

# Aktuální problémy v oblasti péče o seniory

PhDr. Hana Janečková PhD.

ŠVZ IPVZ

7.4.2008

Demografická panika

vs.

Stárnutí jako příležitost

# Kulatý stůl k financování zdravotnictví v ČR

- Problém stárnutí populace představuje **komplexní problém** – prognózy budoucích dopadů nejsou snadné. Přesto jim česká veřejná politika věnuje málo pozornosti.
- ČR dosahuje velmi **dobrých výsledků v péči o děti** (nejnižší kojenecká úmrtnost v OECD)
- **V péči o seniory zaostává** (stř. délka života pro jedince v 65 letech o více než 5 let nižší než pro Švýcary – úroveň srovnatelná s Polskem, Slovenskem, Maďarskem)

# Optimistické prognózy

- **Teorie komprese morbidity** – celková délka života se bude prodlužovat rychleji než doba strávená s nemocí
- Úspěchy medicíny, nové technologie, podpora zdraví, prostředí vstřícné k seniorům
- Zlepšování kvality života
- Kvalitní pracovní síla, obrovský společenský a ekonomický potenciál

**Tab. 1: Projekce složení obyvatelstva – střední varianta**

<b>Věk, ukazatel</b>	31.12.2005	31. 12. 2020	31. 12. 2030	31. 12.2050
<b>Celkem / Total</b>	10 234 092	<b>10 283 929</b>	<b>10 102 433</b>	<b>9 438 334</b>
0-14	1 514 013	1 408 644	1 274 155	1 173 004
15-64	7 274 860	6 786 952	6 520 205	5 309 251
<b>65+</b>	<b>1 445 219</b>	<b>2 088 333</b>	<b>2 308 073</b>	<b>2 956 079</b>
<b>%</b>	<b>14,1%</b>	<b>20,3 %</b>	<b>22,8%</b>	<b>31,3%</b>
<b>Naděje dožití</b>				
muži	72,88	74,5	76,0	78,9
ženy	79,10	80,7	81,9	84,5
Průměrný věk		43,6	45,9	48,8
Index stáří *	95,46	151,84	186,88	256,28

**Zdroj:** ÚZIS 2007

\*Index stáří = počet osob ve věku 60 a více let / počet osob ve věku 0-14 let

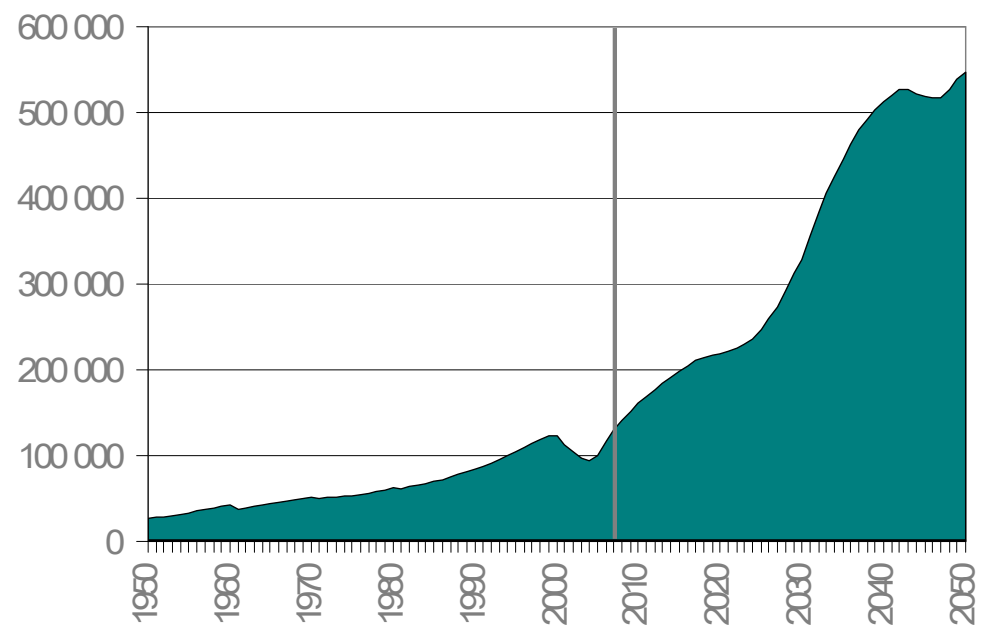
# Prognóza

ČR

- 2008 - cca půl milionu lidí nad 65 let
  - 102 000 nad 85 let
- 2050 - 3 miliony lidí nad 65 let (31,3%)
  - půl milionu nad 85 let

Počet 100 a více letých se ve vyspělých zemích zvýší více než 15x

**Graf č. 3: Populace 85 a více let**



**Zdroj:** ČSÚ 2005

# Obecné problémy

- **Obraz stáří** – ageismus ve společnosti
- **Diskriminace starých lidí** – sociální exkluze – porušení mezigenerační soudržnosti
- **Nedostatečné zajištění potřebné péče** - ve vysokém věku, při ztrátě soběstačnosti
- **Špatné zacházení**, násilí na seniorech
- **Nedostatek prevence patologického stárnutí** – chybí orientace společnosti na podporu zdraví (zdraví jako hodnota, zdraví jako dar)



# Problémy v zajištění péče

- Nedostatek míst v LDN a v pobytových zařízeních pro seniory
- Nedostatek terénních služeb (domácí zdravotní péče, domácí pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionáře, denní centra)
- Nedostatečné zajištění péče o umírající
- Nedostatek personálu – pečovatelů
- Nedostatečná podpora rodinných pečovatelů

# Jak je společnost připravena?

- **Rada vlády pro seniory a stárnutí populace** (patří mezi orgány, jejichž činnost nezajišťuje Úřad Vlády, na rozdíl od jiných výborů a rad, kterých je 14 – pro rovné příležitosti mužů a žen, pro zdravotně postižené občany, pro koordinaci protidrogové problematiky, pro národnostní menšiny, pro záležitosti romské komunity) — **činnost zajišťuje MPSV**
- Zřízena usnesením vlády ze dne 22. března 2006 č. 288 v návaznosti na usnesení vlády č. 1482 k Informaci o plnění Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007. (Přijat statut rady)

# Rada vlády pro seniory a stárnutí populace

- 7 členů vlády (předseda Petr Nečas, místopředseda Marián Hošek, za MZČR MUDr. Hellerová)
- Zástupci poslaneckých a senátních výborů, odborů, zaměstnavatelů, zdravotních pojišťoven, krajů, měst a obcí
- 8 zástupců seniorských organizací (3), odborné veřejnosti (3), NNO (2)

<b>NNO</b>	<b>Mgr. Jan Lorman</b>	<b>ředitel o. s. Život 90</b>
<b>NNO</b>	<b>Jiří Horecký, B.A.</b>	<b>prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR</b>
<b>seniorská organizace</b>	<b>JUDr. Václav Roubal</b>	<b>předseda Sdružení křesťanských seniorů</b>
<b>seniorská organizace</b>	<b>RSDr. Zdeněk Pernes</b>	<b>předseda Rady seniorů ČR</b>
<b>seniorská organizace</b>	<b>prof. RNDr. PhMr. Jan Solich, CSc.</b>	<b>předseda Svazu důchodců ČR</b>
<b>odborná veřejnost</b>	<b>prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.</b>	<b>předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP, ředitelka Gerontologického centra v Praze 8</b>
<b>odborná veřejnost</b>	<b>MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.</b>	<b>místopředseda České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP</b>
<b>oborná veřejnost</b>	<b>JUDr. Vít Samek</b>	<b>ved. práv. odd. ČMKOS – expert na důchodovou reformu a sociální zabezpečení</b>

# Základní strategický dokument

- **Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří)**
- [Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8 o Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012](#)
- Navazuje na **Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002 – Madridský plán**

# Zákon o sociálních službách 108/2006

## Cíl:

- Rozšířit nabídku služeb
- Rozšířit počet poskytovatelů
- Dát možnost volby
- Smluvní vztah
- Zavést příspěvek na péči
- Zavést individuální plánování
- Zkvalitnit péči, chránit lidská práva

# Financování služeb pro seniory

- Státní rozpočet
- Příspěvek na péči
- Soukromé zdroje uživatelů služeb
- Veřejné zdravotní pojištění
- Sponzorské dary, veřejné sbírky

# **Financování sociálních služeb ze státního rozpočtu**

**Celkové dotace poskytovatelům sociálních služeb v r. 2007 činily více než 7 mld. Kč**

**(původní rozpočet počítal se 3 mld Kč)**

**Srovnání podpory jednotlivých druhů služeb ze státního rozpočtu v r. 2007 a r. 2008**



<b>Druh sociální služby</b>	<b>Upravená dotace 2007 (k 1.11. 2007)</b>	<b>Dotace 2008 (leden 2008)</b>	<b>2008/2007</b>
sociální poradenství	212 584 010	243 974 400	<b>115%</b>
azylové domy	117 952 600	223 758 000	<b>190%</b>
domy na půl cesty	17 762 450	24 304 600	<b>137%</b>
intervenční centra	8 229 550	17 657 900	<b>215%</b>
kontaktní centra	24 164 000	25 903 500	<b>107%</b>
krizová pomoc	24 081 600	23 570 100	<b>98%</b>
nízkoprahová denní centra	16 616 000	26 191 200	<b>158%</b>
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	68 376 800	99 260 500	<b>145%</b>
noclehárny	27 275 500	33 756 000	<b>124%</b>
raná péče	33 825 200	36 676 000	<b>108%</b>
SAS pro rodiny s dětmi	48 538 900	56 642 700	<b>117%</b>
SAS pro seniory a osoby se ZP	38 615 500	60 561 100	<b>157%</b>
služby následné péče	9 880 000	11 613 000	<b>118%</b>
sociálně terapeutické dílny	48 588 100	62 247 300	<b>128%</b>
sociální rehabilitace	91 688 400	133 550 500	<b>146%</b>
telefonická krizová pomoc	19 580 000	29 275 200	<b>150%</b>
terapeutické komunity	17 911 000	21 258 000	<b>119%</b>
terénní programy	38 322 300	77 115 600	<b>201%</b>
tísňová péče	7 151 000	6 390 600	<b>89%</b>
tlumočnické služby	6 202 600	11 335 500	<b>183%</b>
<b>Celkem služby sociální prevence</b>	<b>664 761 500</b>	<b>981 067 300</b>	<b>148%</b>

Druh sociální služby	Upravená dotace 2007 (k 1.11. 2007)	Dotace 2008 (leden 2008)	2008/2007
<b>centra denních služeb</b>	<b>68 796 900</b>	<b>60 801 800</b>	<b>88%</b>
<b>denní stacionáře</b>	<b>194 071 200</b>	<b>225 093 300</b>	<b>116%</b>
<b>chráněné bydlení</b>	<b>113 417 200</b>	<b>92 693 600</b>	<b>82%</b>
<b>odlehčovací služby</b>	<b>68 009 300</b>	<b>85 032 400</b>	<b>125%</b>
<b>osobní asistence</b>	<b>88 237 800</b>	<b>114 890 500</b>	<b>130%</b>
<b>pečovatelská služba</b>	<b>297 864 583</b>	<b>331 453 300</b>	<b>111%</b>
podpora samostat. bydlení	3 294 600	5 312 100	161%
průvod.a předčítatel.slужby	2 784 300	3 573 700	128%
týdenní stacionáře	101 538 200	99 765 300	98%
domovy pro osoby se ZP	1 801 756 450	1 532 732 500	85%
<b>domovy pro seniory</b>	<b>2 856 252 047</b>	<b>2 245 646 500</b>	<b>79%</b>
<b>domovy se zvl.režimem</b>	<b>516 732 460</b>	<b>555 099 200</b>	<b>107%</b>
<b>Celkem služby sociální péče</b>	<b>6 112 755 040</b>	<b>5 352 094 200</b>	<b>88%</b>
<b>Z toho ambulantní a teréni</b>	<b>723 058 683</b>	<b>826 157 100</b>	<b>114%</b>
<b>soc.sl. ve zdrav.zařízen. ústav.péče</b>	<b>95 142 760</b>	<b>92 833 300</b>	<b>98%</b>
<b>Celkem</b>	<b>7 085 243 310</b>	<b>6 425 994 800</b>	<b>91%</b>

# Příspěvek na péči

- **Nesplnil očekávání, nesplnil zamýšlený účel**
- **Bezprecedentní zájem o získání příspěvku zejména v nižších stupních (vnímáno jako odškodnění, zvýšení příjmu)**
  - **v r. 2007 evidováno 370 tis. případů**
  - **vypláceno 260 tis. příspěvků**
  - **původní předpoklad byl 220-230 tis.**
  - **podíl I. a II. stupně je 80% celkového počtu přiznaných nároků**
- **Vyplaceno 15 mld. Kč – více než polovina z toho v I. a II. stupni (původně rozpočtováno 8,9 mld Kč)**

# Propojení výdajů dotačních a výdajů alokovaných do příspěvku na péči

- **Vyplacené dávky nesměřují zpět do rozpočtů poskytovatelů sociálních služeb**
  - zejména tristní je situace v terénních a ambulantních službách sociální péče
  - v zařízeních pobytových služeb – neodpovídající složení obyvatel – nepotřebují tyto služby, nemají příspěvek na péči
  - v 80% případů využity příspěvky pro jiné účely než pro nákup sociálních služeb

**Nedošlo k propojení dotací poskytovatelům a příjmů z příspěvku na péči**

**Stát dal lidem peníze, ale chybí kontrola**

# **Propojování sociální a zdravotní péče**

**Relativně úspěšně hodnoceno v případě pobytových služeb**

- **očekávání v oblasti příjmů z fondů veřejného zdravotního pojištění nebyla zcela naplněna**
- **negativně hodnocena velká administrativní náročnost spojená s vykazováním výkonů**
- **ale je to dobré východisko**

# Navrhované změny

Různé způsoby výplaty příspěvku – peněžní a věcné

**Povinná volba způsobu výplaty u osob, které pobírají nebo jim vznikne nárok na příspěvek ve stupních I. a II.**

**Ve stupních III. a IV. by měla být možnost volby způsobu výplaty pouze dobrovolná.**

## Výše příspěvku na péči za měsíc pro osoby nad 18 let:

Stupeň	Způsob výplaty				
	Peněžitá	Kombinovaná			Věcná
		peněžitá	věcná	celkem	
I.	600	400	1 000	1 400	2 000
II.	2 500	1 500	2 000	3 500	4 000
III.	8 000	4 000	4 000	8 000	8 000
IV.	12 000	6 000	6 000	12 000	12 000

# Další navrhované změny

- Po dobu hospitalizace, nařízené ústavní léčby či výkonu trestu, pokud budou delší než měsíc, bude výplata příspěvku na péči zastavena
- V případě neuvedení způsobu využití příspěvku – výplata zastavena
- Stát bude poskytovat krajům dotaci ze SR, která bude účelově vázána (rozvojové plány)
- Dotační procesy a kritéria podpory upraví nařízení vlády



# Trvající problémy

- Nekvalitní posuzování zdravotního stavu a nároku příspěvku na péči – rozporuplné závěry, rozhodnutí neodpovídá skutečnosti
- Nedostupnost příspěvku pro některá postižení (nevidomí, neslyšící)
- Nedostupnost příspěvku pro onkologicky nemocné, pro umírající
  - podmínka, že zhoršení zdravotního stavu bude delší než 1 rok
  - příliš dlouhé administrativní řízení

# Podávání žádosti o příspěvek

- Problém podávání žádosti (o příspěvek na péči, o poskytnutí služby) v případě osob, které nejsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopny samostatně jednat
  - zákonný zástupce (je-li stanoven)
  - o ustavení opatrovníka rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností na základě posudku ošetřujícího lékaře

# Oblast zdravotní péče

- Trvá tlak na **předčasné propouštění** starých pacientů bez zajištění kvalitní následné péče
- Restrikce času na specifické potřeby **komunikace** se starým pacientem
- Neochota hradit v potřebném rozsahu výkony v oblasti **rehabilitace, ergoterapie**
- Není podporována **multidisciplinární spolupráce** – konsilia, geriatrická konference, např. konziliární tým hospicové péče ve zdravotnickém zařízení
- Neprovádí se **komplexní funkční hodnocení**
- **Chybí kontinuita péče** – směrem k úzdravě i směrem ke smrti (zbytečné nebo nevhodné překládání)

# Oblast zdravotní péče

- Chybí **individuální plánování péče**
- Není věnována pozornost **kvalitě péče**, prevenci **špatného zacházení**, restrikci **omezovacích prostředků**
- Nedostatečná **kvalifikace personálu v oblasti komunikace s lidmi se specifickými potřebami** (např. s lidmi s demencí) nebo s lidmi **s problematickým chováním** (zvládání agrese, neklidu)
- **Odlišná pravidla pro zdravotní a pro sociální služby** (kurtování, klecová lůžka)

# Oblast zdravotní péče

- Ochránce lidských práv doporučuje:

Vytvořit **system kvality v lůžkových zdravotnických zařízeních** (v rámci tzv. následné péče) **jako nástroje rozvoje dlouhodobé péče v ČR** (s využitím zkušeností se systémem standardů hodnocení kvality péče v pobytových sociálních službách)

## Počet lůžek následné péče v r. 2006 (počet lůžek na 1000 obyv. 65 +)

Území, kraj	Následná péče v nemocnicích	Léčebny dlouhodobě nemocných	Hospice	Odborné léčebné ústavy	Lůžka celkem
<b>Nejlepší kraj</b>	8,58 (Ústecký)	10,02 (Karlovarský)	0,71 (Královéhradecký)		<b>15,42 (Karlovarský)</b>
<b>Nejhorší kraj</b>	2,02 (Olomoucký)	1,05 (Liberecký)	0 (Karlovarský, Liberecký, Vysočina Pardubický Moravskoslezský)		<b>8,1 (Jihomoravský)</b>
<b>Praha hl.m.</b>	4,42	5,27	0,14		<b>9,83</b>
<b>ČR</b>					<b>10,02</b>
<b>Celkový počet lůžek</b>	<b>6 702</b>	<b>7 462</b>	<b>335</b>	<b>88</b>	<b>14 597</b>

Zdroj: ÚZIS 2007, Aktuality č.10

# Hospicová a paliativní péče

- Ročně umírá více než 100 000 osob
- 80% z nich umírá v nemocnicích bez komplexní paliativní péče (84% onkologicky nemocných)
- Paliativní péči dostanou necelá 2% zemřelých (tj. 2000 osob)
- **12 hospiců** (Brno, Rajhrad, Čerčany, Červený Kostelec, Jablonec n.N., Praha, Litoměřice, Most, Valašské Meziříčí, Plzeň, Prachatice, Olomouc, Ostrava)
- **Několik mobilních hospiců** (Cesta domů, Hospicové hnutí Vysočina, Ondrášek Ostrava, Mobilní hospic Dobrého pastýře Benešov, Mobilní hospicová jednotka Charita Ostrava )
- **Sekce paliativní medicíny** při interní hematoonkologické klinice FN Brno – Bohunice
- **Ambulance paliativní péče** (např. součást Geriatrického centra v Nemocnici Jablonec n.N.)





**Lokality již částečně pokryté  
poskytováním specializované  
mobilní (domácí) paliativní péče**

**Česká republika**



Většina hospiců má registraci na poskytování domácí paliativní péče, ale mohou ji poskytovat jenom ve velmi omezeném měřítku vzhledem k tomu, že zatím není hrazena z prostředků ZP.

# Hospicová a paliativní péče

- **2005** - Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče – sdružení právnických osob
- **Legislativní zakotvení v r. 2006** (po 10 letech)
- Do zákona 48/1997 Sb. doplněn § 22

**Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková** ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“

- **Domácí (mobilní) hospic** zatím legislativně zakotven není
- Od 1.7. 2007 služby lůžkové hospicové **nedostávají státní dotace na sociální služby** – nebyly zahrnuty v zákoně 109/2006 Sb.

# Hospicová a paliativní péče

- **Zatím nefungují:**

- oddělení paliativní péče – využití zázemí nemocnice, edukační a výzkumné základna (Brno)
- ambulance paliativní péče
- konziliární interdisciplinární týmy paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení (v nemocnicích, v LDN) – min. složení: lékař – expert v oblasti paliativní péče, sestra, sociální pracovník
- Specializované ambulance paliativní péče
- Denní stacionář paliativní péče (denní hospicový stacionář) – zdr. péče + aktivity, edukace, sociální integrace, sdílení apod.)

## Specializovaná PP

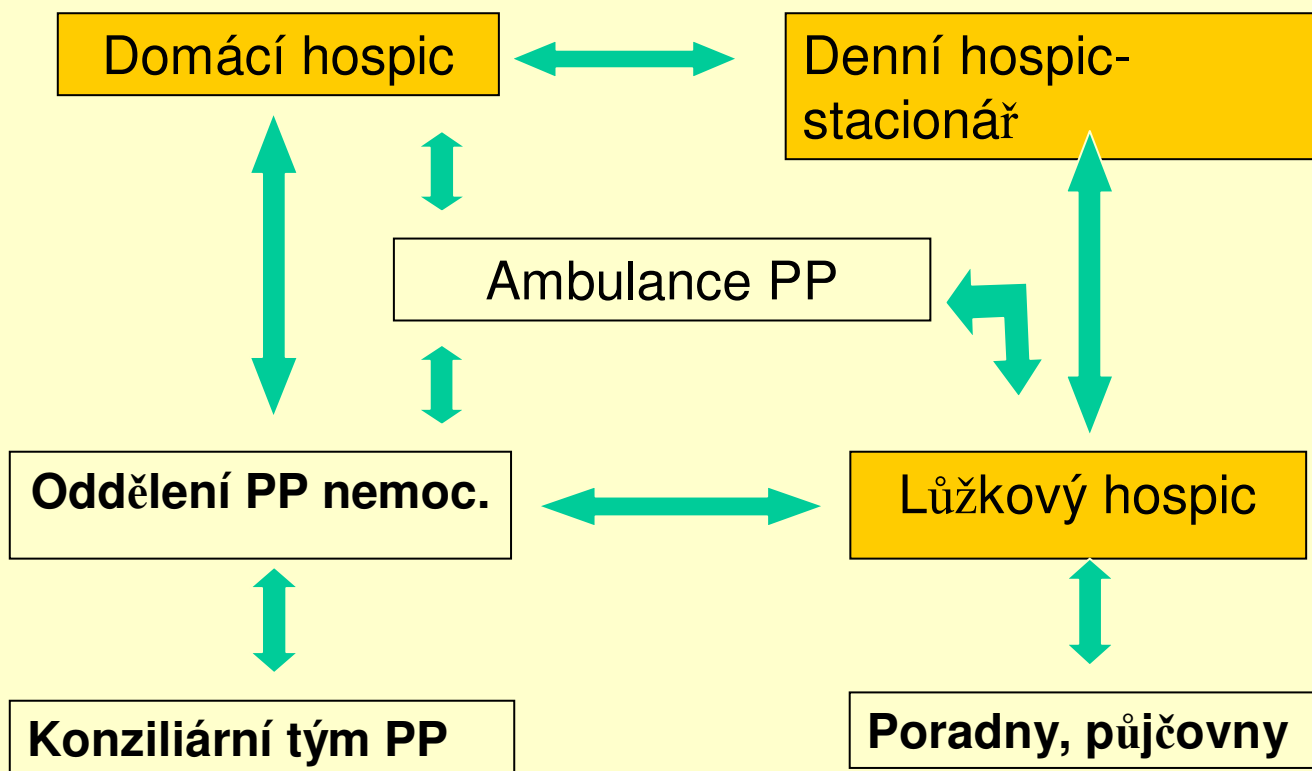


Diagram spolupráce zařízení poskytujících PP – převzato z přednášky O.Slámy a Š.Špinky pro seminář v senátu ČR v roce 2005

# Další problémy péče o umírající

- Vztah české populace k seniorům a v přístupu péče o blízké (strach z umírání)
- Chybí podmínky pro zajištění péče v domácím prostředí - malé byty, nemožnost přerušit po určité době zaměstnání
  - podporu při ošetřování člena rodiny může dostat zaměstnanec pouze pokud s ním žije nemocný člen rodiny ve společné domácnosti
  - podpora se poskytuje pouze prvních 9 kalend. dnů (60% denního vyměřovacího základu)

# Další problémy péče o umírající

- příspěvek na péči – podmínkou je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav žadatele, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok (§ 3 zák.108/2006 Sb.)
- Absence stále dostupné kvalifikované lékařské a ošetrovatelské paliativní péče (ani PL)
- Volání RZS, převážení nemocných při náhlém zhoršení zdravotního stavu či komplikacích
- Neprospěšné hospitalizace, nákladné a zbytečné výkony

# Struktura financování lůžkových hospiců v roce 2007

- **Průměrné náklady na hospicové lůžko**                      **1 700 Kč /den**  
-----
- **Úhrada zdravotní péče ZP**                                      **1 146 Kč/den**  
( v případě vykázané kategorie 4 )
- **Dotace na soc. služby z resortu MPSV**                      **300 Kč/den**
- **Spolufinancování nezdravotní složky  
péče klientem**    **200 Kč/den**
- **Financování z vlastní činnosti (benefice,  
sponzorství)**    **54 Kč/den**
- **Celkové příjmy**    **1 700 Kč/den**  
-----
- **Náklady jiných typů odborných lůžek  
následné péče(dle průzkumu AČMN)      kolem 1 350 Kč/den**  
Často pacient indikovaný k hospicové péči  
umístěn na mnohem nákladnějším akutním lůžku

# Hospice a legislativa

- Financování hospiců v ČR probíhá od 1.1. 2007 dle Vyhlášek č. 619 a 620/2006 Sb.
- V Seznamu zdravotních výkonů je hospicům přiřazen samostatný „ošetřovací den“ (OD) č. 00030 s bodovou hodnotou 798 bodů
- Pro členské hospice APHPP jsou závazné Standardy hospicové paliativní péče (vyd. duben, 2007)



# Financování v praxi

- veřejné zdravotního pojištění (Vyhl. 619 a 620/ 2006 Sb.) saturuje hospicům **zdravotní** péči (cca 60% nutných prostředků)
- chybí výrazná část příjmů (cca 40%) na **sociální část** hospicové péče
- do r. 2006 cca na polovinu z chybějících prostředků (tj. 20%) přispívalo MPSV dotacemi – přímo či skrze kraje = **to nový zákon č. 108/2006 Sb. O sociální péči neumožňuje**
- zbylých 20% pokrývaly hospice z nejistých fakultativních zdrojů (dary, sbírky, sponzoring...)

# Předpoklad do budoucna

- Cílové množství 520 hospicových lůžek v ČR = specializovaná hospicová péče pro zhruba 25-30% umírajících (5 lůžek/100 tis. obyvatel dle WHO)
- Více než 25% převezme domácí specializovaná hospicová péče
- 40-50% obecná a dílem i specializovaná paliativní péče v nemocnicích a léčebnách

# Návrh financování mobilní specializované paliativní péče

- Statut domácí hospitalizace – platba paušálem na pacienta/den

nebo

- Vytvoření nových lékařských a sesterských kódů pro týmy mobilní hospicové péče

# Další nutná opatření

- Zlepšení **finanční situace pečujících** rodin
- Vytvořit systém **okamžité podpory pečující osoby** – kompenzace odchodu z pracovního místa
- Zákonem zaručená **ochrana pečujících ze strany zaměstnavatele** a státu (jako u matek na mateřské dovolené)
- Zvýšit **informování veřejnosti** o tom, co nabízí a poskytuje hospicová péče, o způsobu ošetřování
- **Spolupráci lůžkových a mobilních hospiců.**
- **Vzdělávání lékařů v první linii** v paliativní medicíně (selhávají profesionálně i lidsky – neochota předepisovat opiáty)
- Umožnit, aby lékař mobilního hospice mohl převzít pacienta do péče

# Domovy pro seniory

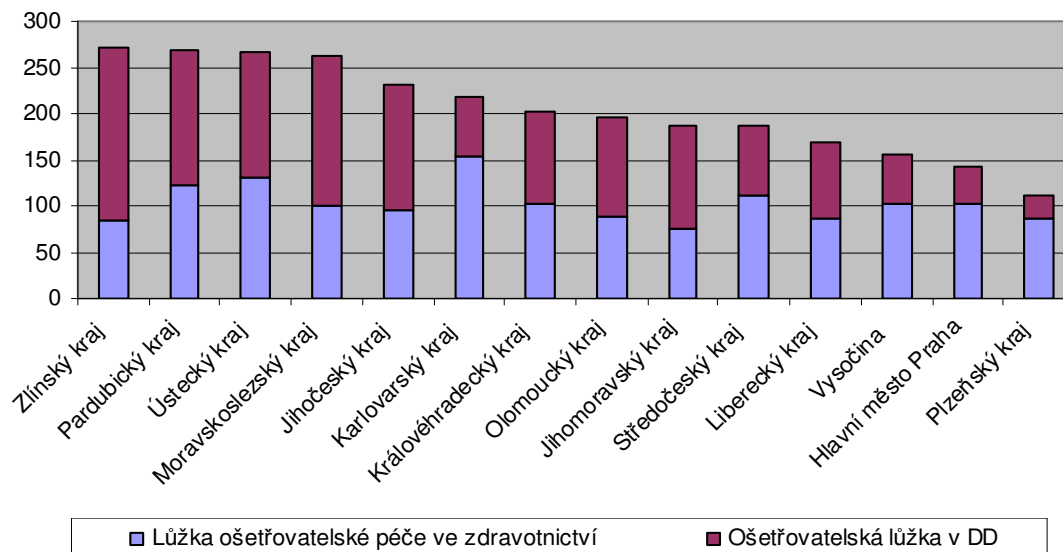
- 400 DpS
- 40 tis. míst
- 30 tis. čekatelů
- Místa jsou často (50%) obsazena lidmi, kteří v DpS být nemusí – nemají se kam vrátit. Mohli by čerpat jiné formy sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí.
- Nedostatek míst pro ty, kteří potřebují nepřetržitou péči – lidé s demencí
- 1/2 seniorů žije v DpS ze zdravotních důvodů a potřebují celodenní péči
- 15% nemá nikoho, kdo by se o ně mohl postarat, 10% se cítilo doma osaměle - nepobírají příspěvek na péči

**Tab. č. 4: Pobytové služby pro seniory**

<b>Typ pobytového zařízení</b>	<b>Počet zařízení</b>	<b>Kapacita míst</b>	<b>Čekatelé</b>
Domov důchodců	381	38 023	43 187
Domov penzion pro důchodce	151	11 701	17 304
DD + DPD spojené zařízení	11		
<b>Celkem</b>	<b>535</b>	<b>49 724</b>	<b>60 491</b>

*Zdroj: Statistická ročenka MPSV 2005*

**Graf č. 2: Počet ošetrovatelských lůžek ve zdravotnictví a v DD na 10 000 obyvatel nad 65 let podle krajů (rok 2005)**



# Zpráva veřejného ochránce práv z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory

- Chybí koncepce dlouhodobé péče v ČR
- **Podceňování geriatrické péče**, fyzioterapie, rehabilitace, psychoterapie (chybí nabídka těchto služeb v DpS – např. bazální stimulace)
  - přitom u 55% obyvatel DpS zjištěna deprese (pouze u 11% léčena)
  - u 40% zjištěna demence
- Vytvořit **system kvality** v lůžkových zdravotnických zařízeních obdobný jako v sociálních službách
- Provádění **supervize** v DpS (i v ve zdravotnických zařízeních následné péče)



# Zpráva veřejného ochránce práv z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory

- **Ochrana lidských práv klientů DpS**
  - Problematika **uzavírání smluv** v případě osob, které nejsou schopny samy jednat a nemají zákonného zástupce (dle ZSS, § 91 - smlouvu za tuto osobu uzavírá obecní úřad obce s rozšířenou působností) – možnosti střetů zájmů, nejasná role rodiny
  - **Kapesné** (15% z příjmu) obyvatel DpS činí při průměrné penzi 9111 Kč pouhých 1367 Kč a je **nedostatečné** (nákup hygienických prostředků a dalších základních životních potřeb, platba regulačních poplatků ve zdravotnictví, doplatků na léky atd.) K 31-2.2008 vylo téměř 145 tis. Penzí nižších než 7000 Kč. Vhodnější by bylo stanovit pevnou částku a tu valorizovat (např. 2000 Kč)

# Zpráva veřejného ochránce práv z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory

- Nedostatky v **zajištění soukromí** při zajišťování osobní hygieny
- Nízká míra **soukromí pro návštěvy** a pro telefonování
- Nedostatky v **individualizaci péče** při vstávání, hygieně, podávání jídla (např. klienti jsou nuceni odebírat dietní stravu), rozhodování o svém každodenním životě
- Omezování v **konzumaci alkoholu a kouření** (právo na svobodnou volbu)
- Odebírání **osobních dokladů** (OP a průkazu pojištěnce), právo na ochranu vlastního majetku
- Právo na **volbu lékaře** - DpS je povinen zajistit doprovod
- Právo na **opuštění pokoje** u imobilních klientů (základní činnost služby: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím)
- Právo na **stížnosti**

**Návrh Rady pro seniory a stárnutí populace z března 2008 k realizaci opatření vyplývajících ze Zprávy veřejného ochránce lidských práv z návštěv 27 zařízení sociálních služeb pro seniory v období prosinec 2006 – květen 2007**

**Předložen vládě ČR v březnu 2008**

**Cílem návštěv – monitorovat špatné zacházení s klienty v těchto zařízeních**

# Zpráva veřejného ochránce práv z návštěv zařízení sociálních služeb pro seniory

- Omezování osobní svobody (zákaz vycházek, zamykání)
- Právo na soukromí (uzamykat si svůj pokoj, mít u sebe své věci, uzamykatelné noční stolky)
- Právo klienta na uplatnění vlastního přání (ochrana před manipulací rodinou, rozlišit právní akt od běžného rozhodování)
- Právo na provádění i rizikových činností (zohlednit v IP – nácvik situací, provádění činnosti s asistentem)

# Proces deinstitucionalizace

- **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb** v jiné typy **sociálních služeb**, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti (Usnesení vlády ČR č. 127 z 21. února 2007)
- **Národní program přípravy na stárnutí 2008-2012 – Kvalita života ve stáří** (Usnesení vlády ČR č. 8 z 9. ledna 2008)

# Komunita vstřícná ke stáří

(Národní program přípravy na stárnutí)

- Města přátelská stáří (Age friendly cities)
- Rozvoj služeb tísňové péče a krizové intervence
- Využití moderních technologií (gerontotechnologie) při podpoře života v přirozeném sociálním prostředí
- Seniorský design – respektuje potřeby seniorů
- Budování bezbariérových bytů – poradenství při úpravě bytu; sociální bydlení
- Přístupnost veřejné dopravy, finanční dostupnost
- Předcházet úrazovosti – v dopravě, v domácnosti ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

# Komunita vstřícná ke stáří

(Národní program přípravy na stárnutí)

**Transformovat zařízení pobytových sociálních služeb pro seniory do podoby služeb poskytovaných v komunitě, a to:**

- chráněné bydlení
- individualizované služby
- dostupnost zdravotní péče - primární a specializované (geriatrické, gerontopsychiatrické)

**Zřizovat komunitní centra a kontaktní poradenská místa**

# Dlouhodobá péče

- Prioritou a nedílnou součástí zdravotní politiky
- Cílem je funkční zdatnost a kvalita života
- Prioritou je křehký senior (zejm. 80+)
  - křehkost multikauzálně podmíněná
  - se specifickými geriatrickými syndromy a funkčními deficity (poruchy mobility a stability spojené s pády, poruchy kontinence, výživy, kognitivních schopností)
- Kvalitní zdravotní péče ve stáří vyžaduje specializovanou geriatrickou péči, geriatrický přístup v jednotlivých specializacích

# Dlouhodobá péče

- Základem je primární péče + integrovaný model péče a služeb na místní úrovni
- Změna zdravotní strategie – podpora zdravého a aktivního stárnutí
- Využití moderních technologií (zvýšení bezpečnosti a nezávislosti v domácím prostředí i v prostředí služeb, zkrácení hospitalizace)
- Péče o duševní zdraví - zásadní pro zvýšení kvality života ve stáří (deprese, demence) – riziko zneužívání alkoholu, sebezanedbávání, ztěžuje adaptaci na změny ve stáří, ohrožení sociální izolací a vyloučením)



# Dlouhodobá péče

- **Možnost volby a flexibilita** mezi
  - formální a neformální péčí
  - institucionální a domácí péčí
  - součástí je i paliativní péče
  - zájem o důstojnost, o sociální a duchovní potřeby starších osob

# Dlouhodobá péče – komunitní centra

- **Provázanost zdravotních a sociálních služeb**
  - v ústavní péči
  - v ambulantních službách
  - při péči v domácnosti
- Nutná je transformace LDN i DpS, rozvoj domácí zdravotní péče i pečovatelské služby
- **Poskytování zdravotních a sociálních služeb integrovat do modelu komunitních center (Gerontologická centra)**
  - jeden poskytovatel
  - jedno místo poskytování
  - jeden vstup do systému služeb
  - stanovení subjektu, který je odpovědný za výsledky a efektivitu péče
  - široké spektrum služeb – flexibilita
- Otázka **financování** je pro integraci jednotné a komplexní péče zásadní

# Pečovateľská služba

- Neochota seniorů platit z příspěvku na péči tuto službu (zejm. ve I. a II. stupni – s menší pomocí se dovedou postarat o sebe sami)
- Příspěvek na péči měl motivovat k setrvání v domácím prostředí a uvolnit tak místa v domovech
- Nižší dotace poskytovatelům terénních a ambulantních služeb sociální péče
- Tento typ péče se nerozvíjí (nezájem o práci pečovatelky, náročná práce, nízké platy, kvalifikační požadavky)
- Není z čeho platit zaměstnance ani jejich vzdělání.
- Je třeba zároveň rozvíjet obecní bytovou politiku (bezbariérové byty, sociální byty)

# Domácí zdravotní péče

- 450 agentur **domácí ošetrovatelské péče** (Předběžná národní zpráva 2005, s.3)
- orientaci na výkony nežli na celistvý přístup k nemocnému seniorovi
- Role **praktických lékařů** jakožto geriatrů první linie je oslabena kapitačním systémem
- **Integrace a koordinace** služeb - musí být provázána kvalitní pečovatelská služba se zdravotnickými službami, zejm. s primární zdravotní péčí a domácí zdravotní péčí

# Pečující rodiny

- Nabídka služeb neodpovídá poptávce
- Chybí služby **celodenní péče** v domácnosti (hlídání, osobní asistence), odlehčovací služby, ambulantní služby (denní centra, denní stacionáře)
- Chybí odborné **poradenství** – geriatr, sociální pracovník – pomoc s umístěním do LDN, domovy pro seniory; edukace týkající se ošetrovatelských dovedností

# Pečující rodiny

## Návrhy řešení:

- sdílená péče (rodina + pečovatelka nebo denní stacionář)
- novela 108 – návrhy týkající se finanční podpory
  - Pečující osoba – státní pojištěnec v rámci VZP
  - Zápočet let do důchodu
  - Možný souběh statusu pečovatele (čerpání příspěvku na péči) a pracovní aktivity (žádná limitace při pracovním uplatnění)

# Pečující rodiny

- Rodina a jedinec poskytující péči potřebuje sociální ochranu
- Péče o blízké nesmí vést ke snížení životní úrovně – ekonomická bezpečnost je předpokladem pro zajištění kvality péče
- Potřeba emoční podpory a respitních sociálních služeb – prevence zneužívání a zanedbávání
- Pečovatelé by měli mít možnost setrvat na trhu práce
- Sociální služby by měly být flexibilní – přechody mezi formální a neformální péčí, vzájemné doplňování

# Vzdělávání

- Klíčový faktor zvýšení kvality péče o seniory
- Integrace poznatků geriatric a gerontologie do vzdělávání lékařů a zdravotnických pracovníků
- Zvýšení povědomí o stárnutí a potřebách ve stáří zahrnout do vzdělávání i jiných profesionálů
- Vzdělávat a podporovat laické pečovatele



**Děkuji za pozornost!**