči (a to jak ošetrovatelskou, tak lékařskou, duchovní a další dle potřeby) (2). Tato péče však není financována ze zdravotního pojištění, a to ani formou ošetrovatelských návštěv, jako je tomu u jiných agentur domácí péče, které ovšem (pokud dobře fungují) zajišťují také ošetrovatelskou komponentu paliativní péče ve spolupráci s jinými poskytovateli. Tato situace je důsledkem dlouhodobé nedohody mezi zdravotními pojišťovnami na straně jedné a poskytovateli domácí hospicové péče na straně

druhé. V roce 2015 došlo k dohodě o vytvoření pilotního projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny, která nasmlouvala několika organizacím poskytujícím domácí hospicovou péči denní paušály ve výši blíží se platbě za lůžko a den ošetrovatelského typu v zařízení. Domníváme se, že se opět jedná o opatření nesystémové, zvyhodňující jen malou část poskytovatelů a pacientů, neboť paliativní péči potřebuje a měla by tedy být zajištěna mnohanásobně většímu počtu pacientů a podmínky pro její poskytování by měly respektovat princip ekvity tak, jak deklarují naše základní právní dokumenty.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné byly i v době transformace zdravotní péče vždy součástí systému zdravotní péče. Tuto skutečnost nelze zpochybňovat, přes občasné snahy tato zařízení považovat za zařízení „sociální“. Nicméně výkonový systém, na který přecházelo financování zdravotnictví, jejich financování neobsáhl. Podle prvních norem v oblasti zdravotního pojištění, zákona o všeobecném zdravotním pojištění 550/1991 Sb. (9) mělo být jejich financování zaručeno ze systému všeobecného zdravotního pojištění. Tento zákon uvádí, že ze zdravotního pojištění je hrazena „Potřebná zdravotní péče, která zahrnuje diagnostickou péči, léčebnou péči ambulantní i ústavní včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné“. Prováděcím předpisem zákona o všeobecném zdravotním pojištění byl Zdravotní řád (10), který explicitně uvádí v § 34, odstavec 1, že „péče poskytovaná v léčebnách dlouhodobě nemocných, péče v kojeneckých ústavech, dětských domovech, jeslích a letecká záchranná služba se hradí v roce 1992 z rozpočtu zřizovatele“. Léčebny tak po určitou dobu stály mimo tehdy se rozvíjející systém všeobecného zdravotního pojištění, což jistě neblaze poznamenalo možnost jejich rozvoje.

1.1 Snahy České gerontologické a geriatrické společnosti

Česká gerontologická a geriatrická společnost (ČGGS) České lékařské společnosti J. E. Purkyně vedla velmi intenzivní jednání k problematice péče o geriatrické pacienty zejména poté, co se stal předsedou České geriatrické společnosti (dále pak České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP) prim. MUDr. Jaroslav Přehnal, CSc., zakladatel Gerontologického centra Baťovy nemocnice ve Zlíně a její dlouholetý ředitel. Členové výboru ČGGS se nesnažili pouze o obecné nastavení změn v geriatrické péči, ale koncipovali také jednotlivé moderní typy geriatrických služeb. Kromě již výše zmíněného Gerontologického centra Baťovy nemocnice ve Zlíně se jednalo také o Geriatrické centrum v Pardubicích (prim. MUDr. Ivo Bureš), Gerontologické centrum v Praze (prim. MUDr. Iva Holmerová), které bylo modelem komunitního centra, a o moderně

vedenou Léčebnu pro dlouhodobě nemocné v Liberci (prim. MUDr. Alena Jiroudková). Počátkem devadesátých let 20. století vznikla také Klinika gerontologická a metabolická Fakultní nemocnice v Hradci Králové pod vedením prof. MUDr. Zdeňka Zadáka, CSc. Přes určitá úskalí se tak zdálo, že si česká geriatrie postupně vytváří svou odbornou základnu kvalitních služeb počínaje úrovní fakultní nemocnice, přes nemocnice krajské až po komunitní zařízení.

Již například v materiálu „Úkoly a cíle české geriatrie“ (11), který říjnu 1993 předložila k diskusi pracovní skupina při výboru České geriatrické společnosti vedená Jaroslavem Přehnaelem (tvořili ji dále Ivo Bureš, Iva Holmerová a Alena Jiroudková) je uvedeno: „Podmínky pro činnost geriatrie a celé oblasti dlouhodobé zdravotní péče nejsou v České republice na žádoucí úrovni a mnohdy jsou doslova alarmující... Jen plně rozvinutá komplexní geriatrická péče je schopna významně snížit společenské náklady na péči o chronicky nemocné, zlepšit kvalitu života a zdravotní stav starých lidí se všemi společenskými důsledky.“ Dále tento materiál navrhuje vytvoření odborných služeb pro geriatrické pacienty, a to jak ambulantních (zde zdůrazňuje potřebnosti dostupnosti geriatrických ambulancí, geriatrické domácí péče i stacionářů), tak ve sféře ústavní. V ústavní geriatrické péči pak pojmenovává tři typy péče: akutní oddělení, které zajišťuje diagnostiku, léčbu a rehabilitaci pacientů vyžadujících specifický geriatrický režim s cílem navrácení soběstačnosti. Geriatrický odborný léčebný ústav je pak určen pro nemocné se stanovenou diagnózou a léčebně-rehabilitačním programem zaměřeným na dosažení takového stupně soběstačnosti, který dovolí návrat do domácího prostředí. Jedná se tedy o pacienty s perspektivou propuštění. Dále je tu pak definován ošetrovatelský ústav jako zdravotnické zařízení pro pacienty vyžadující dlouhodobou nebo trvalou a převážně ošetrovatelskou péči. Tento materiál poukazuje na potřebu vícezdrojového financování dlouhodobé péče, která by však měla být součástí kvalifikované zdravotní péče.

V prosinci 1996 prošel prvním čtením v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky (i když s výhradami a návrhem omezené platnosti) vládní návrh zákona o všeobecném zdravotním pojištění. Návrh zákona v úvodu opět uváděl, že ze zdravotního pojištění má být hrazena péče o chronicky nemocné. V dalším textu však bylo uvedeno, že péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (LDN) ze zdravotního pojištění hrazena nebude. To bylo podle názoru ČGGS v rozporu se záměrem zákona samého, s potřebami občanů i s programovým prohlášením vlády, která deklarovala podporu právě tomuto typu péče. Pro starší občany to mohlo znamenat další zánik lůžek LDN, která byla fakticky jedinými chronickými lůžky zaměřenými na geriatrickou populaci. ČGGS ve svém prohlášení konstatovala, že *„Příčinou je právě neujasněné financování tohoto typu péče, která není zařazena do systému zdravotního pojištění. Tato*

skutečnost brání účelné transformaci celého akutního lůžkového fondu nemocnic ČR. Bude znamenat další suplování chronické péče na akutních lůžkách, a tím bude konzervovat neúčelné vynakládání části prostředků všeobecného zdravotního pojištění... V době deklarovaného a zřejmě i reálného nadbytku lůžkových zdravotnických služeb bude tedy stále více právě těch nejsnáze zranitelných pacientů postrádat přiměřenou péči.“

Tomuto kroku se snažila Česká gerontologická a geriatrická společnost zabránit jednak výše zasláným upozorněním a dále prostřednictvím interpelací poslanců a vystoupením členů jejího výboru při projednávání zákona o všeobecném zdravotním pojištění v Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky, což zprostředkoval tehdejší předseda výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Vladimír Špidla. Léčebny pro dlouhodobě nemocné tak zůstaly zdravotnickými zařízeními a byly zařazeny do systému zdravotního pojištění, nicméně problematika dlouhodobé péče tím zdaleka nebyla vyřešena, a to z mnoha zejména systémových důvodů, mezi které patřila rozporuplná opatření ministerstva zdravotnictví o následné péči, tzv. sociální hospitalizaci, vytvoření ošetrovatelských lůžek v nemocnicích a podobně. Nedochovalo tak k potřebné diferenciaci péče a jejího adekvátního odborného zajištění.

Nicméně tato i některá další opatření mohla vyvolávat určitý optimismus (který se však v dalším vývoji příliš nepotvrdil). Jedním z drobných pozitiv byl „Národní gerontologický program“, který byl vytvořen na základě iniciativy ČGGS a jednání s ministerstvem zdravotnictví, kdy bylo dovybaveno asi 20 léčeben pro dlouhodobě nemocné zejména polohovacími lůžky a dalším potřebným vybavením.

Do systému zdravotního pojištění, a tedy zpět do zdravotního systému (z něhož však de facto nebyly nikdy vyloučeny), se léčebny dostaly prakticky až v důsledku zařazení příslušného paušálu za úhradu lůžka a ošetrovacího dne tohoto typu ve vyhlášce 372/1998, kterou se vydal Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Prakticky v téže době vydalo ministerstvo zdravotnictví ve svém věstníku koncepci tzv. následné péče. Kromě léčeben tak vznikala zařízení následné péče, která již zpravidla nebyla charakterizována geriatrickou odborností.

Kromě již tak nedostatečně diferencovaného a definovaného fondu lůžek léčeben dlouhodobě nemocných vznikala další obdobná lůžka. Jejich péče byla hrazena z prostředků všeobecného zdravotního pojištění, ať se jednalo o pobyty k doléčení a rehabilitaci, či pobyty dlouhodobé spíše zdravotně sociálního charakteru.

Na neuspokojivý vývoj v oblasti péče o seniory, a to jak v sociální oblasti, tak v oblasti zdravotní péče poukazovala, jak jsme již uvedli, již od počátku

devadesátých let velmi aktivně Česká gerontologická a geriatrická společnost, která zejména v průběhu prvních dvou desetiletí po politických změnách oslovovala politiky, představitele resortů sociálních věcí i zdravotnictví, předkládala odborné podklady pro jednání. Přes toto úsilí četných členů společnosti a jejího výboru je třeba připustit, že k zásadním změnám v oblasti geriatrické a geriatrické dlouhodobé péče nedošlo. Většina změn, které byly provedeny, nebyla provázána s dalšími opatřeními a mnoho opatření by i do jisté míry pozitivních, tak nemohlo naplno uplatnit svůj potenciál (12).¹

Níže uvádíme například výchozí body navrhované ČGGS k jednání o zajištění diferencované péče o seniory, které proběhlo v roce 1997 na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky. Je do jisté míry překvapivé, že tyto (i další zásady a návrhy odborné společnosti) jsou aktuální i po téměř 20 letech.

„Na úrovni komunit: garantovat poskytování zdravotně sociálních služeb (zodpovědnost obce) – domácí péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu, nouzové volání, komunitní centra, komplementární služby, ubytování krátkodobé i dlouhodobé...

Na úrovni okresů či vyšších celků: garantovat specializované služby formou center integrujících v návaznosti několik typů diferencované geriatrické péče, a to i jako báze pro edukaci pracovníků v této oblasti.

Nerozšiřovat výstavbu velkokapacitních zařízení v sociální sféře – v souladu s peticí zdravotně postižených.“

K rozvoji služeb v oblasti geriatrické, zejména následné a dlouhodobé péče tímto směrem však zpravidla nedocházelo, naopak hrozilo její omezení, a to zejména nálepkováním jako řešení „sociálních“ problémů či situací.

Materiál předkládající koncepci oboru geriatrie (13) Jaroslavem Přehnalem, tehdejším předsedou České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP v roce 2001, doporučuje „Zlepšit koordinaci a kontinuitu péče o pacienty vyššího věku spoluprací s dalšími lékařskými obory a s příslušnými orgány a službami sociální péče“.

Definuje geriatrického pacienta a uvádí, že „Věkový limit 65 let, který dobře vymezuje „starou“ populaci ze socioekonomického hlediska, nevystihuje

¹ Jednalo se například o různé snahy o definování sociální hospitalizace, následné péče a podobně. V pozdější době bychom za takovouto zásadní změnu mohli považovat například příspěvek na péči, jehož poskytování umožnil od roku 2007 zákon o sociálních službách. Nebyly však důsledně vyřešeny podmínky jeho poskytování (a tedy adekvátního funkčního hodnocení) ani jeho využití (včetně například adekvátního plánování péče).

biomedicínské zvláštnosti geriatrického pacienta (WHO klasifikace – stáří nad 75 let). Proto se spíše než věkové kritérium upřednostňuje tzv. funkční/ biologický věk a geriatrického pacienta definujeme jako jedince s mnohačetnými zdravotními problémy (polymorbiditou), s dominujícími geriatrickými syndromy (kterými jsou např. poruchy chůze a pády, kognitivní a afektivní poruchy, malnutrice, inkontinence moči a stolice, senzorické poruchy, komplikace polypragmazií), ohroženého komplikacemi a komorbiditami, ohroženého ztrátou soběstačnosti a se současnou potřebou rehabilitační, ošetrovatelské, eventuálně i sociální péče.“ Domníváme se, že tato definice geriatrického pacienta i jednotlivých typů péče je klíčová i s ohledem na dlouhodobou péči, proto ji zde uvádíme v plné citaci.

„Geriatrické oddělení se zřizuje v nemocnicích okresního a vyššího typu. Relace minimálně 0,2 lůžka/1000 obyvatel spádového území. Zajišťuje lůžkovou péči o geriatrické pacienty profitující z geriatrického režimu a stylu práce včetně modifikace vyšetřovacích a léčebných postupů. Hlavním úkolem je co nejúčelnější zvládnutí dekompenzací zdravotního a funkčního stavu u křehkých, multimorbidních geriatrických nemocných vysoce ohrožených komplikacemi a nepříznivou prognózou včetně ztráty soběstačnosti.“

Následná péče rehabilitačně-rekonvalescentní, doléčovací, návratná – dnes poskytovaná především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Délka pobytu je limitovaná, cílem je obnova soběstačnosti či ústup závislosti s propouštěním do domácího prostředí. Těžiště činnosti spočívá v rehabilitaci, rekondici a rekonvalescenci. Potřeba: 0,6–0,7 lůžka/1000 obyvatel jako minimum.

Péče ošetrovatelská představuje dle potřeby pacienta pobyt dočasný (respitní péče) či trvalý. Tato péče má těžiště v odborném ošetrovatelství a její potřeba je minimálně 0,8 lůžka/1000 obyvatel.

Přes výše uvedené definování ošetrovatelského oddělení v rámci geriatrické péče, uváděl již tehdy výbor ČGGS v návrhu této koncepce, že jedním z významných problémů oboru daným jeho historickým vývojem je nevhodné ztotožnění geriatrie s chronickou péčí a ošetrovatelstvím (13).

Přestože byl návrh koncepce geriatrie projednán tehdejší vědeckou radou ministra zdravotnictví (2001), nebyl nikdy ministerstvem zdravotnictví oficiálně přijat, a nebyl tedy ani zveřejněn v příslušném věstníku.

Jednání České gerontologické a geriatrické společnosti pokračovala i nadále. Byl připraven další návrh koncepce geriatrie, kterou předkládala ministerstvu zdravotnictví jménem výboru ČGGS tehdejší předsedkyně Iva Holmerová na základě vyzvání ministryně Dany Juráskové v roce 2009 a 2010. Ani tato iniciativa nevedla k oficiálnímu schválení koncepce geriatrie Ministerstvem zdravotnictví ČR. Tato aktualizovaná koncepce již (v intencích i mezinárodního