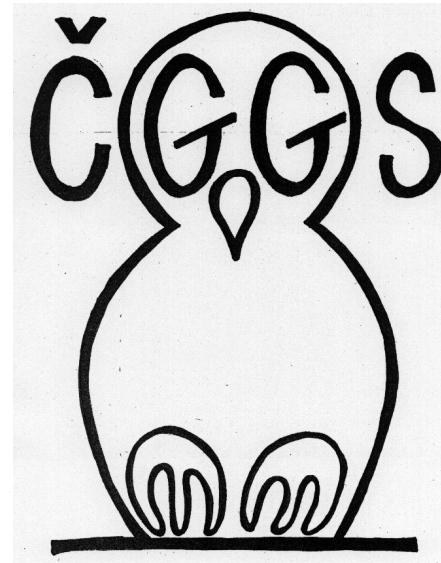


Geriatric a gerontologie

Poznámky k diskusi o tzv. následné péči

Tisková konference České
gerontologické a
geriatrické společnosti
ČLS JEP

Ve spolupráci s Životem 90,
Českou alzheimerovskou
společností, o.s. Cesta
domů



MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
předsedkyně ČGGS

Starší vs. Geriatrický pacient

- **Starší pacient** – se liší od mladšího pacienta zpravidla tím, že jeho stonání trvá déle
- **Geriatrický pacient** - je ten starší pacient (zpravidla 70 a více let),
 - jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými komorbiditami ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci,
 - který je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi).

Společenské podmínky (stav demografické paniky)

- **Dosud nebyla společenská vůle naplnit oborovou koncepcí geriatrie zpracovanou a přijatou jako systém diferencovaných aktivit.**
- Deformovaně jednostranné vnímání geriatrie jako tzv. následné péče o nesoběstačnou populaci
- Populace stárne: dva deformované pohledy:
 - „postavíme ústavy“
 - „nebude na důchody“

Tendence k diskriminaci seniorů

- V posledních letech byly v ČR zřetelné tendence považovat stáří za problematiku „sociální“ což je východiskem **diskriminace seniorů** v systému zdravotnictví

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

Ekonomický a funkční pohled na poskytování služeb

Dg a terapie,
pobyt v nemocnici

4000 Kč/den - 7000 Kč/den

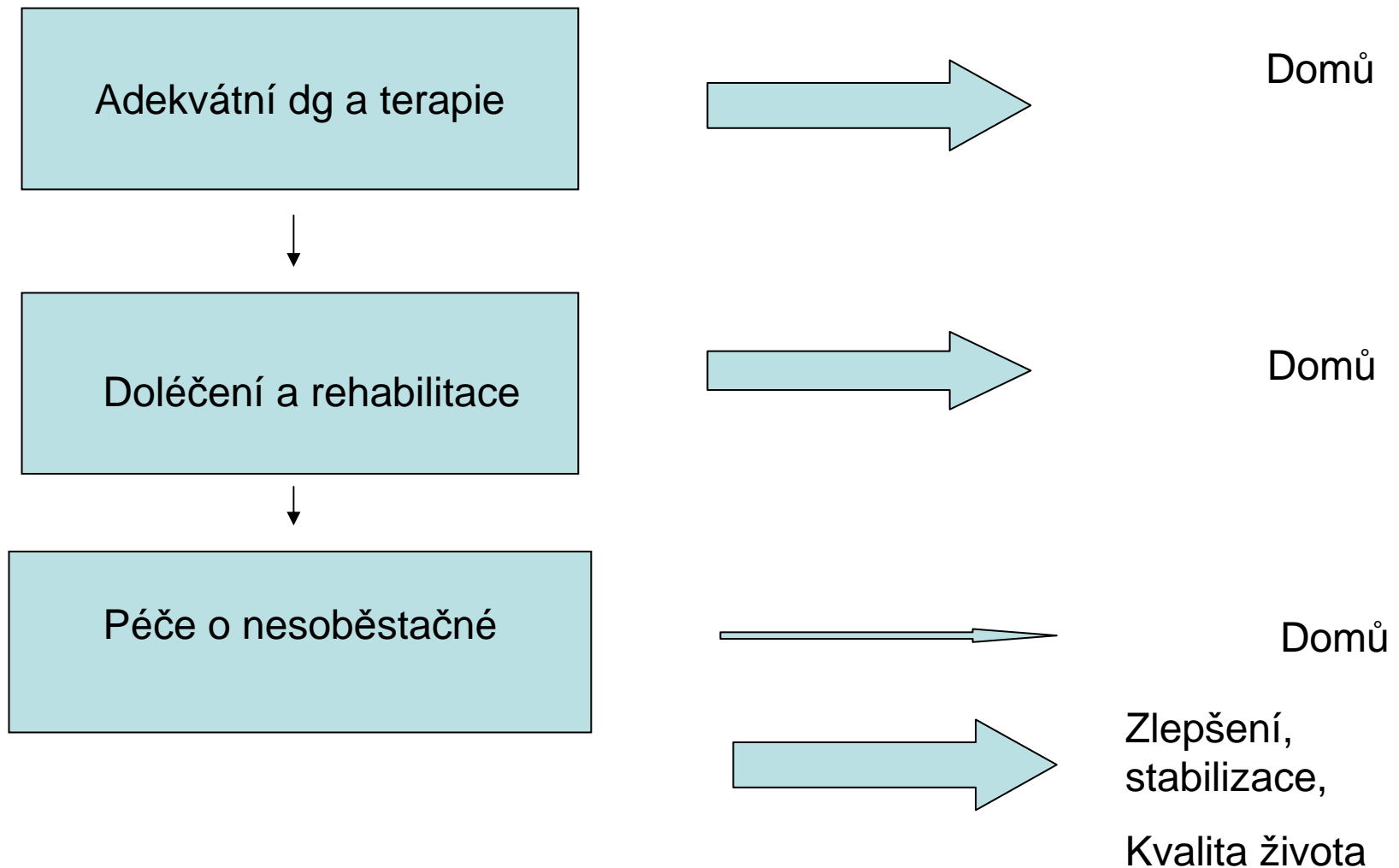
Doléčení a rehabilitace,
pobyt v OLÚ

1500 Kč/den

Péče o nesoběstačné

1000 Kč/den

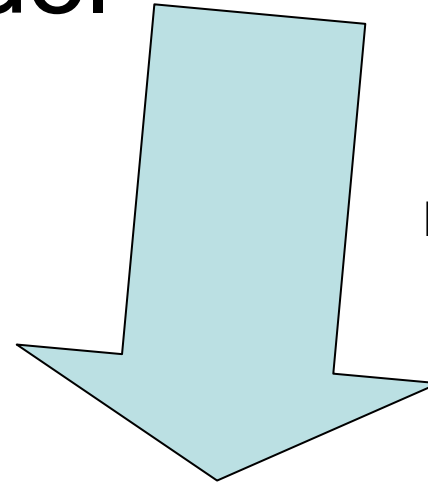
Aktivní (enabling model)



Diskriminační, pasivní (disabling) model

Dg a terapie

Doléčení a rehabilitace



PRYČ S NIMI

Nedostatečně aktivní,
„odkladová“ péče o
nesoběstačné

Pohádka
o Maruš

Následná
péče/ met 98

Pokud to spočítáme

Dg a terapie

4000 Kč/den – 7 000 Kč/den x
několik dní

Doléčení a rehabilitace

1500 Kč/den x několik týdnů x
7 dní

Péče o nesoběstačné

1000 Kč/den x několik let
rok x 365 dní (i kdyby byla
10x „levnější“) se prodraží

Lůžkový fond oboru geriatricie a následné péče – srovnání současného stavu a doporučení dle Koncepce oboru geriatricie

Typ lůžka	Potřebný počet lůžek na 1000 obyvatel	Současný počet lůžek	Počet lůžek doporučený v koncepci oboru geriatricie	Rozdíl mezi současným stavem a doporučeným počtem lůžek
Akutní geriatrické lůžko	0,2	439	2 041	minus1602
Rehabilitačně-rekonvalescentní lůžko	0,6 – 0,7	14 317	14 290 – 15 311	Pozn: nejsou rozlišeny geriatrické a negeriatrické služby
Ošetrovatelské lůžko	0,8			

Důvody diskriminace „neakutní“ péče

Staří pacienti, zejména (staré) ženy

...bezmoc, závislost, demence.... Nemohou se bránit

*...všichni vytěsňujeme tento fenomén za zdi svého
(s)vědomí a zdi léčeben*

Feminizace personálu (91% žen)

Punc neodbornosti:

*„...proč geriatrie? o dědečky a babičky se umíme postarat
všichni...“*

(z diskuse odborných společností na VŘ MZ ČR)

„... co je to za nesmysl - ta geriatrie...“

(prof. Pafko tamtéž)

Dlouhodobé podhodnocení společenské i finanční

Důsledky pro péči?

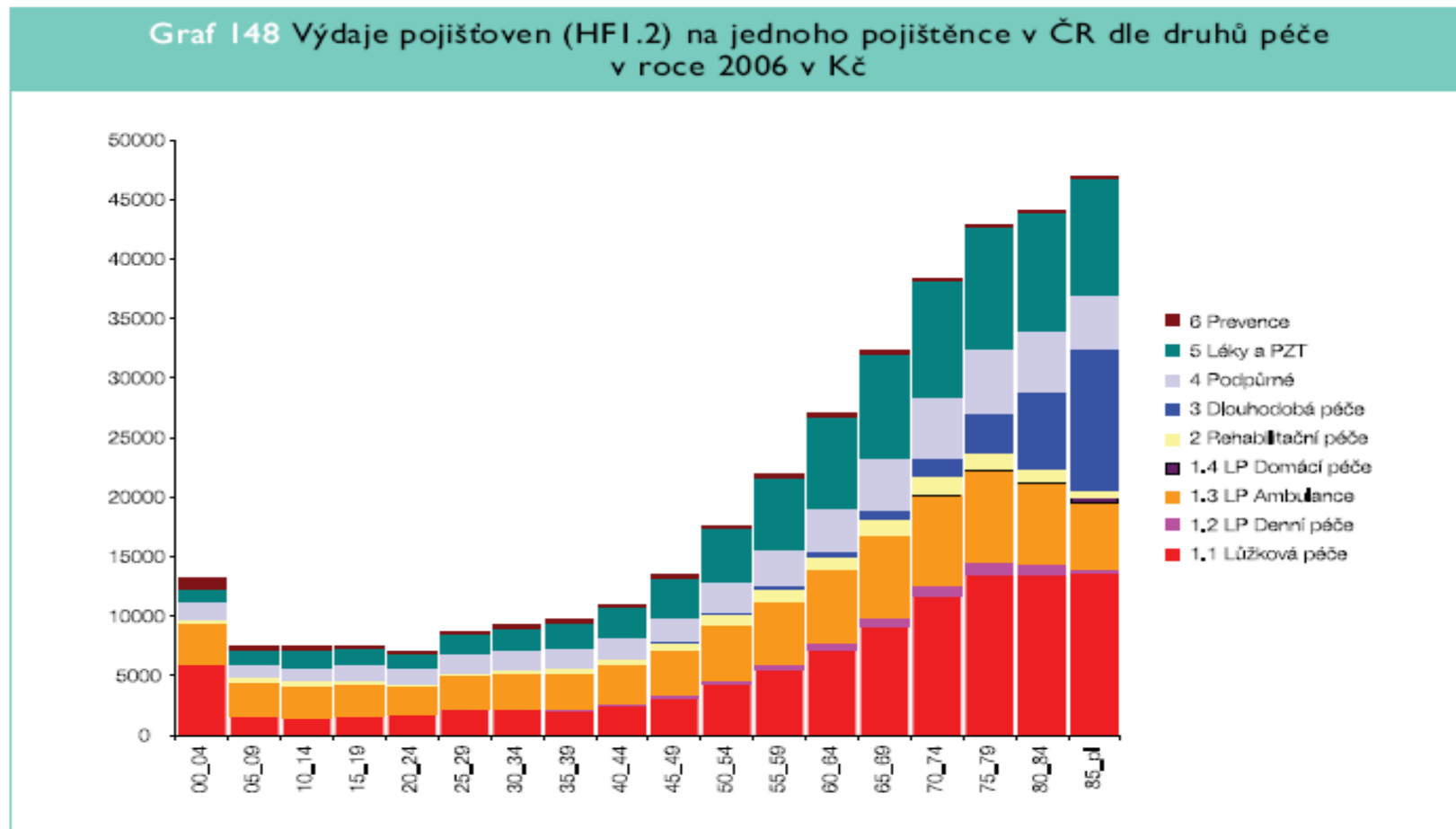
- Budovy, které se pro jiná oddělení nehodí
- Vybavení, které se pro jiná oddělení nehodí
- Pacienti....
- Personál...

Důsledky pro společnost?

Pokud rezignujeme na možnost staré lidi léčit a vracet zpět do života

Vzniknou naší společnosti nezvládnutelné materiální náklady (pomineme-li další škody)

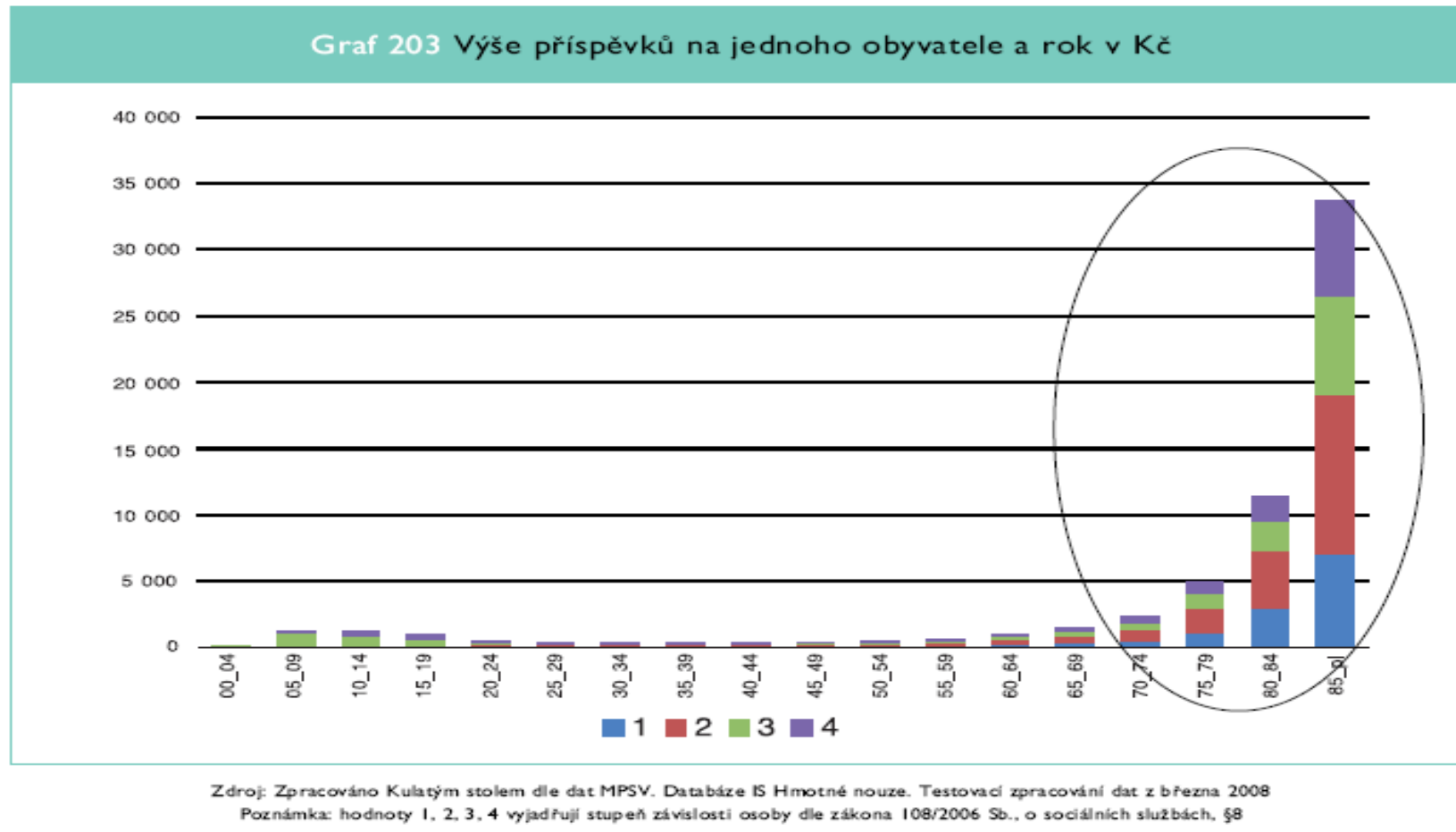
Už je to tady: s vysokým věkem klesají náklady na léčebnou péči (1,2,4,5,6) i když náklady na zdravotní péči dále rostou pro zvýšené náklady na péči dlouhodobou (3) ...



Zdroj: ČSÚ. Systém zdravotnických účtů 2000-2006. <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3306-09>
 Poznámka: Neobsahuje náklady na Správu systému – 4 996 169 001 Kč, tedy cca 500 Kč na pojištěnce na rok

Převzato: Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, MZ, Kulatý stůl, Praha 2008, graf č 148

A celkové náklady exponenciálně rostou....



Převzato: Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, MZ, Kulatý stůl, Praha 2008, graf č 203

Blýská se na lepší časy... (?)

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek v rozhovoru pro MF DNES řekl (MF DNES 9. července), Ministr: Dát více peněz do LDN? To není řešení., str A5.na otázku redaktora Ondřeje Štastného „Tak co s tím?“ odpovídá:

„Zdravotní pojišťovny by podle zákonů, které navrhujeme, měly rozlišovat více typů péče, a platit tak léčebnám spravedlivěji. Jiné peníze potřebuje léčebna, která má více chronicky nemocných pacientů, jiné ta, která má více mladších lidí, kteří se z ní vracejí zpět do života.“

Co potřebujeme a nepotřebujeme

Potřebujeme: realizovat koncepci geriatricke
diferencované odborné geriatricke služby
systém kvality péče ve stávajících zařízeních
(dobré jméno, respektování potřeb, respektování práv,
dobré praxe a dobrého mravu)

Nepotřebujeme: další budování ústavních kapacit,
institucí
nekvalitu
odkladový systém

Jaké služby potřebujeme v geriatrii (kde může geriatrie pomoci)

- Akutní v nemocnicích – vlastní i konziliární
- Doléčovací a rehabilitační služby
- Komunitní centra
- Domácí péči včetně geriatrických týmů
- Dlouhodobou zdravotně sociální péči
(například stavy po CMP, lidé s demencí a podobně)
- Paliativní péči o neonkologické pacienty

Vzpomínka na kolegu Kenny,

(převzato z prezentace:Edinburgh 1994)

- 8% - seniorů v populaci – „no problem“
- 10% - je zapotřebí zajistit určité služby
- 12% - je zapotřebí ty služby koordinovat
- 14% - „major problem“ *(situace ČR nyní)*
- 16% - začneme uvažovat o eutanázii
- 18% - budeme legalizovat eutanázii
- 20% -bacha, kolegové, to budeme staří my

**„Tucet zásad dlouhodobé péče
(nejen) o seniory“**