

*Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Škola veřejného zdravotnictví
Ruská 85, 100 05 Praha 10*

**Zdravotní stav občanů
a jeho vliv pro přijetí do domovů důchodců a
ústavů sociální péče**

Autor práce: MUDr. Tomašuková Emília

**Pracoviště: Magistrát města Plzně, odbor sociálních
věcí a zdravotnictví**

**Konzultant: PhDr. Hnilicová Helena
Škola veřejného zdravotnictví**

Veřejné zdravotnictví – specializační příprava 2003 – 2005

Plzeň 2005

Motto 1:

Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla není schopna boje, bohatství je bezcenné a důvtip je bezmocný.

(Herakleitos z Efezu 540-470 let před n.l.).

Motto 2:

I ten, kdo zlo zničil, ulehnout musí a již nepovstane.

I ten, kdo vykonal spravedlnost, ulehnout musí a již nepovstane.

I ten, kdo silných svalů, ulehnout musí a již nepovstane

I ten jenž budoucna znalý, ulehnu musí a již nepovstane.

I ten, jenž....., ulehnout musí a již nepovstane.

Na lože osudu ulehnout musí a již nepovstane.

Na lože pestré ulehne a již nepovstane.

(Epos o Gilgamešovi).

*Děkuji PhDr. Heleně Hnilicové za cenné rady,
trpělivost a vedení mé atestační práce i všem, kteří mi
věnovali svůj čas a podporu.*

MUDr. Emília Tomašuková

Prohlašuji, že jsem tuto atestační práci vypracovala samostatně za použití literatury, která je uvedena v seznamu.

Leden 2005

MUDr. Emília Tomašuková

Obsah

- I. Úvod**
- II. Cíl práce**
- III. Zdravotní stav občanů a jeho vliv pro přijetí do domova důchodců a ústavů sociální péče**
- IV. Diskuse**
- V. Závěr**
- VI. Literatura**
- VII. Přílohy**

Anotace atestační práce

- 1. Autor:** MUDr.Emília Tomašuková
- 2. Studijní obor:** Veřejné zdravotnictví
- 3. Vedoucí práce:** PhDr. Helena Hnilicová
- 4. Druh práce:** Atestační
- 5. Název práce:** Zdravotní stav občanů a jeho vliv pro přijetí do domova důchodců a ústavů sociální péče
- 6. Instituce:** IPVZ
- 7. Katedra:** Škola veřejného zdravotnictví
- 8. Rok odevzdání:** 2005
- 9. Počet stran:** 89
- 10. Počet příloh:** 12
- 11. Resumé:** Atestační práce je zaměřena na problematiku umístování občanů do domova důchodců a ústavů sociální péče v závislosti na jejich zdravotním stavu a sociálních předpokladech. Cílem práce bylo zjistit, jaký je jejich zdravotní stav při zařazování do DD a ÚSP a jaké jsou současné podmínky pro přijetí do ústavů. Zjišťovala jsem to posuzováním jejich zdravotního stavu na základě dotazníku, lékařských vyjádření, sociálních šetření a formou rozhovorů.
- 12. Klíčová slova:** Zdravotní ústav, zdraví, nemoc, ústavy, demence, senior, geriatric,

I. ÚVOD

Pro svoji atestační práci jsem si vybrala téma „Zdravotní stav občanů a jeho vliv pro přijetí do domova důchodců a ústavů sociální péče“. Toto téma jsem si zvolila proto, že pracuji na odboru sociálních věcí a zdravotnictví a touto problematikou se dlouhodobě zabývám. Problémy umístování občanů do zařízení sociální péče jsou stále aktuální, mnohdy palčivé, někdy bez východiskové. Téma práce je v podstatě spojeno s problematikou stáří, nepříznivým zdravotním stavem ve stáří, podmínkami pro přijetí do ústavů sociální péče, kvalitou, kvantitou i dostupností sociálních služeb.

I když jsem při práci vycházela ze sociální problematiky města Plzně, myslím si, že většina problémů se dotýká většiny měst a obcí naší republiky. Chtěla jsem poukázat na problém:

- zdraví, jako podmínky dostupnosti sociálních služeb, či už v ústavech sociální péče anebo ve zdravotnictví
- stárnutí a stáří, který je příčinou a vyznaným rizikovým onemocněním a úmrtí.

A protože „*Tempera labuntur, tacitisque senescimus annis*“ (Čas se kupředu řítí a tiše léty tu stárneme), jak řekl moudře Ovidius, měl by si každý z nás uvědomit, že stáří nás jednou doběhne. A stáří není příliš pozitivní součástí života, jak se to mnozí snaží prezentovat, je však součástí zákonitou, nevyhnutnou.

Současná civilizace dosáhla významné zlepšení zdravotního stavu obyvatel v různých zemích světa eradikací infekčních a jiných onemocnění, díky objevům chemoterapeutik, antibiotik, očkovacích látek, zlepšením životního stylu a omezením rizikových faktorů v životním

prostředí, ale proces stárnutí jako takový nezastavila. Dnes, když si přečteme jakoukoliv literaturu, programy, doporučení, materiál, který se zabývá stářím, většinou se všude počítá se soběstačným, nebo alespoň částečně soběstačným seniorem. Různé sociologické průzkumy ve svých materiálech počítají jenom se stářím 60 a více let, což je v dnešní době, zejména, když se produktivní věk prodlužuje, nedostatečné. Každý se zabývá jenom tzv. ranným stářím, kde je zdravotní stav ještě relativně dobrý a soběstačnost je aspoň částečná. Téměř nikdo nepočítá se stářím vlastním a dlouhověkostí, i když je známo, že dlouhověkých lidí přibývá. V sociální sféře se doporučuje umožnit, zejména starému člověku, co nejdéle žít v jeho vlastním domácím prostředí, nebo v domácnosti příbuzných, za pomoci využívání osobní asistence, respitní a komunitní péče. Je ale potřeba si uvědomit, že osobní asistence, respitní, domácí či komunitní péče může poskytnout služby na pouze několik hodin denně.

Z mé zkušenosti mohu konstatovat, že tyto služby jsou využívány rodinami maximálně do doby, kdy jejich blízký člověk je alespoň částečně soběstačný. Pak ale přijde den, kdy se částečná soběstačnost změní v nesoběstačnost a pečovatelská služba je v takovém případě nedostatečná.

V souvislosti s výraznými celospolečenskými změnami, měnící se ekonomikou rodin, zaměstnáním, bytovou problematikou, klesá počet rodin schopných se o svého člena rodiny dál postarat. V rodině nastává najednou velký problém, protože je potřeba vyřešit otázku, kdo bude pečovat o nejbližší celodenně. Téměř ve všech případech, kdyby se tato otázka v rodině vyřešila ihned, je už z jejich pohledu pozdě.

Zde je nutné přistoupit k péči institucionální a záleží jen na zdravotním stavu seniora, jaký druh zařízení je pro něj nejvhodnější. I když z etického hlediska by i zde měla platit zásada umožnit klientovi umístění co nejbližší k jeho rodinnému prostředí s možností jeho návratu domů. A protože jednou i my budeme odkázáni na pomoc druhých, budeme vděční našim budoucím

generacím, když nám v nejtěžších chvílích podají pomocnou ruku. Měli bychom na tento fakt všichni myslet a snažit se vytvářet co nejlepší zdravotní a sociální podmínky pro všechny naše staré spoluobčany.

Celá atestační práce je rozdělena do dvou částí a každá z nich má několika kapitol.

I.

První kapitola je věnována vysvětlení pojmu demografie, demografického věku, kalendářního věku, funkčního věku, dlouhověkosti a krátkému zhodnocení demografických údajů.

Druhá kapitola je zaměřena na základní charakteristiku zdraví a nemoci, diagnostiku nemoci, zejména ve vztahu k seniorům.

Třetí kapitola stručně charakterizuje gerontologii a geriatrii a zabývá se stručnou charakteristikou teorií o stárnutí.

Péči o seniory, zejména charakteristikám zdravotní a sociální péči, je věnována čtvrtá kapitola této práce.

V páté kapitole je pohled na ústavní péči a její historii, podmínkám umístování do ústavů sociální péče a domovů důchodců.

II.

V první kapitole II. části své práce analyzuji současný stav ústavní sociální péče v Plzni.

Ve druhé kapitole se zabývám stavem a strukturou DD a analýzou žádostí klientů.

Třetí kapitola pojednává o zdravotním stavu klientů umístěných do ústavní sociální péče.

II. CÍL PRÁCE

Populační vývoj v Plzni se v základních rysech neliší od vývoje v České republice, ale podle statistických údajů je tu proces stárnutí rychlejší než ve srovnatelných městech. Tím, že má poměrně příznivou vzdělanostní strukturu i odpovídající pracovní příležitosti, péče o staré a zdravotně postižené rodinné příslušníky se v mnohých rodinách přesouvá do péče státu (sociální hospitalizace, LDN), nebo do oblasti sociální péče, zejména péče institucionální. Pravdou je, že většina seniorů v případě volby zůstane mezi setrváním ve svém domácím prostředí, nebo umístěním v ústavu sociální péče, by volila možnost zůstat ve svém přirozeném prostředí, přesto počet žádostí o umístění do ústavů sociální péče rok od roku roste.

Hlavním cílem mé práce je :

1. V teoretické části:

- analyzovat a charakterizovat problematiku demografického vývoje, zdraví, nemoci, stáří a ústavní sociální péče.

2. Ve výzkumné části:

- analyzovat a zhodnotit vývoj ústavní péče v Plzni a zjistit, zda nabídka odpovídá poptávce
- analyzovat zdravotní stav klientů žádajících o umístění do ústavů sociální péče a domovů důchodců a zjistit nejčastější výskyt onemocnění a zdravotních poruch u klientů, které je vedou k žádostem o umístění do DD a ÚSP
- analyzovat platnou právní úpravu vztahující se k zařízením ústavní sociální péče a porovnat požadavky na zdravotní stav se skutečností
- identifikovat nejpálčivější problémy města v oblasti ústavní péči pro staré a zdravotně postižené občany.

Metody

Při své práci jsem použila metodu vybrané analýzy:

- dokumentů - zejména odbornou literaturu, právní předpisy, příspěvky z konferencí, informační bulletiny, internetní zpracování dokumentů, žádostí a dotazníků, lékařské dokumentace
- komparace - kterou jsem použila při analýze dat v určitém časovém sledu (počty žádostí, výskyt onemocnění, typologie zařízení)
- standardizovaných rozhovorů s klienty zaměřených na zjišťování jejich subjektivních pocitů zdraví, nemoci, vztahu k ústavní péči, rodině a podobně
- pozorování klientů při sociálním šetření a zhodnocování jejich soběstačnosti a sociálního prostředí
- testování klientů za použití standardizovaných testů na zjišťování základních všedních činností, testů kognitivních funkcí a tabulek pro testování ošetrovatelské zátěže

III. ZDRAVOTNÍ STAV OBČANŮ A JEHO VLIV PRO PŘIJETÍ DO DD a ÚSP

A. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vysvětlení pojmů

1. 1. Demografie

Demografie je společenská, historicky formovaná věda o obyvatelstvu, jeho počtu a struktuře. Zkoumá jak reprodukci, počet, složení a rozmístění obyvatelstva, tak i jeho podmínky a zákonitosti vývoje. Má velký význam pro studium zdravotního stavu, zdravotnických a sociálních služeb.

Demografický věk

Chápeme jako podíl osob určitého kalendářního věku v poměru k danému počtu obyvatelstva. Demografickým stárnutím rozumíme takovou změnu ve věkové struktuře populace, kdy dochází ke zvyšování podílu starších věkových skupin. Stárnutí obyvatelstva se v průběhu let i celé historii lidstva neustále měnilo a mění.

Kalendářní věk

Světovou zdravotnickou organizací bylo přijato chronologické dělení obyvatelstva podle věku:

- Střední věk (45-59 let)
- Časné stáří, ranné stáří, mladí staří-young old (60-74 let)
- Stařecký věk, pokročilý věk, pravé stáří, sénium, very old, old-old (75-89 let)
- Dlouhověkost (90 let a více)

OSN ve svých materiálech a statistikách bere za základ „stáří“

věk 65 let. Vyzrálé stáří má svoje typické znaky, které nelze přehlédnout. Odborně pod pojmem stáří řadíme věk sénia, tj. věk od 75-89 let. Jedinci této kategorie vykazují výrazné snížení fyzických i psychických sil. Klinické zvláštnosti se vyskytují u populace věkové kategorie 65-74 let a poté nad 75 let. Tento věk nevystihuje dostatečně skutečné stáří, protože nezohledňuje individuální rozdíly jednotlivců.

Dlouhověkost

Délka lidského života je daná druhově a geneticky. Předpokládá se, že biologická mez života leží mezi 115- 120 léty. Některé publikace uvádějí délku života až 130 let. Doposud nejvyšší popsaná dosažená délka života je 120 let. Světová zdravotnická organizace považuje za dlouhověké lidi starší 90-ti let. Statistiky uvádí, že dispozice pro vyšší věk u potomků se dědí s dožitím vyššího věku rodičů, zejména po linii matky. Ty jsou ovlivněny životním stylem.

Funkční věk

Tvoří ho bio-psycho-sociální jednotka, která značně ovlivňuje skutečné stáří člověka.

1. Biologický věk je výslednicí:

- důsledků involučních fyziologických dějů
- způsobu života
- působení zevního prostředí
- nemocností a chorobnými stavy

2. Sociální věk, který je daný působením různých sociálních vlivů za života člověka

3. Psychologický věk (psychologické stáří), je ovlivněn:

- různými faktory v průběhu stárnutí

- je to reakce jedince na stáří, které se prolínají s individuálními osobnostními rysy člověka

Důchodový věk

Je daný věkovou hranicí, která opravňuje člověka k odchodu do důchodu po odpracování stanoveného počtu let s nárokem na starobní důchod.

2.1. Demografické údaje

Od počátku devadesátých let se trvale snižuje počet obyvatelstva v celé České republice. Úbytek obyvatelstva ve městech v posledních letech minulého století probíhal velmi rychlým tempem. K velkému poklesu počtu obyvatelstva došlo zejména ve městě Plzeň. Zvýšený úbytek souvisí i se změnou demografického chování populace České republiky. Změna životního stylu, změna hodnotové orientace, sociálních a ekonomických podmínek mladých lidí, se projevuje odkládáním založení rodiny a narození dětí do vyššího věku. Pokles počtu obyvatelstva bude s největší pravděpodobností pokračovat i v dalších letech. Předpokládá se, že úbytek obyvatelstva přirozenou cestou se v nejbližších létech bude snižovat až do roku 2015, kdy nastoupí do věku vysoké plodnosti slabé ročníky žen narozených v devadesátých létech minulého století, kdy se tento úbytek opět výrazně zvýší.

V důsledku nízké porodnosti a prodlužujícího se vyššího věku dožití, dochází ke stárnutí plzeňské populace, i když tento vývoj závisí od jednotlivých věkových skupin, tj. záleží na tom, jak silné ročníky budou postupovat do vyšších věkových kategorií.

Podle údajů Českého statistického úřadu (viz.tabulka č. 1), se počet obyvatel v Plzni v roce 2020 oproti počátku devadesátých let výrazně zvýší, jak v kategorii časného stáří (60-74 let), tak v kategorii stařeckého věku (75-89 let) a kategorii dlouhověkosti (90 a více let). S nárůstem počtu osob, které

mají vyšší potřebu sociální a zdravotní péče, by měl počítat jak stát, tak představitelé a zástupci jednotlivých krajů a měst.

Plzeň - vývoj obyvatelstva v poproduktivním věku, 1991-2020						
Rok	Počet obyvatel ve věku:					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
1991	9625	8689	4476	4351	2668	1196
1998	8304	8650	7202	4656	2163	1673
2005	11503	7995	7091	5866	3708	1595
2020	10301	11829	10721	8061	4316	3207

Pramen dat:
Český statistický úřad;
Burcin, B. – Kučera, T.: Prognóza vývoje obyvatelstva Plzně a zázemí do roku 2030, střední varianta. Praha, 1996.

Demografické stárnutí populace výrazně ovlivňuje ekonomickou, sociální a zdravotní sféru, má důsledky sociologické, psychologické a v nemalé míře způsobuje i osobní životní problémy jedince i rodin. Programům rozvoje zdravotní péče, a to nejen z mého hlediska, je věnovaná velká pozornost. Poměrně málo pozornosti se věnuje programům rozvoje sociální péče, zejména péči institucionální. Aby se tato problematika mohla řešit, je nutné získat informace a zmapovat:

- zdravotní stavu seniorů a jejich zdravotní potřeby
- sociálně ekonomický vývoj a situaci seniorů – zejména osob žijících osaměle,
- kvalitu života seniorů
- demografickou situaci o věkové struktuře
- stávající zajištění služeb sociální péče (komunitní, ústavní a další údaje)

Názor na potřebu kapacit ústavních zařízení sociální péče se samozřejmě mění v závislosti na rozvoji a změnách jednotlivých podmínek jako například:

- demografický vývoj
- způsob života
- společenské klima
- terénní, respitní péče
- zdravotní podmínky
- sociální podmínky
- dostupnost

Žádné momentální řešení není nikdy definitivní, ale nepochybně velký význam do budoucna má zřizování kapacitně menších zařízení tak, aby klienti měli co nejbližší k jeho přirozenému, rodinnému zázemí. Velký význam má toto řešení i pro nejbližší příbuzné z důvodu rychlé dostupnosti, častějších návštěv, operativního řešení event. problémů a podobně.

2. Zdraví a nemoc

Každá civilizace je závislá na kvalitě a zdraví populace a naopak, zdraví populace je závislé od lidského pokroku.

2.1. Zdraví

Když se zamyslíme nad otázkou co je to zdraví, zjistíme, že jeho definice není tak jednoduchá, jak se to na první pohled zdá. Zdraví zahrnuje následovní atributy:

- není to jen nepřítomnost nemoci - je to subjektivní pocit pohody, souladu a harmonie, který si uvědomujeme podle stupně své zralosti a individuálních podmínek

- je hodnotou všech hodnot a odráží skutečnost, že je podmínkou realizace životních cílů a aktivit - „Když chybí zdraví moudrost je bezradná, síla není schopna boje, bohatství je bezcenné a důvtip je bezmocný“ (Herakleitos z Efezu 540-470 let před n.l.).
- týká se jak člověka, tak jeho prostředí v jeho vzájemném vztahu a ovlivňování
- je ovlivněno chováním jednotlivce, jeho postojem k životu, myšlením, prožíváním
- s podporou a upevňováním zdraví je potřeba začít už v ranném dětství
- prevence je velmi důležitá a hlavně levnější
- vhodné místo pro podporování a rozvoj zdraví je společenství (rodina, škola, práce)

Zdraví podle SZO

Nejjednodušší definice zdraví je definice podle Světové zdravotnické organizace, která říká, že zdraví je stav naprosté tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo poruchy funkce. Zdraví ovlivňují další faktory, jako jsou faktory ekonomické, pracovní, životní, kulturní, sociální, individuální a další, které si více méně uvědomujeme podle našeho vlastního věku.

V konečném důsledku jde o komplex vlivů a vztahů mezi organizmem jednotlivce, jeho životním, sociálním prostředím a jeho životním stylem.

2. 2. Nemoc

Velmi důležitou schopností organismu člověka je vyrovnat se s nároky vnějšího a vnitřního prostředí bez narušení životních funkcí. Při změně, či poruše stavby nebo funkce jednoho nebo více orgánů dochází ke stavu, kterému říkáme nemoc. Nemoc je tedy negativní odchylka od zdraví, kterou vnímáme jako:

- objektivní poruchu zdraví a přítomnost choroby, kterou můžeme diagnostikovat a klasifikovat
- subjektivní pocit, který vede k vyhledání pomoci

Vlivy, příznaky a průběh nemoci

Nemoc se vyvíjí působením různých vlivů:

- zevních - záření, klíma, chemické vlivy apod.
- vnitřních - dědičnost, vrozené poruchy, dětství, dospívání, stáří
- neadekvátních - reakce organismu na různé vlivy (alergie, autoimunní nemoci)
- psychogenních
- esenciálních (neznáme příčinu)

Průběh nemoci může být :

- akutní - příznaky se objeví náhle a nemoc končí uzdravením, chronicitou nebo smrtí
- chronický - nemoc má dlouhý průběh bez naděje na úplné uzdravení s nezvratnými změnami na postiženém orgánu

Stádia nemoci a prevence

Nemoc prochází různými stádii:

- latence - období od začátku onemocnění až po první příznaky nemoci. Je to většinou tzv. období bezpříznakové, u infekčních nemocí hovoříme o inkubační době
- prodromálních (neurčitých) příznaků, (bolest hlavy, zvýšená teplota, únava)
- manifestních příznaků (výrazné příznaky charakteristické pro danou nemoc
- rekonvalescence - období ústupu nemoci a uzdravování organismu

Onemocnění

Pod tímto pojmem si představujeme vnější pohled společnosti na zdravotní stav jedince, který společnost vnímá jako narušení fyzického nebo psychického stavu člověka.

Onemocněním předcházíme prevencí:

- primární (výchovou, sportem..)
- sekundární (preventivními prohlídky)
- terciální (zabránění komplikací)

Choroba

Je to psychická nebo fyzická odchylka od toho, co je ze statistického hlediska považováno za zdraví. V důsledku choroby se člověk stává nemocným, postiženým, nesoběstačným a zvyšuje se pravděpodobnost smrti.

Bolest

Podle definice Světové zdravotnické organizace je bolest nepříjemná, emocionální a senzorická zkušenost, spojená s potenciálním nebo akutním poškozením tkáně, nebo je takovými výrazy vždy popisována. Bolest je vždy subjektivní a probíhá na úrovni centrálního nervového systému. Faktory, které ovlivňují bolest jsou:

- biologické (poškození tkáně, senzitivita receptoru, toxicita léčby). Platí zde, že starý člověk je více fyzicky i psychicky zranitelnější a proto i vnímavější k bolesti.
- psychologické (deprese, frustrace, úzkost apod.), výrazně ovlivňují práh bolesti. Čím je únava, deprese apod. vyšší, tím je nižší práh bolesti.
- sociální (pocit osamění, sociální výhody apod.)

2.3. Diagnóza

Určení diagnózy je základem k účinnému zásahu, léčbě, případně stanovení další prognózy. Diagnóza stanovená za života se nazývá klinická.

Klinická medicína

Klinická medicína při stanovení diagnózy postupuje podle uznávaných diferenciatně diagnostických kritérií a zahrnuje:

- vyšetření pacienta (anamnéza a intuitivní vcítění, somatické vyšetření, laboratorní a jiné nálezy)
- správné zhodnocení příznaků a symptomů (na základě vysoce hodnotných příznaků)
- určení diagnózy (podle příznaků a syndromů)
- předpis odpovídající léčby

Aby nedocházelo k chybné diagnóze, je důležité vyvarovat se:

- neznalosti problematiky a nedostatečného vyšetření
- chyb při tvorbě úsudku jako následku špatného konstruktivního myšlení, nelogických závěrů, osobních chyb plynoucích z ješitnosti, sebelásky a jiných povahových vlastností
- technických chyb při vyšetřování
- věnovat pozornost důležitým znamením (častost choroby, závislost na roční době, vliv věku a pohlaví, lokalizace, bolest, rasa a zeměpisné vlivy, zvyklosti a zaměstnání, konstituce)

Medicína veřejného zdraví

Medicína veřejného zdraví při stanovení diagnózy postupuje následovně:

- vyšetřuje celou populaci
- vyjme nejdůležitější indikátory popisující zdravotní problémy
- stanoví diagnózu

- vybere vhodný zdravotní program

Indikátory podle kterých můžeme určit zdravotní stav jedince jsou:

- pozitivní (stav výživy, antropometrické znaky, športovní výkony psychické zdraví apod.)
- negativní (úmrtnost, chorobnost, stav výživy, atd.)

Je známe, že schopnost vyrovnávat se s nároky prostředí nejhůře probíhá ve stáří. Dalo by se říct, že tato schopnost stářím klesá. Stárnutí, jak víme, je projevem biologických a fyziologických změn, které jsou zakódovány v molekule DNA každé buňky. Imunitní systém s přibývajícím věkem ztrácí svoji účinnost, dochází k chemickým změnám, zvýšené tvorbě autoimunních protilátek, i k aktivaci inkubovaných virů. Postupně dochází ke ztrátě jejich elasticity i ztrátě funkce. Ve stáří regenerace zaostává za opotřebením. Je to proces dlouhodobý, zčásti ireverzibilní, který vede k výrazným změnám funkce i morfologie orgánů. Populace je ale natolik různorodá, že i při stejném kalendářním věku, je reakce na vnější příčiny nemoci i celý průběh nemoci závislá na biologickém stáří jednotlivců.

Zdraví a nemoc nemůžeme posuzovat jenom z hlediska medicínského, už z toho důvodů, že jde o jev celospolečenský. Tento sociální jev se promítá i do jednání jednotlivců a komunity, která se snaží chránit svoje členy před vznikem a šířením nemocí. Vytváří systémy na pomoc svým nemocným a postiženým členům, i když mnohdy ji v tom brání podmínky ekonomické, etické a naráží při tom na řešení takových otázek, jako je třeba problematika zabezpečení zdravotně - sociální péče stále narůstajícího počtu starých lidí, způsob financování této péče, způsob léčby (zejména kde a za co) a pod. Významnou roli zde hraje propojení klinické medicíny, veřejného zdravotnictví, sociálních a ekonomických služeb. Nemalou úlohu zde hraje vytvoření správné a právně vyhovující legislativy, a ekonomických podmínek.

3. Gerontologie a Geriatrie

Život každého člověka prochází několika vývojovými stádii. Stáří je jeho poslední vývojovou etapou, která navazuje na předchozí etapy a které v něm zanechaly výrazný otisk. Stárnutí nelze zastavit, elixír mládí nebyl nalezen. Stárnou jedinci, stárne společnost. Stárnutí je celoživotní proces. Je to složitý děj, který je výsledkem působení mnoha faktorů. Počet starších skupin obyvatelstva rychle roste, co sebou přináší problémy jak ekonomické, tak sociální, medicínské i psychologické, proto je nutno ve společnosti tento fakt vzít do úvahy při plánování a realizaci sociálních i zdravotních služeb.

3.1. Gerontologie

Problematikou stáří a stárnutí se zabývali lékaři už ve starém Řecku, ale k výraznému rozvoji gerontologie dochází až ve 20. století. V roce 1923 Stanley Hall formuluje základní problémy osob vyššího věku a je považován za prvního sociologa ve stáří. V roce 1938 vznikl v USA první ústav pro výzkum stárnutí, v roce 1939 je zde založeno Mezinárodní sdružení pro výzkum stárnutí a v roce 1940 je zde ustanovena Gerontologická společnost. Gerontologie je věda o stáří a stárnutí, která se vnitřně dělí na :

- Teoretickou, která zkoumá příčiny a mechanismy stáří a stárnutí. Sleduje vliv genetiky a předpoklady dlouhověkosti
- Klinickou, která se zabývá fyziologií a patologií stáří, sleduje zvláštnosti chorob ve stáří a specifikuje léčbu typicky modifikovaných nemocí ve stáří
- Speciální, která se zabývá společenským zájmem o problematiku stáří a sestavuje modely komplexní péče.

První zmínky k otázce problematiky - psychologie stáří, se objevují v 2. polovině 19. století. Tyto poznatky se neustále rozvíjí a využívají

v programech o prevenci stáří, jejichž cílem je prodloužit soběstačnost starého člověka za předpokladu fyzicko-psychické schopnosti jedince.

Teorií o stárnutí existuje několik:

- Genetická - pravděpodobnost dožití vysokého věku u dětí je stejná jako u rodičů. Genetické faktory se uplatňují jako hlavní podmínka stárnutí.
- Teorie programového stárnutí - je v podstatě o genetickou teorii, při které jde o naprogramování času a funkce jednotlivých genů.
- Teorie hodinového stárnutí- předpoklad načasování funkce a existence některých buněk, tkání a orgánů
- Mutační (spontánní), často vlivem různých faktorů (záření) dochází k mutaci chromozomů a mitochondrií DNA, které jsou příčinou poruch metabolických funkcí, vedoucích k stárnutí a zániku buněk. Mitochondrie ležící mimo jádro buňky obsahují genetické informace v tzv.mitochondriální DNA. Vědci evropských států zjistili, že mutace mitochondriální DNA způsobuje předčasné stárnutí a hraje významnou roli u mnoha závažných onemocnění, jako jsou Morbus Parkinson, epilepsie, DM, některé typy ca.
- Omylů - metabolické změny (např. bílkovin) vedou ke změně přenosu a přepisu genetického materiálu a zániku buněk.
- Autoimunní - porucha reakce vlastního organismu na imunologické procesy vede k zániku buněk
- Volných radikálů - zdroje volných radikálů (záření, chemické reakce za přítomnosti cizorodých látek a pod.) způsobují poruchy a změny v membránách buněk, poruchy bílkovin, tuků a nukleových kyselin, což způsobuje stárnutí a zánik buněk.

- Teorie příčných vazeb – vlivem (např. chemickým) dojde ke zkřížení molekul (DNA, RNA) a tím metabolické změně, s následky stárnutí a zániku buněk.
- Neuroendokrinní - základem je melatonin, který řídí biorytmy organismu, řídí uvolňování dalších hormonů, čím výrazně ovlivňuje endokrinní systém a tím i buňky a tkáně. Současně má výrazné antioxidační účinky. Jeho hladina u starých lidí klesá až na čtvrtinu původní hodnoty.

Když mluvíme o stárnutí, musíme si uvědomit, že organismus je složen z nespočetného množství buněk, které tvoří samostatnou stavební jednotku s genetickým materiálem (DNA).

Buňky, vytváří jednotlivé tkáně, orgány i organismus. Činnost organismu zabezpečuje látková výměna, kterou regulují žlázy s vnitřní sekrecí a které řídí centrální nervový systém. Po poškození nebo onemocnění, sice u některého typu buněk dochází k jejich obnově (játra, kůže), ale i tato schopnost obnovy není trvalá a neomezená. Dalo by se říct, že uvnitř organismu jsou jakési pacemakery (hodiny), které tento proces řídí a které jsou geneticky naprogramovány u každého jedince jinak.

Z dalších faktorů, které mají vliv na proces stárnutí organismu je zlepšení podmínek životního stylu, výživy a zdraví a vzestup životní úrovně. Znečištěné životní prostředí (chemikálie, záření apod.), které organismus zatěžuje, má také vliv na individuální stárnutí organismu. Můžeme tedy konstatovat, že stárnutí je soubor procesů probíhajících v organismu, které vedou k jeho zhoršení s následkem vzniku různých poruch a nemocí. Ke stárnutí organismu, podle různých výzkumů, dochází průběžně od cca 35 roku života. Víme, že mladý organismus se do určité míry lépe dokáže vypořádat se škodlivými vlivy a přetěžováním, které vedou k onemocnění nebo smrti. Čím je organismus starší, tím méně odolává škodlivým vlivům a tím víc je vystaven riziku onemocnění (kardiovaskulárního systému,

zažívacího traktu apod.) a úmrtí, proto je potřeba přizpůsobit zátěž funkčnímu věku. Z lékařského a demografického pohledu považujeme u nás za počátek stáří věk 65 let. Závěrem této statě můžeme říct, že stárnutí je:

1. specifický nevratný a neopakovatelný biologický proces, který je společný pro celou přírodu.
2. velmi složitý děj, který probíhá u každého jinak, a je výslednicí:
 - involučních změn
 - původního funkčního stavu
 - vlivů faktorů zevního prostředí
 - způsobu života

Stáří tedy nelze měřit kalendářním věkem. Je daný tělesnými a duševními silami člověka. Hodně záleží i na tom, v jakém prostředí člověk žije.

Průvodními jevy stárnutí jsou:

- postupná ztráta fyzické aktivity, která postupně vede ke snížení soběstačnosti a vzniku individuální závislosti
- pokles adaptability na jakékoliv změny
- postupná ztráta kontaktů až osamělost
- snížení finančního příjmu
- pokles psychických sil

Změna v chůzi, gestech, projevu řeči, změn ve tváři, psychice, zpomalené reakce, strach z jakýchkoliv změn, to jsou typické projevy stárnutí.

Za starého člověka je ve všeobecnosti v našem prostředí často považován i člověk, kterému vznikl nárok na starobní důchod. Mnozí, respektive většina z nás, dává rovnítko mezi odchodem do důchodu a stářím. Skutečnost je samozřejmě jiná. Máme-li mluvit o stáří, musíme vzít v úvahu:

- biologické stárnutí a omezení jeho rezerv (úbytek kostní hmoty, zpomalení psychomotorického tempa, vzruchů, snížený vliv hormonů, ztráta vody, a pod.)
- psychologické stárnutí, při kterém dochází ke změnám osobnosti (zpomalení psychomotorického tempa, změny kognitivních funkcí, ochuzení myšlení, změny paměťových schopností, učení, intelekt, apod.)
- sociální stárnutí (schopnost uvědomit si stáří a přizpůsobit se mu)

3.2. Geriatrie

Je lékařská věda, která se zabývá medicínou stáří a diagnostikou chorob ve stáří. Zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, ošetřovatelství. Vlastní geriatrická péče je zaměřená především na poskytování zdravotní péče speciální skupině seniorů. Choroby, které mají nějaký vztah ke stáří můžeme rozdělit do tří základních skupin:

1. Primární – patří zde:

- choroby vyskytující se ve stáří (např. demence, stařecké změny kůže, zraku, sluchu a pod.)
- specifické stařecké syndromy (např. psychosomatické)
- choroby, se sice vyskytují v každém věku, ale ve stáří tvoří určité specifikum (stařecký DM)
- choroby s výraznými fyziologickými změnami (osteoporóza)
- choroby genetické, spojené s předčasným stárnutím (progérie)

2. Choroby s podmíněným vztahem ke stáří - tj. choroby, které se sice vyskytují i v mladším věku a přesto se spojují se stářím (ateroskleróza)

3. Choroby bez vztahu ke stáří - tj. choroby přinesené do staroby z mládí.

Charakteristickým znakem stáří je, že se u jedince vyskytuje několik nemocí najednou, je tu sklon k častým komplikacím, vyhojení je mnohokrát

zdlouhavé, nebo nikdy k němu nedojde. Nemoci vytvářejí často řetězové reakce, v důsledku čeho vzniká problém, do kterého oddělení nemocného seniora začlenit. Mnoho chorob ve stáří vykazuje zvláštnosti v klinickém obrazu, například:

- Onemocnění probíhá atypicky, často nemusí mít dramatický průběh
- Onemocnění trvá dlouho, nehojí se a často přechází do chronicity
- Dochází ke komplikacím, které mohou vést k řetězové reakci a vzniku dalších chorob. Tyto mohou vytlačit příznaky původního onemocnění
- Každá závažnější choroba ve stáří má za následek urychlení stárnutí (literatura uvádí, že jde o akcelerační fenomén, tzv. zestárnutí před očima)

Geriatric se ve své péči zabývá pacienty staršími 75 let, kteří většinou vykazují změny typické pro stáří:

1. Někteří si přinášejí do stáří chronickou nemoc
2. Mají větší riziko:
 - onkologických onemocnění,
 - ischemických chorob srdečních (dále jen ICHS),
 - cévních mozkových příhod (dále jen CMP)
3. Jsou fyzicky křehčí (ztráta síly, hybnosti, kondice)
4. Dochází k výraznému zhoršení zraku, sluchu (známka biologického stáří),
5. Dochází ke stresu a vzniku psychických poruch v důsledku snížení sociálních kontaktů
6. Problémy duševního zdraví často způsobují výskyt demence

Cílem geriatric je optimalizovat funkční a zdravotní stav seniorů, snížit nemocnost v pokročilém věku, zlepšit dekompenzaci onemocnění, snížit ztrátu soběstačnosti apod. Předmětem této disciplíny je především stárnoucí a starý člověk, ale i člověk s takovým funkčním postižením, které se přibližuje charakteru a povaze geriatrického jedince.

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění, zejména takových, které jsou chronické a provázeny vleklou bolestí (opary, neuralgie, arthritidy, osteoartrózy, osteoporózy). Psychické změny ve stáří mohou tuto bolest negativně nebo pozitivně ovlivnit a stařecké poruchy (kognitivních funkcí, demence, deprese) ji mohou velmi zkomplikovat. Proto úspěšně prováděná léčba bolestí může být klíčem k výraznému zlepšení kvality života starých lidí. Péče o seniory je považována za celospolečenskou záležitost, která by měla reagovat na demografický vývoj a stárnutí populace. Měla by zde být snaha o vytvoření kvalitních a efektivních zdravotnických služeb s návazností na služby sociální.

Protože tato problematika se dotýká problémů v zemích celé Evropy, byly vypracované:

Zásady Mezinárodní gerontologické a geriatrické asociace v Evropě:

- Posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti
- V případě onemocnění pacienta léčit
- Zmírňovat následky nemoci
- Pomáhat vést starším lidem plný, aktivní a nezávislý život
- Zabránit diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení či národnosti
- Zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami tak, aby senior zůstal ve svém přirozeném prostředí do doby, kdy se hospitalizace, nebo institucionalizace stává nezbytnou.

Péče o seniory v jednotlivých zemích Evropské unie se samozřejmě liší jak kulturními tradicemi, tak i socioekonomickými podmínkami. Můžeme ale říct, že je realizována (obdobně jako u nás) těmito způsoby:

- Svépomocná péče v rodině
- Péče v rodině s nároky na ambulantní pomoc

- Péče polorodinná (semifamiliární) - v kombinaci s denním stacionářem nebo domovinkou
- Péče semifamiliární s parciální (částečnou) hospitalizací ve vícedenních stacionářích
- Péče institucionální

Péče institucionální může mít charakter poskytování:

- Doplnkových služeb (domy s pečovatelskou službou, penziony)
- Základních ošetrovatelsko-pečovatelských služeb (domovy důchodců, ústavy sociální péče)
- Převážně lékařské péče (léčebny dlouhodobě nemocných)

Rozdíl mezi poskytováním rozsahu těchto služeb u nás a v západních zemích je zejména v tom, že služby v západních zemích jsou variabilnější, mají delší tradici, poskytují ji ve větší míře organizace soukromé, celkové socioekonomické podmínky jsou na vyšší úrovni. K výraznému rozvoji těchto služeb v naší zemi došlo až v posledním desetiletí minulého století. Služby poskytují zejména neziskové organizace a legislativa v mnohých ohledech nevyhovuje, chybí, nebo není náležitě vypracovaná.

4. Péče o seniory

Geriatrický pacient má mnohočetné zdravotní problémy s převahou geriatrických symptomů (kterými jsou např. poruchy chůze, pády, kognitivní a afektivní poruchy, malnutrice, inkontinence moči a stolice, senzorické poruchy). Je ohrožen komplikacemi chorob a celkovým úpadkem, ztrátou soběstačnosti s velkou potřebou rehabilitační, ošetrovatelské i sociální péče.

Oblast péče o seniory můžeme rozdělit do dvou základních skupin. A to do oblasti zdravotní péče a oblasti sociální péče. I když se péče dělí na péči zdravotní a sociální, v případě péče o seniory, se tyto dvě části natolik překrývají a ovlivňují, že používáme výraz zdravotně - sociální péče.

4.1. Zdravotní péče

Zdravotní péče je tradičně zaměřena na prevenci a léčbu onemocnění a úrazů. Zdravotní péči můžeme rozdělit z různých hledisek. Z hlediska způsobu poskytování zdravotní péče, můžeme péči rozdělit na:

- diagnostickou,
- ošetrovatelskou,
- preventivní,
- rehabilitační,
- léčebnou,
- lázeňskou,
- lékařenskou, ambulantní, ústavní, poradenskou a jiné.

Zdravotní péči podle místa a specializace dělíme na:

Primární

Tato péče je základem zdravotnického systému. Jde o koordinovanou, komplexní a individuální péči v první linii kontaktu jednotlivce, rodiny nebo komunity se zdravotnickými službami. Obsahuje také zdravotní výchovu, metody prevence a kontroly. Její úspěšnost závisí i od spolupráce jednotlivce a příslušné komunity se zdravotnickými službami.

Sekundární

Sekundární péče bezprostředně navazuje na péči primární. Pod tímto pojmem se rozumí zdravotní péče poskytovaná jako specializovaná ambulantní nebo lůžková péče poskytovaná v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech.

Terciální

Představuje vysoce specializovanou péči poskytovanou ve specializovaných pracovištích s kvalifikovanými a specializovanými pracovníky (např. neurochirurgie).

Zdravotní péče může být poskytována formou buď ambulantní, nebo ústavní.

Ambulantní péče

Ambulantní péče plní funkci:

- primární zdravotní péče, základem které je péče, registrovanými, popřípadě ošetřujícími lékaři
- specializované ambulantní péče
- zvláštní ambulantní péče

Od poloviny 80. let začaly vznikat specializované geriatrické ambulance, které pracují na principu týmové práce - geriatr, geriatrická sestra, sociální pracovník, případně fyzioterapeut. Provádějí léčebně preventivní péči, ale i konzultační činnost, ergodiagnostiku a dispenzarizují vysoce rizikové seniory. Bylo by neocenitelné, kdyby se zvýšil počet, zejména geriatrických ambulancí specializujících se např. na poruchy paměti (tzv. „memory clinic“), poruchy mikce, poruchy chůze a rovnováhy atd., jejichž efektivita byla prokázána kontrolovanými studiemi v zahraničí.

Zvláštní ambulantní péče

Poskytuje se klientům s akutním nebo chronickým onemocněním, tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci v jejich vlastním prostředí. Tato péče se poskytuje jako:

- domácí zdravotní péče na základě doporučení ošetřujícího lékaře
- zdravotní péče ve stacionářích
- zdravotní péče v zdravotnických zařízeních při tzv. sociální hospitalizaci
- zdravotní péče v ústavech sociální péče.

Ústavní zdravotní péče

Zahrnuje péči v nemocnicích a odborných léčebných ústavech.

1. Nemocnice poskytují ambulantní a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči.

2. Odborné léčebné ústavy plní úkoly zdravotní péče v rámci své odbornosti.
3. Zvláštní forma ústavní péče je následná péče. Pod tímto pojmem se rozumí péče o dlouhodobě nemocné a nevléčitelně nemocné. Tuto funkci plní léčebny dlouhodobě nemocných (dále jen LDN), které jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déle trvajícími nemocemi.
4. Jednou z forem ústavní péče jsou i psychiatrické léčebny, určeny pro poskytování specializované zdravotní péče osobám postiženým duševními chorobami, nebo kterým je nařízená povinná léčebná péče.
5. Léčebny TBC a respiračních chorob, určené pro nemocné s dlouhodobými plicními a respiračními chorobami.
6. Rehabilitační ústavy poskytují specializovanou ústavní péči osobám s poruchami hybnosti nebo jiných funkcí.

Každý způsob této péče má nesmírný význam při navracení zdraví, nebo zmírnění následků nemoci či úrazu. Nemůžu tady ale opomenout význam ošetrovatelské péče - zejména v péči o seniory, kdy správně prováděná ošetrovatelská péče může významně ovlivnit a urychlit léčbu a dosažení normálních životních funkcí při poruchách zdravotního stavu jednotlivce nebo skupin, nebo alespoň zlepšit kvalitu života a stupeň soběstačnosti.

Úroveň poskytování zdravotní péče je daná:

- úrovní rozvoje biomedicínských věd
- úrovní rozvoje medicínské techniky
- systémem zdravotnických služeb (dostupnost, kvalita, ekonomika, organizace
- Nezbytným prvkem v péči o seniory je propojení zdravotní péče s péčí sociální.

4.2. Sociální péče

Služby sociální péče jsou většinou kumulované do center sociálních služeb. Jejich úkolem je zabezpečit pomoc při zajištění fyzické a psychické soběstačnosti. Pomáhají při zajištění základních životních potřeb starým a zdravotně postiženým občanům a osobám v nepříznivých životních situacích. Tyto centra nabízejí různé formy pomoci:

Nouzové volání

System je založen na možnosti snadného přivolání pomoci v nebezpečí, pomocí tlačítka, napojeného přes domácí telefon na kontaktní centrum.

Svépomocné skupiny

Jsou to skupiny tvořeny příslušníky rodin pečujících o blízké se stejnou diagnózou.

Osobní asistence (OA)

Služba, která vznikla nedávno. V současnosti ji zajišťují většinou nestátní organizace zdarma anebo za malý poplatek. Osobní asistenci poskytují laici, většinou studenti. V Plzni ji poskytují studenti lékařské fakulty, která má smlouvu se svazem důchodců o poskytování asistenční služby důchodcům v Plzni. Jejich náplní je pomoc při běžných činnostech, zejména doprovody k lékařům, na úřad, kulturní akce apod. Symbolická odměna pro osobní asistenty je poskytována svazem důchodců ve výši 40,-Kč měsíčně.

Respitní péče (RP)

Pod tímto názvem si můžeme představit přechodnou - krátkodobou péči o klienta v době, odpočinku pečujícího. Tuto péči poskytují za úhradu státní i nestátní zařízení (nemocnice, domovy důchodců) formou občasného pohlídání, nebo denních a nočních stacionářů. V Plzni tuto službu poskytuje Městská charita v denním stacionáři s kapacitou cca 9 míst.

Domácí péče (DP)

Pomáhá řešit zdravotní i sociální problémy seniorů v době nemoci a nepříznivých životních situacích. Velkou předností je možnost pečovat o klienta v domácím a známém prostředí. Domácí péče zabezpečuje

ošetřovatelské služby, poskytované na základě doporučení registrujícího nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Odborná ošetřovatelská péče zahrnuje převazy a ošetření ran, aplikace léčebných kúr, infuzí, injekcí a pod.). Zdravotní úkony jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Péči poskytují obce i soukromé subjekty (Agentury domácí péče, Charita).

V červenci 1994 založila Asociace domácí péče Národní centrum domácí péče se sídlem v Praze, které poskytuje informace, koordinaci, edukaci profesionální i laické veřejnosti. Národní centrum vzniklo v souladu s Národním plánem opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (dokument č. 493/1993 schválen vládou ČR).

Pečovatelská služba (PS)

Je určena pro těžce zdravotně postižené a staré občany, kteří nejsou schopni si sami obstarat životní potřeby a nutné práce v domácnosti, nebo kteří pro nepříznivý zdravotní stav potřebují ošetření jinou osobou a pokud jim potřebnou péči nemohou poskytovat rodinní příslušníci. Pečovatelská služba se poskytuje občanům v jejich domácnostech včetně domácnosti v domech s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby, v domácnostech dobrovolných pracovníků pečovatelské služby, popřípadě i mimo domácnosti a zařízení. Pečovatelská služba se poskytuje za plnou nebo částečnou úhradu s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům občana a jeho rodinných příslušníků. Úkony pečovatelské služby, kterými jsou zabezpečovány nezbytné životní potřeby, se poskytují bezplatně. Mezi základné služby patří zabezpečení úklidu, praní, nákupu, osobní hygieny, stravování a další.

Pečovatelskou službu zajišťují obce a soukromé subjekty (Charita, Home care, Home help, Červený kříž).

Stacionáře

Je to zařízení, které funguje jako „školka pro seniory“. Zařízení neposkytuje zdravotní péči. Jde v podstatě o hlídání seniorů v pracovní době

příbuzných. Svoz zabezpečuje buď organizace anebo rodina. Kromě denního stacionáře se zřizují i stacionáře týdenní.

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

I když je to více-méně forma následné zdravotní ošetrovatelské péče, podobně jako v případě sociální hospitalizace, jde tu především o tzv. následnou péči, která navazuje na pobyt pacienta v nemocnici, kdy si stav pacienta nevyžaduje nemocniční péči, ale neumožňuje aby byl klient propuštěn do domácí péče. Jsou to specializovaná oddělení nemocnic, které poskytují občanům péči ošetrovatelskou a rehabilitační. Příjem je podmíněn doporučením nemocnice nebo praktického lékaře. Délka pobytu v LDN by neměla přesáhnout 3 měsíce. Péče je hrazena zdravotní pojišťovnou. Z vlastních zkušeností mohu konstatovat, že délka pobytu starých občanů v LDN a geriatrických odděleních nemocnic je podstatně delší a u jednotlivých případů přesahuje dobu 1-2 let. Tento stav je závislý na možnosti najít seniorovi odpovídající ústavní péči, zejména když klient žije v osamění a jeho zdravotní stav mu neumožňuje aby byl umístěn v odpovídajícím ústavu sociální péče. Mnohokrát je to i z důvodů neochoty příbuzných starat se o rodiče, nebo hradit poskytovanou péči v ústavech sociální péče. LDN tak supluje funkci ústavů sociální péče.

Hospic

Je to specializovaná nemocnice, která poskytuje dlouhodobě a nevyléčitelně chorým zdravotní, ošetrovatelskou a pečovatelskou službu. Hospicová péče zabezpečuje společnost, důstojnost a zmírnění neuctichajících bolestí v posledních chvílích života. Zdravotní péči hradí pojišťovna, pobyt a stravu si hradí nemocný.

Domy s pečovatelskou službou (DPS)

Jde o poskytování pečovatelsko-ošetrovatelské služby v domech určených pro bydlení starých a zdravotně postižených občanů. Jde zpravidla o objekty

s malometrážními bytovými jednotkami. Nájemní smlouvy na byty v DPS uzavírá nájemce se správcem bytového fondu města.

Penziony - pro důchodce (DPD)

Jsou určeny pro staré občany, kteří pobírají starobní nebo invalidní důchod a jejichž celkový zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči, za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. Přijímají se zde občané, jejichž zdravotní stav a věk umožňuje vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Poskytuje se v nich ubytování a základní péče a podle požadavků obyvatel i další pečovatelská placená služba.

Domovy důchodců (DD)

Domovy důchodců jsou určeny především pro staré občany, kteří pobírají starobní důchod a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit člen jejich rodiny, pečovatelská nebo jiná služba sociální péče. Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Mezi základní služby poskytované v DD patří zdravotní, ošetřovatelská a pečovatelská služba.

5. Ústavní péče

5.1. Historie ústavní péče

Vznik ústavní péče o staré a nemocné se datuje už od středověku.

Existovaly tři typy ústavní péče:

- **Špitály**, které plnily úkol útulků. Byly určeny pro dlouhodobý pobyt starých, nemocných, pocestných, chudých lidí. Většinou patřily pod klášterní správu a byly závislé od sponzorů. Vyznačovaly se špínou, bídou a špatným zacházením.

- **Klášterní nemocnice**, určené pro nemocné z bohatých rodin. Úroveň byla vyšší, péče lepší.

- **Nemocnice** určené pro separaci malomocných a infekčně nakažených

První ústavy v Čechách mají počátky v 17. století. V r. 1720 vznikla nemocnice Milosrdných bratří v Praze a ústav Alžbětinky. V roce 1788 se otevřela pro veřejnost všeobecná nemocnice, kde se postupně mění azylový systém péče na péči léčebnou. Staří lidé i nadále zůstávají na okraji společnosti a jsou umísťováni do tzv. **chudobinců**, které existovaly jenom ze sbírek a darů. V roce 1763 zavádí Marie Terezie tzv. chudinskou dávku jako odvod z příjmu na kávu, čaj, kakao. Úkolem sester bylo umýt nemocného a podat jídlo.

V 18. století se zakládají farní chudinské instituty, kterých bylo v Čechách 296 a kde se poskytovala zdravotně-sociální péče. Za vlády Josefa II. Byla v Praze otevřena Všeobecná nemocnice s chudobincem, nalezincem a zaopatřovacím ústavem.

K významnějšímu rozvoji ústavní péči dochází po vzniku československého státu. V Praze v Krči, byl v roce 1929 založen Zaopatřovací ústav (21 budov, z toho 5 starobinců a 5 chudobinců) s lůžkovou kapacitou 2 400 lůžek.

Významnou osobností byl v tomto směru profesor Rudolf Eiselt. V roce 1921 se začíná věnovat geriatrické problematice a zakládá Ústav pro nemoci stáří. V roce 1929 mění tento ústav na Klinikou nemocí stáří, první geriatrické univerzitní oddělení na světě.

V 50. letech 20. století vzniká program budování domovů důchodců, jejichž údržba a zřizování je v kompetenci státu. V roce 1954 přebírá od ministerstva zdravotnictví sociální péči Státní úřad důchodového zabezpečení a domovy odpočinku jsou přejmenované na domovy důchodců. V roce 1959 je jednotně zřízeno 296 domovů důchodců s kapacitou 27 302 lůžek. Počty domovů důchodců od r. 1990 je uveden v tabulce č. 2

roky	1959	1990	1995	2000
Počet zařízení	296	254	290	338
Počet míst	27 302	32 310	32 305	36 163

Staří lidé se v počátcích těšili na život v domově, zejména ti, jejichž ekonomické zázemí bylo nízké. Postupem času, kdy dochází ke zvyšování životní úrovně lidí v naší republice a výraznému nárůstu nových bytů a rodinných domků, přístup k odchodu do domova důchodců se mění. Starý člověk odmítá opustit svůj domov, protože tuto cestu chápe jako odchod do „chudobince“, odchod do „horšího prostředí“ a v neposlední míře i jako „konečnou etapu“ svého života, ze kterého není návratu.

Domovy důchodců a ústavy sociální péče, či už nově vybudované anebo vzniklé rekonstrukcí jiných objektů, jsou v počátcích svého zrodu mnoho-
lůžkové a zůstávají tak až do počátku 80. let 20. století. K výraznějším změnám dochází až v posledních létech, kdy se institucionální objekty sociální péče budují s 1-2 lůžkovými pokoji a staré objekty s více lůžkovými pokoji se rekonstruují. S rozvojem ekonomické úrovně obyvatel stoupají i nároky na poskytování institucionální péči. Ze své zkušenosti můžu konstatovat, že téměř všichni klienti žádající o institucionální sociální péči, mají požadavek na jednolůžkový pokoj.

5.2. Formy institucionální péče v ČR

Instituty zařízení sociální péče nelze vztahovat pouze na seniory. V určitých případech a v určitém množství se může vztahovat i na lidi v produktivním věku, kteří se z nějakých zdravotních důvodů stali nesoběstační. Zejména je to v těch případech, kdy poškození je trvalé, stabilizované a neodstranitelné. V takovém případě kromě následné péče v LDN a ošetřovatelských lůžkách v nemocnicích, přicházejí do úvahy

ústavy sociální péče. Samozřejmě, že k tomuto kroku by se mělo přistoupit po vyčerpání všech možností, které nám umožňují služby sociální péče. V ústavech sociální péče se mohou zřizovat oddělení pro denní, týdenní pobyt, přechodný, trvalý, dále pak samostatná ošetrovatelská oddělení, případně diagnostická oddělení. Podle § 61 vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení se zřizují různé typy ústavů sociální péče pro děti a mládež a pro dospělé občany. Pro dospělé, zdravotně postižené a staré občany se zřizují tyto ústavy:

- Pro chronické alkoholiky a toxikomany
- Pro chronické psychotiky a psychopaty
- Pro mentálně postižené
- Pro smyslově postižené
- Tělesně postižené s přidruženým mentálním postižením
- Tělesně postižené s více vadami
- Domovy důchodců
- Domovy penziony pro důchodce

Rozsah poskytované péče v ústavech v ústavech je daný typem ústavu a délkou pobytu v ústavu. Při týdenním, denním a přechodným pobytu se poskytuje péče v potřebném rozsahu, tak jako ve stejném typu s celoročním pobytem. Doba přechodného pobytu činí nejdéle 3 měsíce, pokud delší pobyt neodůvodňují zvláště závažné důvody.

Na ošetrovatelských odděleních se poskytuje náročná ošetrovatelská péče občanům, jejichž zdravotní stav omezuje schopnost sebeobsluhy.

5.3. Zdravotní podmínky při umístování do DD a ÚSP

Ústavní sociální péče poskytuje komplexní péči občanům v různém stádiu závislosti, zejména starým a zdravotně postiženým lidem. V České republice je ústavní sociální péče o seniory zajišťována v:

- Domovech penzionech pro důchodce (DPD)
- Domovech důchodců (DD)
- DD s ošetrovatelským oddělením

Do ústavů sociální péče by měli být, podle přílohy č.7 vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále jen Vyhláška), přijímáni občané, kteří potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a sociálním poměrům ústavní sociální péči. Zdravotní postižení, která jsou indikací nebo kontraindikací k umístění občana do odpovídajícího ústavů sociální péče jsou taxativně vyjmenována v příloze vyhlášky a můžeme je rozdělit na postižení:

- Podmiňující - jsou to taková zdravotní postižení, které odůvodňují přijetí do odpovídajícího typu ústavního zařízení
- Vylučující – jsou zdravotní postižení, na základě kterých nelze občana přijmout do odpovídajícího typu ústavu.

Protože se ve své práci zabývám starými a zdravotně postiženými lidmi, zastavím se v krátkosti u zdravotních podmínek podmiňujících, nebo vylučujících umístění do DD a DPD.

Do domovů důchodců nelze přijmout občany, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení, a dále zdravotně postižení:

- infekčními a parazitárními chorobami všech druhů a stadií, při kterých nemocný může být zdrojem onemocnění
- tuberkulózou s výjimkou stadií P III a M III a dalších stabilizovaných a inaktivních forem; potvrzení vydá příslušný odborný lékař příslušného zdravotnického zařízení
- pohlavní chorobou v akutním stadiu; v chronickém stadiu jen na základě vyjádření odborného lékaře příslušného zdravotnického zařízení, které nesmí být v rozporu s předpisy hygienické služby

- psychózou a psychickou poruchou, při nichž nemocný může ohrožit sebe i druhé, respektive jeho chování znemožňuje klidné soužití v kolektivu
- chronickým alkoholismem a jinou závažnou toxikomanií, pokud nedošlo k likvidaci návyku a chování občana znemožňuje klidné soužití v kolektivu. Potvrzení vydá odborný lékař-psychiatr příslušného zdravotnického zařízení
- imbecilitou a idiocií.

Pokud není v ústavech sociální péče - domově důchodců zřízeno ošetrovatelské oddělení, nelze do ústavů sociální péče - domovů důchodců přijímat osoby trpící těmito zdravotními postiženími, pokud nebylo po komplexní léčbě dosaženo remise:

- zhoubné novotvary všech typů, lokalizací a v době uvažovaného příjmu do domova důchodců byly zjištěny metastázy
- diabetes mellitus nekompenzovatelný standardní dietou, perorálními léky nebo inzulinem, při současném výskytu komplikací
- roztroušená mozkomíšní skleróza, (nebo nejde-li o stabilizovanou formu); potvrzení vydá přednosta neurologického oddělení příslušného zdravotnického zařízení
- degenerativní nervové nemoci (amyotrofická laterální skleróza, bulbární paralýza, progresivní mozková a mozečková atrofie apod.), Potvrzení vydá přednosta neurologického oddělení příslušného zdravotnického zařízení
- choroby srdeční ve stadiu dekompenzace spojené s výrazným omezením hybnosti a sebeobsluhy
- těžké trofické, ischemické, gangrenózní změny na končetinách cévního původu interní léčbou již neovlivnitelné

- selhávání dýchacích funkcí jakéhokoliv původu spojené s výrazným omezením hybnosti a sebeobsluhy
- chronická onemocnění jater ve stadiu dekompenzace
- chronická onemocnění ledvin ve stadiu selhání
- chronické fistulující osteomyelitidy jakékoliv etiologie
- irreparabilní stavy po zlomeninách a luxacích, zejména dolních končetin a páteře s těžším omezením hybnosti
- stavy po amputacích s těžším omezením nebo znemožněním pohybu, při kterých nelze počítat s nošením protézy, berlí nebo ovládáním vozíku pro invalidy
- postižení lokomočního aparátu jakéhokoliv původu s těžším anatomickým a funkčním omezením a se značným ztížením sebeobsluhy
- stavy po poranění nebo operacích mozku, míchy, páteře, s trvalou poruchou hybnosti, která značně omezuje sebeobsluhu
- postižení smyslových funkcí, zejména zraku a sluchu, která způsobují značné omezení nebo ztrátu orientace nebo běžného dorozumívání.

Dementní osoby lze přijímat do ústavů sociální péče - domovů důchodců v případech, když je při ústavu zřízeno ošetrovatelské oddělení pro tyto osoby.

Bacilonosiče lze přijmout do domova důchodců, jsou-li v něm vytvořeny podmínky požadované hygienickou službou, o čemž musí být pořízen zápis, který se připojí k dokumentaci žadatele pro umístění do domova důchodců.

Pro přijetí do domova-penziónů pro důchodce platí stejná kritéria jako pro přijetí do domova důchodců, nelze do něho přijmout občana, jehož zdravotní stav trvale vyžaduje ošetření a obsluhu jinou osobou.

5. 4. Podmínky řízení pro přijetí do ústavu

Do domova důchodců (dále jen DD) a ústavů sociální péče (dále jen ÚSP), se přijímají občané na podkladě žádosti. Žádost podává klient, nebo jeho zákonný zástupce. Umístění klienta do DD, případně ÚSP může být i z podnětu obce, občanských sdružení a dalších zařízení a organizací. Pokud žadatel splňuje podmínky pro přijetí do ústavu a ve vhodném ústavu je volné místo, rozhodne se o přijetí žadatele. Když ve vhodném ústavu volné místo není, rozhodne se o zařazení žádosti do pořadníku čekatelů. Pořadník čekatelů na umístění v ústavu se sestavuje podle naléhavosti umístění pro každý druh ústavu zvlášť. Při stanovení naléhavosti pořadí na umístění mají přednost:

- Osaměle žijící občané
- Žadatele s pečovatelskou službou, kteří potřebují komplexní péči

Předtím, než se rozhodne o přijetí žadatele do pořadníku, přešetří se zda se nezměnily okolnosti (zdravotní stav) pro přijetí. V rozhodnutí o přijetí do ústavu se určí forma pobytu. To znamená, že se přesně určí, do jakého typu ústavu, případně typu oddělení, žadatel nastoupí. Jestliže klient ve stanovené lhůtě bez vážného důvodu nenastoupí, je zařazen zpět do pořadníku čekatelů.

Přemístění obyvatel

Obyvatel ústavu může být přemístěn do jiného ústavu ale jen se svým souhlasem nebo souhlasem zákonného zástupce, pokud tomu nebrání zdravotní důvody.

Ukončení pobytu v ústavu

Pobyt v ústavu může skončit na základě písemného oznámení obyvatele (nebo jeho zákonného zástupce), rozhodnutím obce, kraje nebo vedoucího ústavu a to i v případě opakovaného porušování ústavního pořádku, nebo když podmínky pro ústavní péči skončí.

Jedním z hlavních problémů, které se každodenně řeší v domovech důchodců a ústavech sociální péče je poskytování zdravotní péče v ústavech

sociální péče a její hrazení ze systému zdravotního pojištění. Protože je hrazena v omezeném rozsahu, je samozřejmé, že ústavy a domovy důchodců se brání přijímání klientů s velkým nárokem na zdravotní péči, zejména tam, kde není zřízeno ošetrovatelské oddělení a proto striktně požadují dodržování podmínek přijímání klientů do svých zařízení podle stanovené vyhlášky.

B. VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Analýza ÚSP v Plzni

Sociální služby se staly od roku 1990 předmětem činnosti různých občanských sdružení, církví, humanitárních organizací a pod., které budují a provozují různé typy institucionální péče. Nejvýznamnějším zřizovatelem domovů důchodců ale i domovů penzionu pro důchodce byl vždy stát. V současnosti se tato kompetence, zejména co se týče DPD, přenáší na obce.

1.1. DPD

Umísťováním seniorů do DPD se ve své práci nezabývám, protože DPD je v podstatě poloústavní péče, která je pojítkem mezi péčí klasickou ústavní a péčí terénní. Do DPD jsou přijímáni lidé, kteří i když dosáhli věk pro přiznání starobního důchodu, mohou vést, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. DPD poskytuje kvalitní ubytování s úklidem a přestěhováním do DPD starý člověk získává nejenom komfortní bydlení ale současně si vyřeší otázku zabezpečení bydlení pro své rodinné příslušníky. V případě, že se obyvatel DPD stane nesoběstačným, měl by být přemístěn do DD. Situace je ale taková, že z důvodů nedostatku kapacit v DD a ÚSP přeložení není možné anebo to obyvatel odmítá. Z DPD se tak stávají DD bez zabezpečení komplexní péče. Zřizování DPD mělo svoje opodstatnění v době, kdy mnoho starých lidí bydlelo v bytech 3 a 4 kategorie a přestěhováním do DPD se jeho bytové podmínky vylepšily. Dnes, když jsou prakticky tyto byty na ústupu a je značný kapacitní deficit ústavů s ošetřovatelským oddělením, mělo by se jejich zřizování zvážit.

V Plzni řídí DPD Městský ústav sociálních služeb, kterého zřizovatelem je Statutární město Plzeň a jsou to:

- **Domov penzion pro důchodce, Krajiní 5** (dále jen DPD), s kapacitou 39 bytových jednotek
- **DPD Prostřední 48**, s kapacitou 68 obytných jednotek
- **DPD Partyzánská 53**, s kapacitou 42 obytných jednotek

Podle vyhlášky MPSV ČR č. 82/ 1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů je úhrada za pobyt a nezbytné služby v DPD cca 2500,- Kč/ měsíc. Do ústavu jsou přijímáni občané na základě žádosti (doplněné lékařským vyjádřením s rtg, dotazníkem) a vzhledem ke svým sociálním a zdravotním poměrům. V současnosti odbor sociálních věcí a zdravotnictví eviduje cca 600 žádostí o umístění do DPD. Čekací lhůta je od 3-5 let.

1.2. Městská a diecézní charita

V krátkosti bych se chtěla zastavit u poskytování institucionální péče pro staré a zdravotně postižené občany v Plzni, kterou zabezpečuje Městská a Diecézní charita. Ústavy poskytují nezbytné služby, nebo služby spojené s ošetrovatelskou péčí formou denních, týdenních, přechodných, nebo celoročních pobytů.

Městská charita

Městská charita v Plzni provozuje

- **DD sv. Jiří, Mohylova 92** - s kapacitou lůžek 70. Z daného lůžkového fondu je 25-2 lůžkových pokojů s úhradou 6 030 Kč,- měsíčně a 20 - 1 lůžkových pokojů z úhradou 6 627,- Kč měsíčně. DD byl zprovozněn v dubnu 2003. Shromažďování, posuzování žádostí, sociální šetření apod., až do doby uvedení DD do provozu se provádělo na odboru sociálních věcí a zdravotnictví. Od dubna 2003 si výběr a posuzování zdravotního stavu provádí Městská charita.

- ***Denní a týdenní stacionář pro seniory a invalidní občany, Polední 11.*** Kapacita lůžek pro týdenní pobyt je 10 a denní 2-4 lůžka. Provoz byl zahájen v roce 1997.
- ***Denní a týdenní stacionář pro klienty s Alzheimerovou nemocí, Francouzská 40.*** Týdenní kapacita je 7 lůžek, denní 5 lůžek. Objekt byl uveden do provozu v roce 2001.

Úhrada za celotýdenní pobyt je 250,- Kč/den a za denní pobyt je 150,- Kč/den

Diecézní charita

Provozuje ve vlastním objektu:

- ***Domov sv. Alžběty, Hlavanova 15,*** se 7 bytovými jednotkami a kapacitou 15 klientů v 2 a 3 lůžkových pokojích. Domov je určen pro staré a postižené občany. Věkový průměr je 80 let. Provoz byl zahájen v roce 2000. Cena za ubytování a nezbytné služby je 3700,- Kč /měsíc, stravování si klienti hradí samostatně .

1. 3. Městský ústav sociálních služeb (MÚSS)

MÚSS, kterého zřizovatelem je Statutární město Plzeň, provozuje tyto ústavy sociální péče:

- ***ÚSP pro tělesně postižené občany s více vadami, Klatovská 145*** - s kapacitou 69 lůžek. Od 1967- 2003 existuje pod názvem DD Bory s 3 a více lůžkovými pokoji. Po rekonstrukci objektu vzniká ÚSP s 2 a 3 lůžkovými pokoji s ošetrovatelskou péčí. Protože v objektu bylo možné zřídit i uzavřené oddělení, umísťují se zde převážně senioři z Psychiatrické léčebny Dobřany, kterých zdravotní stav je podle vyjádření odborného lékaře - psychiatra stabilizován a jejich umístěním do DD nedojde k ohrožení sebe i druhé.

- **ÚSP pro tělesně postižené občany s více vadami, Kotíkovská 15** - s kapacitou 104 lůžek. Pokoje jsou 2-lůžkové. Ústav vznikl v červnu 1999 (rozhodnutím rady města Plzně), odčleněním lůžek z DD Kotíkovská 15 a zřízením a zavedením ošetrovatelské péče na odděleních.
- **ÚSP pro tělesně postižené občany s více vadami, Západní 7** - s kapacitou 23 lůžek. Ústav byl uveden do provozu roce 2002. Je součástí areálu zrekonstruovaných budov bývalé mateřské školy.
- **DD Západní 7** - s kapacitou 38 lůžek, z nich je 8 pokojů 1-lůžkových.
- **DD Kotíkovská 15** - s kapacitou 180 lůžek. Pokoje jsou 2-lůžkové.

Úhrada za pobyt v zařízeních MÚSS se stanovuje podle vyhlášky MPSV ČR č. 82/1993 Sb., o úhradách za pobyt v zařízení sociální péče, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky MPSV ČR č. 83/1993 Sb., o stravování v zařízeních sociální péče, ve znění pozdějších předpisů, podle kterých si hradí občan náklady na stravu, bydlení a nezbytné služby (viz. tabulka č.2, 3,4).

DD a ÚSP v Plzni řízené MÚSS – úhrady

Tabulka č. 1

	2- lůžkový pokoj	1- lůžkový pokoj
DD Kotíkovská 15	5.790,- Kč	
ÚSP Kotíkovská 15	5. 610,- Kč	6. 258,- Kč

Tabulka č. 2

ÚSP Klatovská 145	3 - lůžkový pokoj	2- lůžkový pokoj	2 - lůžkový pokoj + přístavba
	5.160,- Kč	5.610,- Kč	5.790,- Kč

Pramen dat: OSVZ Plzeň

Tabulka č. 3

ÚSP Západní 7	3 – lůžkový pokoj	2- lůžkový pokoj
pavilon A	5.160,- Kč	5.610,- Kč
DD Západní 7	2 – lůžkový pokoj, WC, sprcha	1 – lůžkový pokoj, WC, sprcha
pavilon B	5.970,- Kč	6.477,- Kč

Pramen dat: OSVZ Plzeň

Tabulka č.4

DD Západní 7	3 - lůžkový pokoj	2- lůžkový pokoj	1 - lůžkový pokoj
pavilon C	5.160,- Kč	5.610,- Kč	6.258,- Kč

Pramen dat: OSVZ Plzeň

Roční dotace od státu na jedno lůžko činí:

- V ÚSP 81 336,- Kč (cca 225,-Kč/den)
- V DD 66 785,- Kč (cca 182,- Kč/den)

Podmínky přijetí do DD a ÚSP v Plzni

Ústavy sociální péče představují další z možností péče o nesoběstačné občany. Podmínky přijetí jsou upravené vyhláškou MPSV ČR č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Do domova důchodců jsou přijímáni občané na podkladě podané žádosti. Jedna ze základních podmínek přijetí občana je řádně vyplněná a podepsaná žádost klientem, nebo jeho zákonným zástupcem. Součástí žádosti je:

- vyplněný dotazník
- lékařské vyjádření od ošetřujícího lékaře, případně odborného lékaře, rtg. plíc
- souhlas se shromažďováním osobních údajů podle zákona č. 106/2000 Sb.
- fotokopie potvrzení o výši důchodů, z kterého se vypočítá úhrada za pobyt

Každá žádost je doplněna o testy soběstačnosti, stavu MMSE, sociálním šetřením, pohovorem s klientem a celkovým zhodnocením zdravotního stavu občana tak, aby byl zařazen do odpovídajícího oddělení, nebo ústavu. Sociální šetření se provede v domácím prostředí, případně v nemocnici, psychiatrické léčebně, LDN a podobně. Celkové hodnocení zdravotního stavu, testy a konzultace s příslušnými ošetřujícími nebo odbornými lékaři provádí lékař odboru sociálních věcí a zdravotnictví (viz.příloha) Pokud bylo rozhodnuto o přijetí a v ústavu není volné místo, úřad rozhodne o zařazení do

pořadníku čekatelů na umístění (viz.příloha). Při naléhavosti pořadí musí být přihlíženo k osamělosti žadatele, jeho zdravotnímu stavu, věku a komplexní péči. Po uvolnění místa osloví úřad občana, jestli jeho zájem o umístění trvá. V případě nezájmu, osloví klienta v pořadníku následujícího po něm. Když chce klient nastoupit, rozhodne úřad o umístění rozhodnutím, ve kterém je určen druh ústavu (viz. příloha) a úhrada za poskytované služby.

1.4. Sociální hospitalizace

Sociální hospitalizace je podle ustanovení § 73 zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, pobyt občana v zdravotnickém zařízení z jiných důvodů než zdravotních. Podmínkou je, že občanovi nemůže být z kapacitních nebo odborných důvodů poskytnuta potřebná péče v ÚSP, nebo pečovatelská služba, ačkoliv tyto podmínky splňuje.

Úhrada nákladů sociální hospitalizace

Náklady za sociální hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení nejsou hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tuto problematiku řeší vyhláška MPSV ČR č. 310/ 1993 Sb., o úhradě za poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních znění. Podle této vyhlášky, část nákladů, ve výši 55,- Kč/den hradí za poskytování sociální péče v zdravotnickém zařízení občan. Částkou 245,- Kč /den mu přispívá podle této vyhlášky obec s rozšířenou působností, v našem případě Magistrát města Plzně. Úhrada za sociální hospitalizaci se platí měsíčně zdravotnickému zařízení, ve které je občan umístěn, nejpozději do 8 dnů od konce kalendářního dne, za který náleží. V letech 2000- 2004 byla úhrada za sociální hospitalizaci uplatněná v 7 případech. Mohu konstatovat, že tato forma úhrady za poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení není využívána, jak ze strany zdravotnických zařízení, tak ze strany příslušných obcí. Je pravdou, že kdyby

uplatňovala tuto formu úhrady zdravotnická zařízení v plné míře, obec by přispívání na sociální hospitalizaci nezvládla.

2. Stav a struktura státních ÚSP a DD v Plzni

Nárůst obyvatel v nejvyšších věkových kategoriích zvyšuje poptávku po ústavních sociálních službách. Ústavní sociální péče je jedním z pilířů forem sociální péče. Mělo by se k ní přistupovat až po vyčerpání všech forem sociální péče. Občané a jejich rodinní příslušníci ji začínají využívat tehdy, když se dostanou do nepříznivé životní situace a to zejména když:

- Selhává péče a pomoc rodiny
- Občan se nemůže ze zdravotních důvodů o sebe postarat, potřebuje takový rozsah péče, který mu rodina a dostupní terénní složky nemůžou zajistit
- Starý člověk dává přednost ústavní sociální péči před jinými formami péče
- Starý člověk žije osamocen a potřebuje trvalou komplexní anebo ošetrovatelskou péči

Samozřejmě, že ideální stav v případě ústavní sociální péče je takový, který by navazoval na terénní složky (PS, OS, OP), nebo přímo na poskytovanou péči v jiných zařízeních (DPD, DPS, LDN), kde se neposkytuje komplexní anebo ošetrovatelská péče. I když rodiny využívají v maximálně možné míře jiné formy sociální péče, postupně nastávají situace, kdy rozsah potřebné péče překročí možnosti rodin a terénních služeb.

V této kapitole chci poukázat na vývoj počtu žádostí o umístění ústavů sociální péče od 1.1. 2000 - 30.6. 2004. Musím na tomto místě připomenout, že v Plzni máme 2 typy ústavů sociální péče:

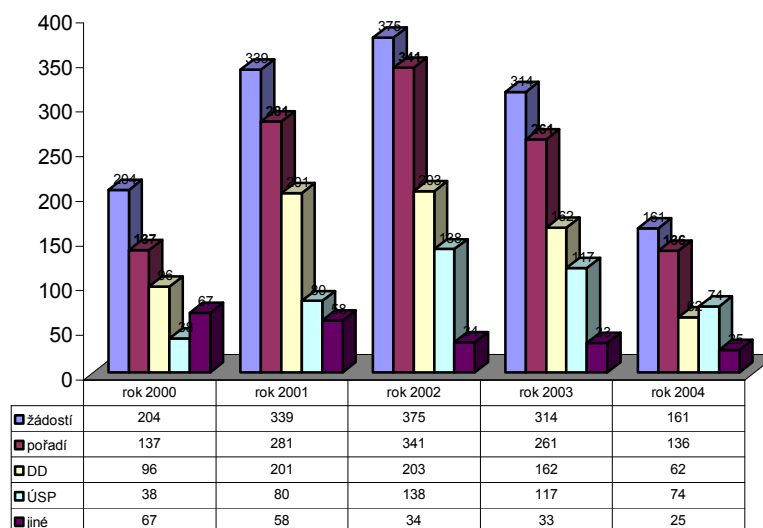
- Domovy důchodců (DD), které nemají ošetrovatelské oddělení, tzn. měly by poskytovat jenom ubytování, stravování, komplexní úkony pečovatelské služby, bez nároků na intenzivní zdravotní a ošetrovatelskou péči.
- ÚSP pro zdravotně postižené občany s více vadami, které vznikly zřízením ošetrovatelských oddělení a tedy poskytují komplexní a náročnou ošetrovatelskou péči pro občany jejichž zdravotní stav omezuje převážně anebo úplně schopnost sebeobsluhy.

O přijetí do DD a ÚSP rozhoduje odbor sociálních věcí a zdravotnictví po zhodnocení jak zdravotního stavu, tak sociální situace. Přednost do ÚSP mají občané žijící osamoceně a občané umístění na lůžku sociální hospitalizace.

2.1. Analýza počtu žádostí 2000-2004

Celkový počet podaných žádostí jednotlivých létech nám dokumentuje graf č.1.

Počet žádostí a jejich vybavení v letech 2000-2004



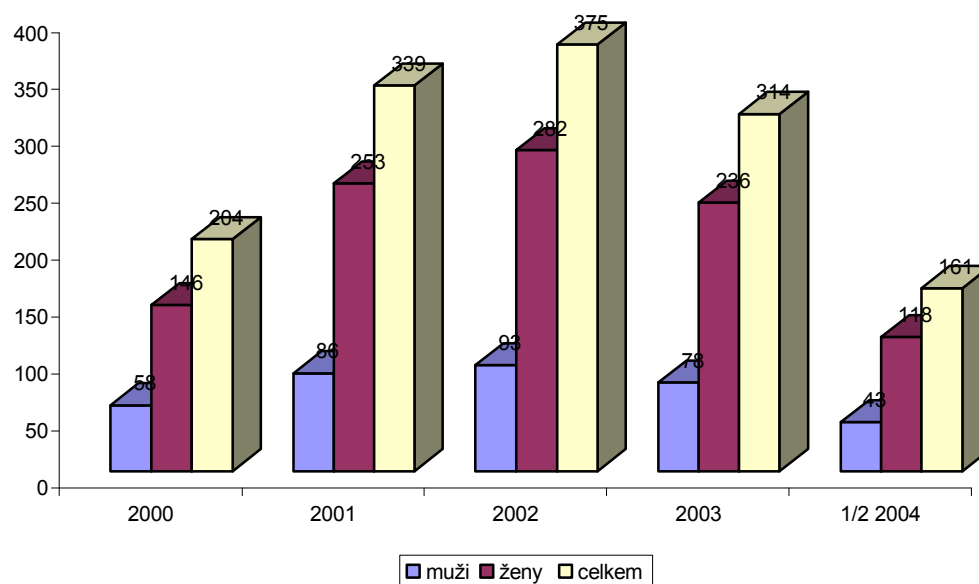
Graf č. 1 Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Jak je z grafu č.1 patrné, počet žádostí v sledovaném období měl stoupající tendenci do roku 2002. V roce 2003 došlo k mírnému poklesu podaných žádostí z důvodů uvedení nového DD (Městská charita) do provozu. Údaje za rok 2004 jsou neúplné, vykazují počty žádostí k 30.6. 2004.

Při sledování počtů podaných žádostí v závislosti na pohlaví jsem zjistila, že o ústavní sociální péči žádá více žen, než mužů. Tato tendence je stejná ve všech sledovaných létech (viz.graf č.2). Počty podaných žádostí u mužů tvoří 1/3 počtu žádostí podaných ženami.

Počty umístěných do jednotlivých typu zařízení v závislosti na zdravotním stavu nám dokumentuje tabulka č. 5. Z tabulky je patrné, že počty umístěných klientů zaostávají za počtem podaných

Počty klientů zařazených do DD a ÚSP od 1.1.2000 do 30.6. 2004



Graf č.2 Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E

žádostí. Je taky zřejmé, že rok od roku se zvyšuje, vzhledem ke zdravotnímu stavu, počet klientů zařazených do ÚSP, kde je zabezpečena kompletní ošetrovatelská péče. Počty žádostí neuspokojených klientů se tak přenáší do

následujícího roku. Na základě mých dlouhodobých zkušeností mohu konstatovat, že počet žádostí, zejména o umístění do DD, nevyjadřují skutečný stav potřeby sociální péče. Asi 1/3 klientů si podala žádost jen „pro jistotu“ a zatím se cítí soběstačná a 2/3 klientů čeká na umístění do 1-lůžkového pokoje. Vzniká tak neřešitelná situace. Domov důchodců žádá při uvolnění místa soběstačného klienta bez potřeby ošetrovatelské péče. Takový klient ale nástup do DD odmítá. Místo zůstává volné, hledají a oslovují se další klienti. Když se takový klient nezíská, přistupuje se k umístění klienta, který je na hranici soběstačnosti anebo je už z větší části nesoběstačný. K tomuto kroku se přistupuje i proto, že místa v ÚSP chybí a lůžka v DD by prakticky zůstaly prázdné. Tento přístup (neobsadit volné lůžka) by byl zcela nehumánní, i když se tím porušují podmínky k umístování podle vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb. Další příčinou tohoto postupu je i skutečnost, že se musí vrátit příspěvek státu za lůžko, které se v průběhu roku neobsadí. A tak zaměstnanci v DD suplují práci ÚSP. Nesporně horší situace je v žádostech o umístění do ÚSP (ošetřovatelské oddělení), kde chybějící počet míst (cca 300), lze zvýšit jedině vytvořením nových míst (vybudováním nového zařízení), nebo změnou DD na DD s ošetrovatelským oddělením anebo ÚSP, který poskytuje náročnou ošetrovatelskou péči. I když i tady počty nevyjadřují skutečný stav, protože dochází (od doby zařazení po umístění) k úmrtí klientů, nebo umístění do jiného typu ÚSP. (120 úmrtí- ÚSP).

Následující graf č. 3 a tabulka č. 6 nám vyjadřuje počet přijatých a vybavených žádostí ze zdravotnických zařízení a zařízení s následnou péčí (PLD, LDN atd.), v porovnání se žádostmi přijatých z terénu.

Z prezentace je možno zjistit, že největší počet žádostí byl zaregistrován z terénu, tj. o umístění zažádal klient, rodina nebo pečovatelská služba. Po terénní složce následují žádosti o umístění do DD a ÚSP z léčebny dlouhodobě nemocných.

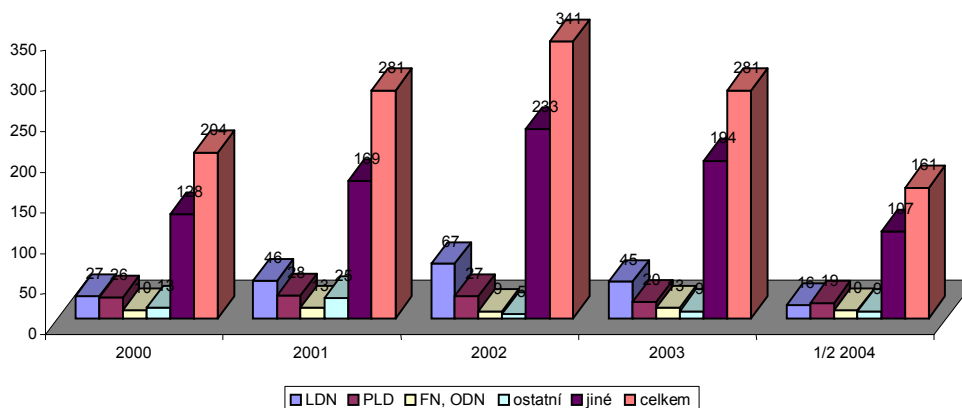
Počty klientů zařazených do pořadí a umístěných v létech 2000-2004

Rok	DD pořadí	DD Umístění	ÚSP pořadí	ÚSP Umístění	Celkem Umístění
2000	96	82 (-14)	38	8 (-30)	90 (-44)
2001	201	92 (-109)	80	20 (-60)	112 (-169)
2002	203	110 (-93)	138	18 (-120)	128 (-213)
2003	162	64 (-98)	119	44 (-75)	108 (-174)
2004)	59	36 (-23)	76	21 (-55)	57 (-78)
Celke	721	384(-337)	451	111 (-340)	487 (- 677)

Tabulka č.5. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E. Údaj) stav k 30.6.2004

I tady je patrná stoupající tendence od r. 2000. Přibližně ve stejné rovině ve všech sledovaných letech jsou žádosti odeslané z Psychiatrické léčebny v Dobřanech. Na tomto místě mohu konstatovat, že spolupráce mezi jednotlivými subjekty je velmi dobrá a korektní.

Počet přijatých žádostí z jednotlivých zařízení r. 2000 - 30.6. 2004



Graf č. 3. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Rok 2000-2004

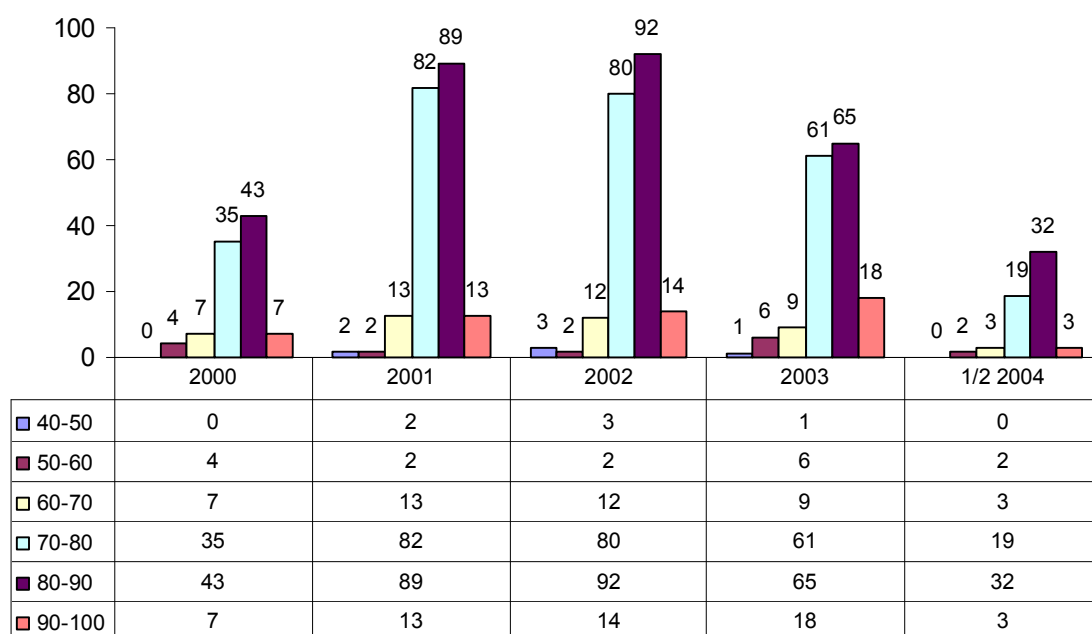
	Počty žádostí přijatých					Počty žádostí vyřízených				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
LDN	27	46	67	45	16	19	29	26	39	13
PLD	26	28	27	20	19	7	14	5	12	8
FN, ON	10	13	9	13	10	5	9	4	4	1
Ostatní	13	25	5	9	9	15	11	13	11	6
Jiné	128	169	233	194	107	91	49	80	42	29
Celkem	204	281	341	281	161	137	112	128	108	57

Tabulka č. 6. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Grafy č.4, č.5 a č.6 v této části analýzy zobrazují věkovou kategorií občanů žádajících do DD a ÚSP. Mým zájmem bylo zjistit, zda žádosti o umístění do jednotlivých typů ústavů jsou ovlivňovány věkovou hranicí žadatelů. Zjistila jsem, že největší zájem o ústavní sociální péči je mezi občany s věkovou hranicí 70-90 let (nejčastěji, při podrobné analýze, od 75 roku věku). Rozdíly v tom, zda jsou občané žádající o umístění do ÚSP (ošetřovatelská péče) starší, než občané žádající o umístění do DD, zjištěny nebyly. Tím jsem si ověřila skutečnost uváděnou v odborné literatuře, že potřeba náročné ošetřovatelské péče u seniorů není ovlivněna jenom kalendářním věkem ale podstatnou roli tu sehrává zejména funkční věk.

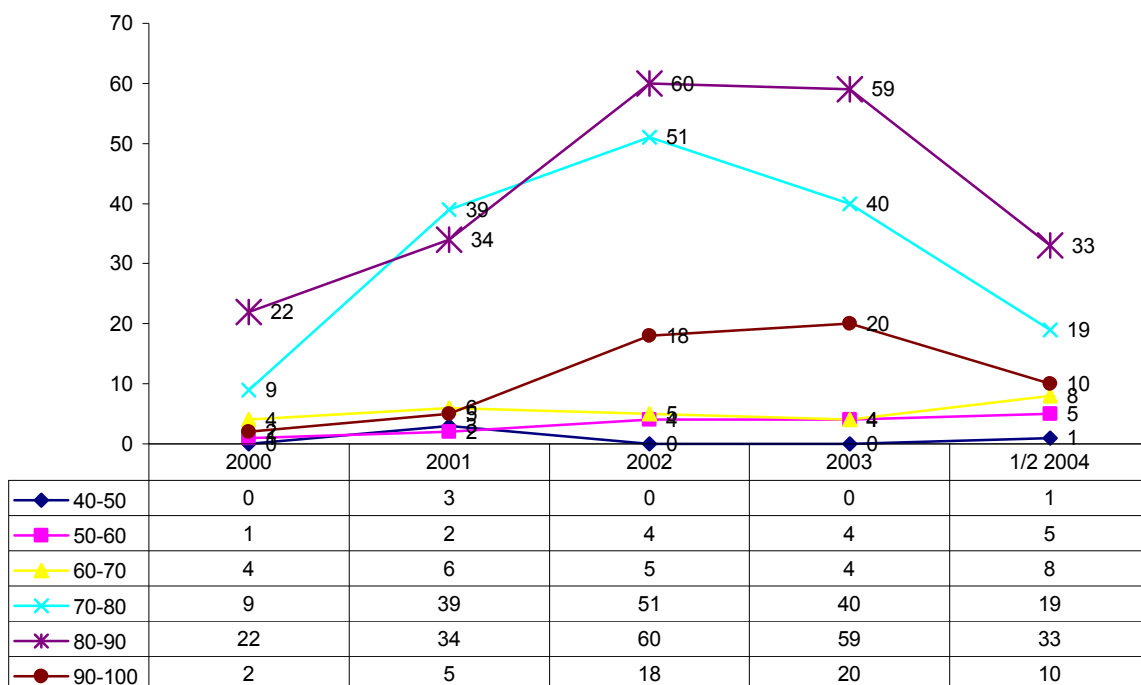
V Plzni byl nejproblematictější rok 2002, kdy o ústavní sociální péči zažádalo 375 občanů. V roce 2003 klesl počet žádostí na 314, a předběžný počet žádostí v roce 2004 se pohybuje přibližně ve stejných relacích jako rok 2003. Výrazný nárůst počtu žádostí v roce 2002 byl ovlivněn výstavbou nového DD a jeho uvedením do provozu.

Věková kategorie žadatelů do DD v letech 2000-2004



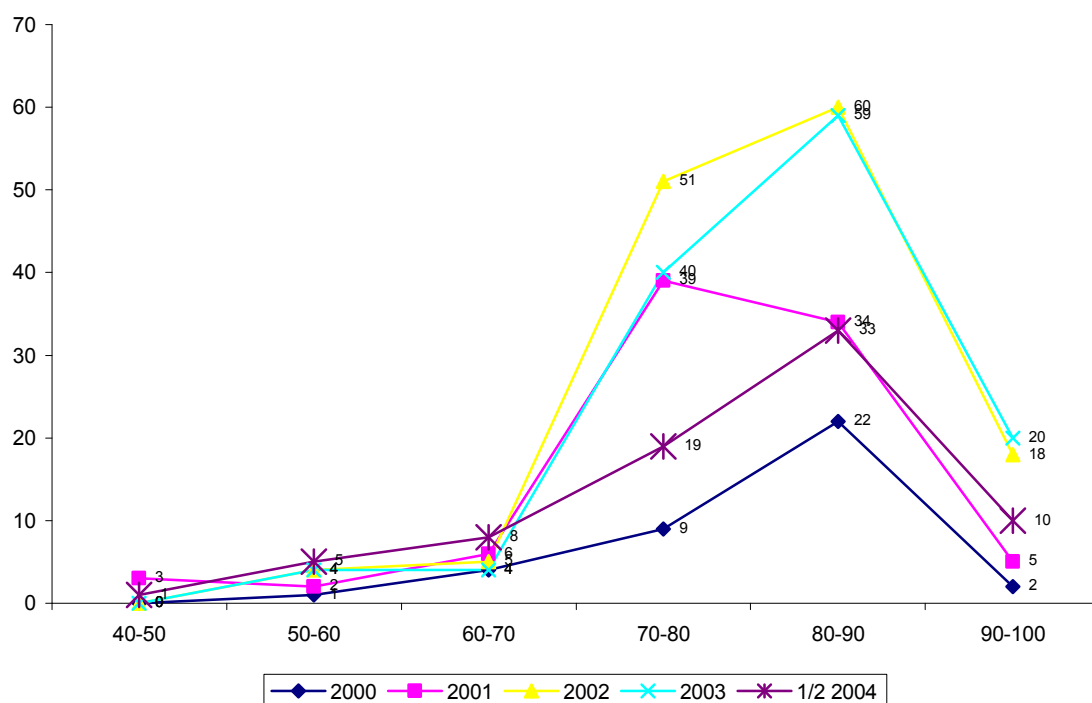
Graf č.4. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Věková kategorie žadatelů do ÚSP v r. 2000-2004



Graf č. 5. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Věková kategorie žadatelů do ÚSP v r. 2000-2004



Graf č. 6. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

3. Analýza ZS klientů při umístování do DD a ÚSP.

3.1 Analýza výskytu chorob podle věku

Jednou ze základních podmínek při umístování klientů do ústavní sociální péče je posouzení zdravotního stavu klienta podle podmínek vylučujících a podmiňujících přijetí do DD a ÚSP, uvedených v příloze č.7, vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Proto součástí každé žádosti je vyjádření odborného nebo ošetřujícího lékaře o zdravotním stavu žadatele při umístění do ústavu sociální péče pro dospělé občany. Ve vyjádření je uvedeno (viz. příloha č.):

- Jméno, příjmení, bydliště, datum narození, rodné číslo a číslo občanského průkazu žadatele
- Anamnéza - rodinná, osobní, pracovní
- Objektivní nález
- Duševní stav a projevy narušující kolektiv
- Diagnóza hlavní a vedlejší a rtg. plíc
- Krátký dotazník

Mým úkolem, v této kapitole moji práce, bylo získat:

- přehled nejčastějších nemocí a přidružených problémů u klientů žádajících o umístění do ústavní sociální péče.
- Zjistit, u které věkové kategorie je nejčastější výskyt nemocí
- Zjistit výskyt jednotlivých nemocí podle věku a
- zjistit výskyt nemocí podle zařazení do DD a ÚSP

Ke zhodnocení zdravotního stavu žadatelů, jsem použila lékařská vyjádření. Data jsem uspořádala do tabulek četností a základní třídění bylo provedeno podle čárkovací metody. Výsledky jsem zpracovala do tabulek absolutních četností. Celkem jsem zpracovala 1393 lékařských vyjádření a tabulky uspořádala podle věku, diagnóz a typu ústavu.

Rok	Arthrosis Osteo,Gona Coxarthros		Arthralgie Arthritis		Atherosclerosis universalis		Afasia dysarthrie		CPM	
	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP
1900-1910		10		14		14	-	-		7
1911-1920	85	95	12	35	84	90	-	19	25	54
1921-1930	115	79	20	35	50	56	-	33	28	66
1931-1940	39	42	26	-	31	-	-	20	13	31
1941-1950	11	28	12	-	23	-	-	7	8	16
1951-1960	5	7	2	-	6	-	-	2	3	-
Celkem	255	261	72	84	194	160	-	81	77	174

Tabulka č. 7. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Z tabulek je zřejmé, že přehled nejčastěji se vyskytujících nemocí ve stáří je uspořádán podle alfabetické části kódu mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10). Nelze zapomenout, že některé nemoci se u starých lidí vyskytují často, protože jsou časté, jiné vzácně, protože jsou vzácné (Pacovský). Polymorbidita a multimorbidita je u starého člověka běžná.

Artróza, osteoartróza, gonartróza, coxathróza,

Jsou to nejčastější onemocnění pohybového aparátu ve stáří. Jde o degenerativní onemocnění, které v převážné míře vede ke snížení a omezení schopnosti sebeobsluhy. Klienti, i když chodící s oporou, nemohou o sebe pečovat v plné míře a nezvládají některé úkony. Tato onemocnění jsou provázená obavou o nezvládnutí základních všedních činností a jsou nejčastější příčinou podávání žádostí do DD. Z tabulky č.8 je zřejmé, že celkem (ze sledovaného počtu žádostí 1393 klientů), trpělo tímto onemocněním 516 klientů, tj. 37% klientů a nejvíc ve věkové kategorii nad 75 let. I když tabulka udává větší počet klientů s tímto onemocněním zařazených do DD, šlo o stavy a poruchy chůze, při kterých byli klienti částečně, nebo úplně soběstační.

Ateroskleróza

Diagnóza udávána ošetřujícími lékaři ve 254 případech, tj. v 18,9%. To znamená, že každý pátý klient měl ve vyjádření uvedenou danou dg., většinou jako vedlejší. Největší výskyt byl ve věkové skupině nad 75 let.

Afasie, dysartrie

Onemocnění vyznačující se poruchou řeči v důsledku poruch syntézy a analýzy mozkové kůry a poruchou koordinace odpovídajících svalů. Onemocnění doprovázející většinou stavy po cévních mozkových příhodách (CPM) a úrazech. Všichni klienti, v počtu 81, byli umístění do ÚSP. Byli zcela nesoběstační a afasie a dysartrie byla uvedena jako vedlejší dg.

CPM

Onemocnění představuje jednu z nejzávažnějších onemocnění ve vyšším věku. Má jak vysokou mortalitu, tak invalidizaci. Je to náhle postižení mozku vaskulární etiologie s různým klinickým obrazem, vývojem a prognózou. Do ústavní sociální péče v Plzni bylo přijatých s tímto onemocněním celkem 251 lidí, tj. 18% žadatelů. 77 klientů nastoupilo do DD, protože jejich zdravotní stav jim po rehabilitaci umožnil vcelku nezávislost, případně lehkou závislost v základních všedních činnostech. U klientů zařazených do ÚSP (69% z počtu 251 postižených CPM) bylo onemocnění doprovázeno zejména poruchou hybností a řeči. Věková hranice u tohoto typu onemocnění byla nad 75 let.

Karcinomy (ca)

Podle vyhlášky, toto onemocnění vylučuje přijetí do DD, pokud na DD není zřízeno ošetrovatelské oddělení. Příjem je možný v případě dosažení remise po komplexní léčbě. Do DD v Plzni, jsme v takovém stavu přijali 50 žadatelů, nejvyšší počet případů byl opět u věkového rozhraní 75-85 let. Do

ÚSP (ošetřovatelské oddělení) bylo ve věku 75-85 let s touto diagnózou přijato 49 žadatelů. (tabulka č.8)

Demence, encefalopathie

Vyhláška říká, že dementní osoby lze přijímat jediné do ošetřovatelského oddělení. Tento důvod nás vedl k tomu, že jsme po létech docílili změnu Domova důchodců Bory bez ošetřovatelského oddělení na ÚSP, které poskytuje ošetřovatelskou péči. Na ÚSP je i jedno oddělení uzavřené, vyčleněné pro klienty s pokročilou demencí, při které mají tendenci utíkat. Víme, že rozpoznání demence není někdy snadné. Jde o poruchu paměti a kognitivních funkcí, změnu osobnosti, a chování, co způsobuje problémy v každodenní činnosti nemocného. Z klinického hlediska dělíme demenci na:

- spornou
- mírnou
- střední
- závažnou

Chci jenom připomenout, že jde o nemoc nejčastěji se vyskytující ve stáří proto se ji budu podrobněji zabývat v další kapitole. Celkem mělo demenci, uvedeno z 1393 klientů 292 klientů, tj 20,8%. Z toho mírnou demencí trpělo 38 klientů zařazených do DD a 255 klientů, tj. 98% postižených bylo zařazeno do ÚSP.

Rok	CA(prostata, děloha, prsa , ovária atd).		Demenceen cefalopatie		Diabetes mellitus		Deprese		Ethylismus	
	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP
1900-1910	-	-	-	9	-	7	-	-	-	-
1911-1920	11	26	25	93	43	59	18	32	-	-
1921-1930	18	23	6	82	62	55	25	42	3	-
1931-1940	11	-	-	44	23	27	12	28	7	-
1941-1950	8	-	-	27	5	10	7	7	-	5
1951-1960	2	-	7	-	-	2	5	2	3	-
Celkem	50	49	38	255	133	160	67	111	13	5

Tabulka č 8. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Diabetes mellitus

Jde o syndrom chronické hyperglykémie, na jehož vzniku se podílí vlivy genetické a vnější. Je to časté onemocnění ve stáří, (zejména výskyt tzv. NIDDM - non inzulin dependentní diabetes mellitus II typu). Celkem mělo DM 21% seniorů ze sledovaného počtu, z toho bylo 133 klientů zařazených do DD a 160 do ÚSP.

Depresivní syndrom

U většiny klientů nebyla deprese hlavní diagnózou. Nemoc se vykytovala především jako vedlejší dg. Je to onemocnění provázené změnami nálad, myšlení, chování, provázené somatickými a vegetativními projevy. Podle literatury trpí depresí až 20 % seniorů nad 65 let, zejména staří lidé žijící v osamění. Podle lékařských vyjádření, depresí trpělo (tab. č.8) 178 z 1393, tj.12,9% klientů žádajících o ústavní péči. Literatura také uvádí, že deprese má stoupající tendenci v ústavní péči. (LDN, DD).

Ehtylismus

Je to onemocnění, které je kontraindikací k umístění do DD a ÚSP. K umístění do ÚSP možno přistoupit až po vydání odborného lékařského vyjádření (lékaře-psychiatra), že u žadatele došlo k likvidaci návyku. Musím říct, že mnoho lékařů tuto skutečnost při vypisování lékařského vyjádření zatají, v domnění, že dotyčného vyřadí ze své péče. S takovým klientem jsou pak nemalé problémy v ústavech. Také se často stává, že v potvrzení od lékaře je uvedeno, že se žadatel zbavil návyku alkoholizmu, nebo jiné toxikománie. Takto uvedená dg. se v lékařském vyjádření vyskytla 18 x.

Epilepsie

Diagnóza se objevila ve vyjádření 28 x. U všech žadatelů byla diagnostikována i jiná nemoc, která je činila nesoběstačnými a proto byli zařazeni do ÚSP

Sclerosis multiplex

Onemocnění se vyskytlo ve 24 případech. 4 klienti byli zařazeni do DD, protože jejich choroba byla v počátečních stadiích. 20 klientů jsme zařadili do ÚSP, v důsledku značného funkčního omezení pohybového aparátu. Výskyt nebyl vázán na žádnou věkovou kategorii.

Rok	Epilepsie		Sclerosis multiplex		Glaukom, retinopatie cataracta, myopie		Choroby trávicího traktu		Hypertenze	
	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP
1900-1910	-	-	-	-	-	5	-	4	-	6
1911-1920	-	5	-	3	14	66	34	37	91	72
1921-1930	-	10	-	5	15	47	15	35	111	75
1931-1940	-	4	-	4	17	17	30	-	44	47
1941-1950	-	5	1	4	-	14	21	-	22	48
1951-1960	-	4	3	4	-	3	14	-	8	-
Celkem	-	28	4	20	46	152	114	76	276	248

Tabulka č. 9 Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Glaukom, retinopatie, katarakta

Stárnutí zraku pocítuje každý z nás. Ve stáří dochází ke snížení akomodačních schopností, tyčinky a čípky sítnice nejsou schopny reprodukce a ubývají, klesá zraková ostrost, dochází ke zvýšení nitroočního tlaku. To jsou projevy stárnoucího smyslového orgánu. Z 1393 klientů, mělo poruchu zraku 198, tj. 14,2%. 152 tj.81% žadatelů s touto dg. jsme zařadili na umístění do ÚSP. Podotýkám, že v případě výskytu slepoty, jsou klienti umísťováni i do ÚSP Palata, Na Hřebínkách, Praha 6. Je pravdou, že žadatelé i rodina s touto alternativou málokdy souhlasí a raději zůstávají v ÚSP Plzeň, i když to není specializovaný ústav pro tento druh postižení.

Choroby trávicího ústrojí

Nemoci trávicího traktu jsou ve stáří časté. Podle údajů některých studií, je do nemocnic s akutním onemocněním přijímáno až 27% starých osob. Z mé sledované skupiny trpělo různými poruchami trávicího traktu 190 osob, tj. 13,7% žadatelů z celkového počtu 1393.

Hypertenze

Onemocnění uváděné v lékařském vyjádření téměř u každého druhého občana. Celkem jsem zaznamenala hypertenzi (převážně 2 a 3 stupně) v 524, tj. 30,3% případů. Významný rozdíl ve výskytu zařazených do DD, nebo ÚSP jsem nezjistila. Nejvíce případů bylo ve věkové kategorii nad 75 let.

Hemiparesis, paraparesis, plegie

Převážně šlo o stavy po CPM a úrazech. Žadatelé zařazení do DD (38) byli schopni částečné sebeobsluhy, proto z důvodů malého počtu míst v ÚSP byli zařazení do DD. Těžké stavy (101) jsme zařadili do ÚSP. (tabulka č. 10). Z 1393 žadatelů bylo 9,9% postiženo paraparézou, hemiparézou nebo paraplegií.

CHOPN

Není to samostatné onemocnění. Zahrnuje chronickou bronchitidu, astma emfyzém apod. Pod tímto názvem udávají lékaři ve vyjádřeních problémy s dýchacími ústroji. Stářím se ztrácí elasticita buněk, zmenšuje se alveolární plocha, ztíží se dýchání, vitální kapacita klesá, klesá kapacita výměny vzduchu v plicích, klesá činnost obranných mechanismů a to všechno se projeví výskytem onemocnění dýchacího systému. Celkem z přijímané skupiny mělo diagnostikováno CHOPN 452, tj. 33,1% osob. Rozdíly v onemocnění u klientů zařazených do DD a ÚSP nebyly nijak výrazné. (tabulka č.10)

	Hemiparesis Paraparesis Plegie		CHOPN		IM		ICHS	
Rok	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP
1900-1910	-	-	-	2	-	6	-	14
1911-1920	9	25	45	90	26	51	104	82
1921-1930	14	35	71	89	27	57	117	82
1931-1940	6	25	51	62	19	37	19	40
1941-1950	5	16	32	-	10	14	18	34
1951-1960	4	-	10	-	3	-	8	-
Celkem	38	101	203	249	85	165	266	252

Tabulka č. 10. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Infarkt myokardu (IM)

Počty jsou uvedeny v tabulce č. 10. Z tabulky je patrné, že více klientů s překonaným IM bylo zařazených do ÚSP a to ve věkové kategorii nad 65 let. Celkem toto onemocnění bylo diagnostikováno u 250, tj. 17,9 % osob z 1393. Do ÚSP bylo zařazeno o 50 % klientů více, než do DD.

ICHS

Onemocnění bylo zjištěno u 518, tj. 37,2% vyšetřených. Rozdíly u klientů zařazených do ÚSP nebo DD nebyly zjištěny. Je to onemocnění, které postihuje seniory nad 65let, u mužů 60 let.

	Inkontinen.		Imobita		Morbus Alzheimer		Presby-hyp acusis		Obesita	
Rok	DD	ÚSP	ÚSP	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP
1900-1910	-	7	9	3	-	-	-	16	-	1
1911-1920	32	143	136	18	-	23	35	80	24	41
1921-1930	13	133	99	16	-	26	25	71	24	27
1931-1940	11	41	40	2	-	13	25	36	11	29
1941-1950	-	21	30	-	-	7	26	-	-	21
1951-1960	20	-	13	-	-	-	3	-	-	10
1961-1970	-	13	5	-	-	-	-	-	-	-
Celkem	76	358	332	39	-	89	114	203	59	129

Tabulka č. 11. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Tabulka č. 11 nám vykazuje nejčastější příčiny, které vedou k rozhodnutí občanů a jejich příbuzných přistoupit k ústavní sociální péči. Terénní sociální péči považují za nedostatečnou, mají pocit, že v ústavním sociálním zařízení je péče komplexnější, kontinuálnější, případně spojená s ošetrovatelskou péčí. Při získávání předběžných informací se nejvíce zajímají o formy péče, přítomnost lékaře, zdravotních a rehabilitačních sester. Obavy mizí, když dostanou kladnou odpověď. Nespokojenost naopak vzniká když zjistí, že čekací lhůty jsou dlouhé, zejména do ÚSP.

Inkontinence

Žadatelé zařazení do DD (76, tj. 5,4%) trpěli převážně inkontinencí I. a II.stupně, zařazení do ÚSP (358, tj. 25,6%), trpěli inkontinencí III.stupně. Celkem byla inkontinence zjištěna u 31% žádajících o umístění do ústavní sociální péče.

Imobilita

Projevuje se pomalou obtížnou chůzí, nebo úplným upoutáním na lůžko. Často je to důsledek pádů, mozkových onemocnění, ztráty zraku, nebo je to důsledek používaných léků. Všichni imobilní klienti byli zařazení do ÚSP. Celkem bylo imobilních osob 371, tj. 26,5%.

Presbyacsis, hypacusis

Po poruchách zraku, jsou poruchy sluchu typickým projevem stáří. Často tato porucha vede ke vzniku neuróz u starých lidí. Příčinou poruchy sluchu ve stáří je ztráta pružnosti a ztuhnutí všech částí ucha, co způsobí neschopnost nervových vláken vést takovým prostředím elektrické impulsy. Během stárnutí dochází ke ztrátě schopnosti vnímat vysoké tóny. 317, tj. 22,7% vyšetřených vykazovalo poruchu sluchu. 203 osob bylo zařazeno do

ÚSP, 114 do DD. Samotná porucha sluchu nebyla příčinou zařazení klientů do ÚSP(s ošetřovatelským oddělením).

Obesita

Obesita je chorobný stav, při kterém dochází k ukládání tuku v důsledku zvýšeného příjmu energie a jejího nedostatečného výdeje. Obesita jako hlavní diagnóza se vyskytla v minimálním množství. Onemocnění doprovázelo další chorobu. V sledovaném vzorku bylo zařazeno do ÚSP 129 obézních, do DD 59 obézních. Obesita nebyla ohraničená věkovou kategorií a vyskytla se u 13,3% žadatelů.

Oligofrenie (slabomyslnost)

Podle vyhlášky MPSV ČR č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů (dále jen vyhláška) je tato diagnóza (dále jen dg) kontraindikována pro přijetí do DD, pokud je ve stadiu těžké slabomyslnosti. Pro klienty s touto dg jsou určeny specializované ústavy sociální péče. V Plzni přijímáme klienty s uvedenou dg. do ÚSP (ošetřovatelské oddělení) Bory jen ve stadiu slaboduchosti a debility. Za sledované období bylo přijato celkem 52, tj. 3,1% občanů. Dg. se vyskytovala ve všech věkových kategoriích stejně (tab.č.9)

Rok	Oligofrenie Debilita		Osteoporosis		Morbus Parkinson		Morbus Bechtěrev		Paranoia Org.psych. Schizofr.	
	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP
1900-1910	-	-	-	14	-	-	-	-	-	-
1911-1920	-	12	36	51	13	29	4	5	6	37
1921-1930	-	9	31	41	15	35	2	4	10	31
1931-1940	-	15	33	-	-	20	2	-	6	25
1941-1950	-	7	15	-	-	14	-	2	2	21
1951-1960	-	9	-	-	-	-	3	-	3	15
1961-1970	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Celkem	-	52	115	106	28	98	11	11	29	130

Tabulka č. 12. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Osteoporóza

Je to metabolické kostní onemocnění vyznačující se sníženým obsahem kostní hmoty, v důsledků různých příčin (metabolické poruchy, diabetes, hypertyreosis). Kostí jsou křehké, lámou se i při nevinných pádech. Osteoporózu, jako diagnózu, lékaři ve svých vyjádřeních uváděli minimálně, i když si osobně myslím, že jí trpělo podstatně víc žadatelů. Rozdíly v počtech a věku u osteoporózy nebyly nijak výrazné. Více byli postiženi klienti nad 85 let. (tabulka č. 12). Osteoporóza se uváděla v 16%

Morbus Alzheimer (MA)

Jde o tzv. primárně degenerativní onemocnění mozku. Onemocnění se projevuje poruchou paměti, prostorové orientace, poruchou aktivit denního života, poruchou afektů a emocí, fatickou a gnostickou poruchou. MA může mít různou formu (časnou, středně těžkou, těžkou). Podle vyhlášky 182/1991 Sb., je umístění do DD kontraindikováno, pokud není v ústavu zřízené ošetrovatelské oddělení pro tyto osoby. I když v Plzni není vyčleněné oddělení pro péči s danou diagnózou, 89 klientů s MA jsme zařadili na pořadí do ÚSP Bory. U všech případů šlo o časně stádium.

Rok	TBC		TEP		Renální insuficience		Struma	
	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP	DD	ÚSP
1900-1910	-	-	-	1	-	5	-	7
1911-1920	15	5	10	15	12	29	16	30
1921-1930	10	2	11	22	21	36	29	34
1931-1940	9	1	3	12	-	15	10	25
1941-1950	7	3	-	5	-	4	7	12
1951-1960	2	-	-	2	-	1	3	1
1961-1970	1	-	-	-	-	-	1	-
celkem	44	9	24	57	33	90	66	109

Tabulka č. 13. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E

Morbus Parkinson

Onemocnění projevující se ztuhlostí, neobratností, třesem prstů, nahrbenou a šouravou chůzí. Mluva je pomalá, člověk působí dojmem

duševně postiženého. K výskytu demence dochází v pozdním stadiu. Příčina je v poškození nervových buněk v substanci nigra (nedostatek produkce dopaminu poškozuje neurony a přerušuje přenos nervového vzruchu). Parkinsonova nemoc byla diagnostikována 28 x při zařazování do DD a 98 x při zařazování do ÚSP. Celkem byla uvedená diagnóza v 9%.

Morbus Bechtěrev

Choroba zasahuje ileosakrální, intervertebrální a kostovertebrální klouby, zřídka klouby kyčelní a ramenní. Charakteristické je držení těla. Onemocnění je velmi bolestivé. Postihuje více mužů než žen. Výskyt při posuzování byl minimální. Celkem 22 případů. Věková hranice nebyla výrazná.

Organický psychosyndrom, Paranoia, schizofrenie.

Jde o poruchy osobnosti a chování dospělých. Choroby, při kterých může klient ohrozit sebe i druhé, jsou podle vyhlášky kontraindikované pro přijetí do DD. Lékařské vyjádření o zdravotním stavu musí být potvrzeno odborným lékařem psychiatrem. Nejvíce žádosti (s jmenovanými diagnózami) na OSVZ postupují lékaři z PLD – Dobřany. V sledovaném období mělo uvedenou diagnózu 159, tj. 11,4% žadatelů, ze kterých bylo 130, tj. 81% zařazeno na umístění do ÚSP.

TBC

Plicní onemocnění způsobené mycobacterií tuberculosis. Choroba je kontraindikací k přijetí do jakéhokoliv ústavu. Přijetí je možné po ukončení řádné léčby. Překonaná TBC byla uvedena v 53 případech. 44 z nich bylo zařazeno na pořadí do DD. Překonaná TBC se vyskytla více mezi ročníky nad 70 let.

TEP

S totální endoprotézou jsme zařadili 24 žadatelů do DD a 57 do ÚSP. Klienti zařazení do ÚSP měli výrazné omezení hybnosti a byli zcela nesoběstační.

Renální insuficience

Příčinou poruch renálních funkcí ve stáří jsou různá onemocnění ledvin a močových cest. 33 osob s dg. chronické renální insuficience bylo zařazeno do DD a 90 do ÚSP. Onemocnění se vyskytlo u věkové kategorie nad 75 let, celkem v 8% žadatelů.

Struma

Často se vyskytující onemocnění ve starším věku, i když tu probíhá méně nápadně a je často opomenuta. Úbytek hmotnosti, svalová slabost, tachykardie nejsou tak výrazné jako ve středním věku. Celkem s touto diagnózou bylo zařazeno 175 klientů, tj. 12,5% do DD a ÚSP. Choroba se více vyskytla u klientů nad 75 let.

Z přehledu výskytu nemocí podle četnosti je patrné, že nejčastěji se vyskytovala ICHS, artróza, CHOPN, hypertenze, inkontinence, mobilita, hluchota a DM. Nejčastější výskyt nemocí byl u věkové kategorie nad 75. Nezávisle na věku se vyskytovaly především psychiatrická onemocnění: paranoia, schizofrenie, oligofrenie, dále pak u stavů po TEP, onemocnění strumy, IM, obesita, Morbus Bechtěrev. U klientů zařazených do ÚSP převládala DM, deprese, epilepsie, hluchota, slepota, parézy a plegie, CHOPN, IM, inkontinence, imobilita, MA, Morbus Parkinson, oligofrenie, paranoia, schizofrenie, renální insuficience a struma. Percentuální zastoupení výskytu jednotlivých chorob v sledovaném vzorku (1393) seniorů žádajících o umístění do ústavní sociální péče bylo:

I.	II.
ICHS - 37,2%	IM - 17,9%
Artróza - 37%	Osteoporóza -16%
CHOPN - 33,1%	Glaukom - 14,2%
Hypertenze - 30,3%	Trávicí trakt - 13,7%
Inkontinence - 31%	Obesita - 13,4%
Mobilita - 26,5%	Deprese - 12,9%
Presbycusis - 22,7%	Struma - 12,5%
DM - 21%	Paranoia - 11,4%
Demence - 20,8%	Parézy - 9,9%
Atherosclerosis - 18,9%	Renální nedostat.- 8%
CPM - 18%	Oligofrenie -3,1%

3.2 Analýza soběstačnosti a stavu mentálních funkcí.

Abychom mohli správně zhodnotit sociální potřeby seniorů žádajících o ústavní sociální péči, zjistit vhodnost ústavu a naléhavost umístění, musí se provést funkčně geriatrické vyšetření, které zahrnuje:

- Vyšetření zdravotního stavu, které provádí geriatr, ošetřující, nebo odborný lékař
- Zjištění stavu sebeobsluhy a závislosti v základních všedních činnostech
- Zjištění psychického stavu
- Zjištění sociálních podmínek

Výsledky vyšetření zdravotního stavu klienta jsou doloženy lékařským vyjádřením k žádosti o umístění do ústavní sociální péče. Abychom mohli správně určit naléhavost a vhodnost ústavu, musíme zjistit stupeň závislosti na všedních činnostech. Tyto testy doplňují komplexnost zdravotního vyšetření seniorů a umožňují kvalitnější rozhodování při poskytování odpovídajících služeb sociální péče. Z mých zkušeností můžu říct, že pohled

na soběstačnost žadatelů z hlediska některých zdravotníků se liší od pohledu pracovníků sociální péče.

Na zhodnocení schopnosti vykonávat úkony spojené se samoobsluhou, používám ve své práci testy základních všedních činností. Abych mohla posoudit celkový funkční potenciál žadatele, zajímám se i o psychické zdraví seniora, především sleduji poruchu kognitivních funkcí.

Po zhodnocení závislosti na všedních činnostech, zhodnocení zdraví a psychické výkonnosti žadatele zařadím klienta do odpovídajícího oddělení, případně ústavu.

Na zjišťování stavu základních všedních činností (activities of daily living), používám Barthelův test všedních činností (ADL), test instrumentálních všedních činností (IADL) a jako doplňující test k orientačnímu zjištění stavu kognitivních funkcí používám test Mini-mental state exam (MMSE). Test MMSE doplňuji kresbou (hodin) při potvrzení výskytu MA.

Výsledky testů základních všedních činností

V testech je zahrnuté hodnocení základních aktivit (osobní hygiena, chůze, kontinence moče, stolice, domácí práce , užívání léků, finance, nakupování a podobně). Testy jsou vhodné pro svou komplexnost a určení soběstačnosti klienta. Vyhodnocení má 4 stupně podle dosažených bodů a to u Barthelova testu (ADL) :

- Vysoká závislost (0-40)
- Závislost středního stupně (45-60)
- Lehká závislost (65-90)
- Nezávislost

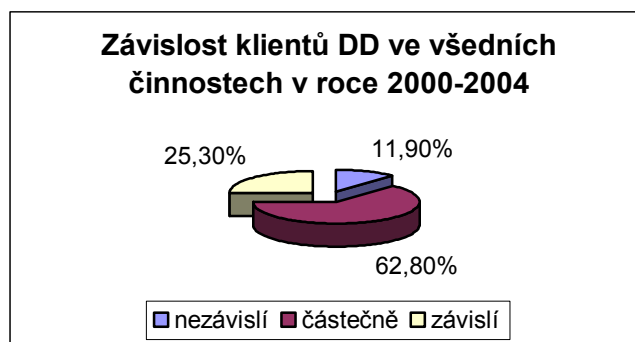
U IADL:

- Závislý v ADL (0-40)
- Částečně závislý v IADL (45-75)
- Nezávislý v IADL (80 a více)

Testy jsem:

- hodnotila a doplňovala přímým a nepřímým pozorováním v průběhu jednotlivých testů, abych zajistila komplexnost vyšetření
- doplňovala rozhovorem
- vykonávala v bytě zájemce, abych zajistila objektivitu vyšetření. Je totiž známé, že starý člověk se dokáže velmi rychle rozrušit a jeho nervozita stoupá při návštěvách úřadů.

Ze sledované skupiny žadatelů a jejich žádostí 1393, jsme 234 žádostí vybavili jiným způsobem (kontraindikace, postoupení jiným subjektům) anebo vyřadili z pořadníku z důvodu úmrtí, či odstoupení od žádostí. Hodnotila jsem celkem 1159 žádostí. Z toho bylo zařazených do pořadníku o umístění do DD 693 žádostí. Ze 693 žadatelů bylo po zhodnocení testů základních všedních činností, instrumentálních všedních činností a MMSE, bylo úplně nezávislých a plně soběstačných 11,9%, částečně závislých 62,8%, závislých 25,3% (tabulka č. 14 a graf č. 7)



Graf č. 7 Pramen: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

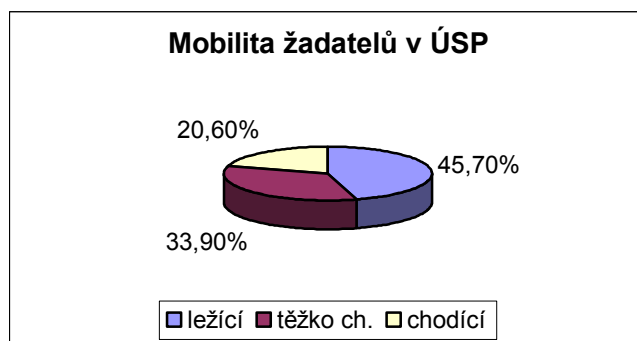
Rok	Nezávislí	Částečně závislí	závislí
2000	9	50	26
2001	24	116	52
2002	30	161	42
2003	12	120	34
2004	7	37	22
celkem	82 - 11,9%	435 - 62,8%	176 - 25,3%

Tabulka č.14. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

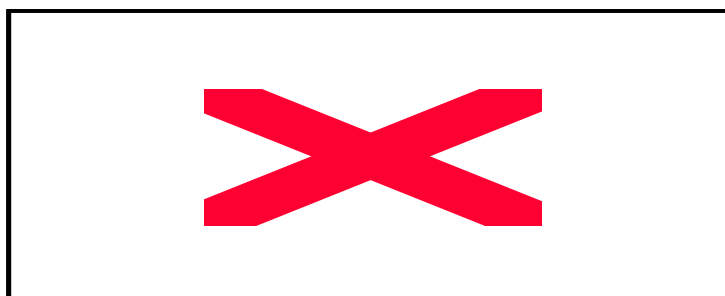
Z celkového počtu 466 klientů, zařazených do ÚSP byli všichni závislí ve všedních činnostech. Zde musím podotknout, že klienti byli převážně ležící, těžko chodící s pomocí (francouzské berle, chodítko) a přibližně 1/3 z nich byla chodících. (tabulka č. 15, graf č. 8). Chodící klienti byli zařazeni do ÚSP z důvodu poruchy kognitivních funkcí a přítomnosti demence. Na závěr této statě chci připomenout, že z celkového počtu 1159 vyšetřených klientů, testy na zjištění závislosti v základních všedních činnostech, bylo úplně nezávislých v základních všedních činnostech 7,1% klientů, částečně závislých 35,7% klientů a 55,2% klientů bylo úplně závislých v základních všedních činnostech. (Graf.č. 9).

Rok	Ležící	Chodící s pomocí	Chodící
2000	22	7	8
2001	40	30	19
2002	50	59	29
2003	63	43	21
2004	38	19	18
Celkem	213 - 45,7%	158 - 33,9%	95 - 20,6%

Tabulka č.15. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

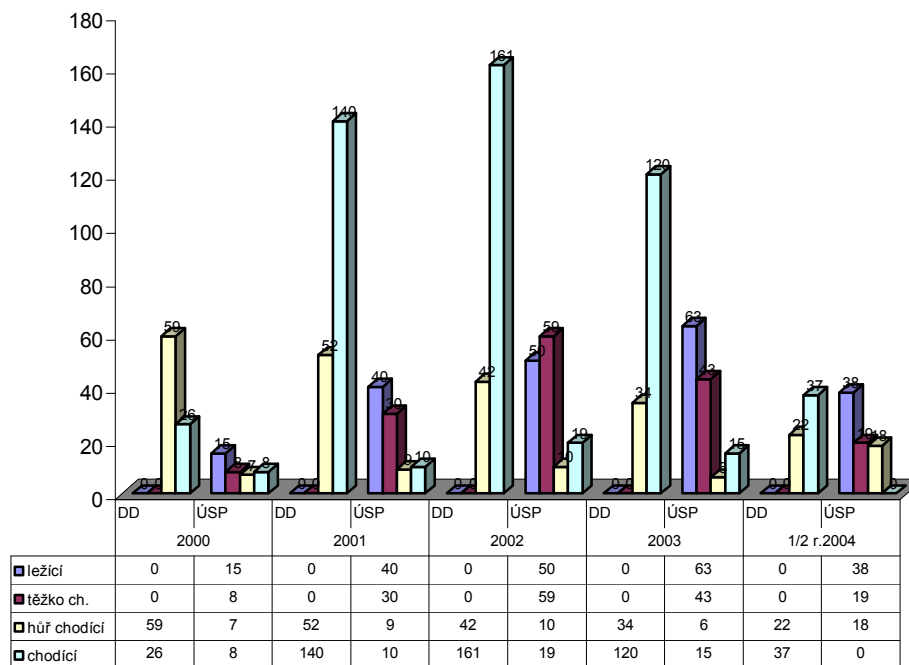


Graf č. 8. Pramen: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.



Graf. č. 9. Pramen: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Mobilita a imobilita žadatelů v DD a ÚSP v r. 2000-2004



Graf č.10, Pramen: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Výsledky testů stavu kognitivních funkcí

Součástí mého výzkumu v roce 2000 až 2004 bylo kromě sledování funkcí základních všedních činnosti sledovat i přítomnost poruch kognitivních funkcí. Při skloubení všech vyšetření jsem mohla objektivněji rozhodnout o zařazení klienta do správného oddělení či ústavu. Na zjišťování stavu a poruch kognitivních funkcí jsem používala:

- krátkou Pfeiferovou stupnici pro hodnocení kognitivních funkcí, která je založená na otázkách typu jaký je dnešní datum, kdy jste se narodil, jak se jmenoval bývalý prezident a podobně
- Folsteinův test kognitivních funkcí, MMSE, modifikovaný Topinkovou a Mellanovou.

Folsteinův test je založený na zjištění orientace, paměťových schopností klienta, pozornosti a sčítání, krátkodobou paměť, pojmenování, opakování, čtení příkazu, psaní a okreslování. Test jsem doplňovala kresbou hodin. Je to velmi užitečný test k rozlišení normálně stárnoucích osob od jedinců

s kognitivním zhoršením, zejména u MA. Samozřejmě, že tento test není kritériem, může ale pomoci při rozhodování.

Test se hodnotí bodováním a má pět stupňů:

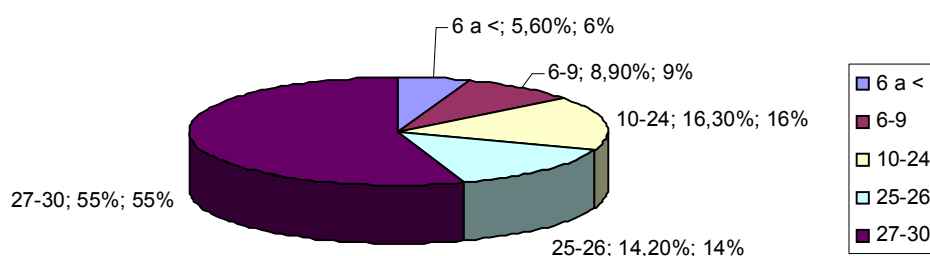
- 27-30 bodů – normální stav
- 25-26 bodů – hraniční nález, možnost demence
- 10-24 bodů – patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně
- 6-9 bodů demence středního až těžkého stupně
- 6 a méně bodů, demence těžkého stupně

Výsledky mého zjištění ukazují grafy č. 10,11,12. Kognitivní funkce a stav MMSE jsem sledovala u 704 klientů zařazených do DD a u 468 klientů zařazených do ÚSP. V DD 562, tj. 79,9% klientů z celkového počtu 704 nemělo žádnou poruchu MMSE, 74 klientů, tj. 10,5% mělo hraniční hodnoty. Tyto klienti vykazovali časovou dezorientaci, poruchu v pozornosti a vybavování, někteří v obkreslování, případně opakování vět. Tento nález byl většinou spojený s částečnou závislostí ve všedních činnostech. Je zajímavé, že klienti, u kterých byla zjištěná demence mírného až středního stupně, (68 klientů, tj. 9,6%) byli převážně dobře chodící klienti. Z celkového počtu 478, sledovaných a zařazených do ÚSP nemělo žádnou poruchu MMSE 88, tj. 18,4% klientů MMSE. Byla tu ale vysoká závislost ve všedních a instrumentálních činnostech. Patologický nález vykazovalo 93, tj. 19,5% klientů, demenci mírného až středního stupně vykazovalo nejvíce klientů ze sledovaného vzorku a to 125, tj. 26,1%. 105, tj. 22% žadatelů zařazených do ÚSP měli demenci středně těžkou až těžkou a 67, tj. 14% klientů vykazovalo přítomnost MA.

V období let 2000 až 2004 jsem provedla testy MMSE na zjištění stavu kognitivních funkcí u 1182 klientů, ze kterých 5,6% vykazovalo výraznou poruchu kognitivních funkcí. Tyto klienti byli těžce dementní a umístěni do ÚSP. U 8,9% se potvrdila přítomnost demence středně těžkého stupně a byli

umístění taktéž do ÚSP. 16,3% mělo patologický nález v rozmezí 10-24 bodů MMSE, z toho 5,7 % bylo umístěno do DD, protože chybějící místa na ÚSP nás donutili umístit je (i když v rozporu s vyhláškou) do DD. Jejich závislost byla prokázána v instrumentálních činnostech, v základních všedních činnostech ale vykazovali mírnou závislost. 25-27 bodů (hraniční nálezy) získalo celkem 14,2% klientů, z nich 6,2 % bylo zařazených na umístění do DD. V 55% byli hodnoty MMSE v normě, ale přesto 7,5% z nich bylo z důvodů postižení lokomočního aparátu umístěno do ÚSP.

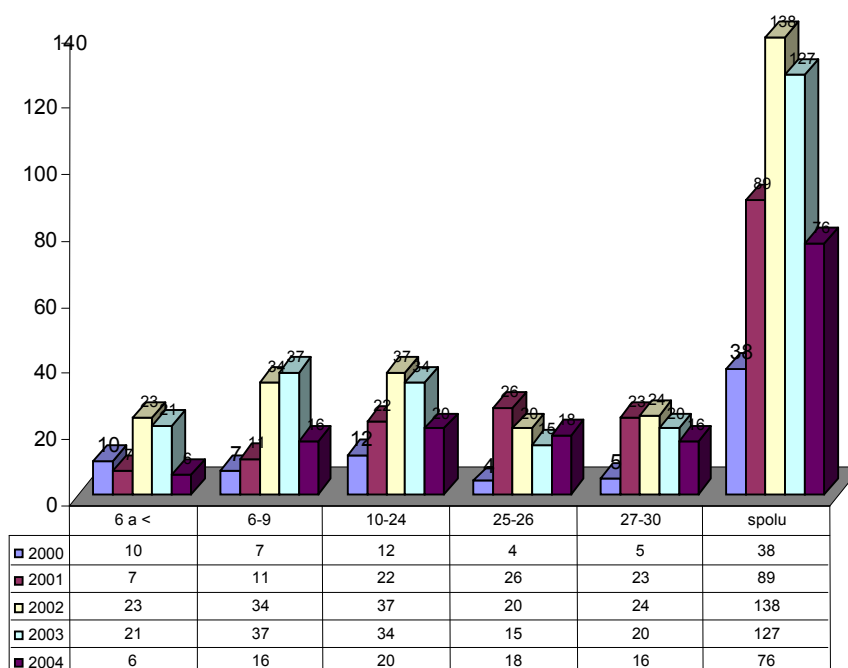
Stav MMSE u všech klientů v roce 2000-2004



Graf č. 11. Pramen: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

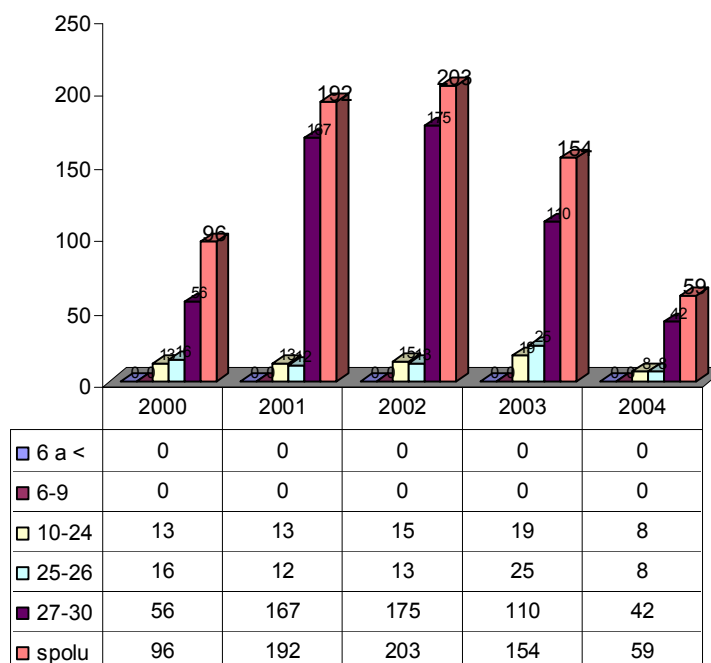
Závěrem bych chtěla říct, že stanovení klinické diagnózy u seniorů na základě anamnestického a fyzikálního vyšetření je sice nesmírně důležité, ale pro získání celistvého pohledu na fungování jedince, je významnější určit tzv. funkční diagnózu, která nám ukáže, do jaké míry může jedinec fungovat v daném prostředí. Pomocí jejího stanovení získáváme pohled na vliv jednotlivých chorob na fyzickou a psychickou zdatnost jedince vrovnat se s nároky prostředí a schopnost začlenit se do společenského dění. Je zároveň jakýmsi barometrem, který nás může upozornit na potřeby rozvoje sociální a ekonomické péče a pomoci

Stav MMSE zařazených do ÚSP v r. 2000-2004



Graf. č. 12. Pramen dat: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

Stav MMSE u zařazených do DD v r. 2000-2004



Graf.č.13. Pramen: OSVZ Plzeň, Tomašuková E.

IV. DISKUSE

Po důkladné analýze všech informací a zjištění mohu konstatovat, že rozvoj kapacity ústavů sociální péče jednotlivých regionů závisí od dlouhodobé demografické tendence. Prudký nárůst občanů starších 75 let, vyvolává poptávku nejen po sociálních službách terénních ale i sociálních službách ústavních. Tím, že se prodlužuje průměrný věk, prodlužuje se i doba poskytování sociálních služeb jak terénních, tak ústavních. Tento fakt potvrzuje i stoupající počet žádostí o ústavní sociální péče od r. 2000. I když byl otevřen nový DD o kapacitě 70 lůžek, k tak výraznému poklesu žádostí nedošlo. Pokles z 375 na 314 žádostí odpovídá kapacitě nového DD. Předběžný stav žádajících k 30.11.2004 je 306 žádostí. Z mé praxe mohu konstatovat, že řada žádostí o ústavní sociální péči není podávána jenom z důvodů nepříznivého zdravotního stavu, ale často je to z pocitu osamění, a strachu o budoucnost ve stáří.

V Plzni poptávka po umístění do ústavní sociální péče převyšuje nabídku (tabulka č. 5). Tady by bylo potřeba především přehodnotit existenci takové ústavní péče jako jsou domovy penziony pro důchodce a domovy důchodců bez ošetrovatelského oddělení. Z mé analýzy jednoznačně vyplynulo, že v sledovaných letech 2000-2004 až 55,2% bylo závislých v základních a instrumentálních všedních činnostech a 55 % žádajících mělo poruchu kognitivních funkcí. 45,7% klientů bylo ležících a 37,7% velmi těžko chodících (opora, francouzské hole), kteří udělali jenom pár kroků. Až 37% klientů mělo výrazné artrotické změny, které jim stěžovali chůzi a tím i celkovou soběstačnost. 33,3% sledovaných mělo problémy s dýchacími cestami a dýcháním. U 33,3% byla diagnostikována hypertenze. 31%, a tj. 1/3 žadatelů byla inkontinentní. Tyto diagnózy se vyskytovaly převážně u klientů nad 75 let s potřebou ošetrovatelské péče. Tady bych chtěla podotknout, že mnoho ošetrojících lékařů doporučuje klientovi aby si

zažádal o umístění do DD s tím, že v DD bude mít zabezpečenou ošetrovatelskou péči. Skutečnost je taková, že chronicky nemocní klienti nejsou v zdravotnických ústavních zařízeních vítáni. Buď je překládají ze zařízení do zařízení, nebo zažádají obec umístění do DD. Pro DD jsou takoví klienti příliš nesoběstační, proto jsou zařazeni do ústavů sociální péče s ošetrovatelským oddělením, kde je čekací doba 2-3 roky. Když k vybavení žádostí nedojde v požadované době, klienta propustí do domácího ošetření. Rodina anebo pečovatelská služba péči o klienta nezvládá a opakovaně se domáhá umístění žadatelů. Tímto způsobem dochází k neřešitelné situaci, klient i rodina jsou pod neustálým stresem, co způsobuje zhoršení zdravotního stavu seniora. A tak senior, zpočátku závislý v základních všedních činnostech, rezignuje a stává se vysoko závislým, velmi špatně chodícím, či ležícím klientem.

Z mého pohledu není zřizování ústavů sociální péče odkládáním starých lidí do gett. Právě naopak, tím že populace stárne a doba poskytování sociálních služeb se prodlužuje, senioři „old-old“ budou vzhledem ekonomickým, sociálním a společenským změnám více využívat a potřebovat instituce sociální péče, kde by byla zajištěna náročná ošetrovatelská péče. Postrádané jsou i specializované ústavy sociální péče, zejména pro klienty s pokročilým stádiem demence (MA), protože ošetrovatelská péče poskytovaná takovým klientům je velmi náročná a specifická. Je známo, že Alzheimerova choroba představuje 50 – 60% všech demencí. V ČR jí trpí 50 – 70 000 osob. Víme, že demence je způsobená poškozením mozku, kterému můžeme předcházet, případně ovlivnit kvalitní péči. Tato by měla být zaměřena na zachování a zlepšení osobnosti klienta. Fyzická péče to je pouze část péče o člověka. Důležitá je, kromě odpovídající specifické kvalifikace, hloubka lidského porozumění, kreativita a vysoká úroveň chápání ze strany pečovatelů a ošetrujícího personálu. Samozřejmě, že pozornost by se měla věnovat i samotnému ošetrujícímu a

pečujícímu personálu, protože jde o nadměrně namáhavou jak psychickou, tak fyzickou práci, aby nedošlo k syndromu vyhoření (burn-out). Pacienti s demencí potřebují zařízení podobná domovu, který zahrnuje vysoce kvalitní individuální i skupinovou péči. Velmi vhodným zařízením pro osoby postižené demencí, zejména ve stadiu, kdy již nejsou schopny být sami doma bez péče, jsou denní centra, případně centra týdenní. Zde je však předpoklad, že rodina má zájem starat se o příbuzného mimo pracovní dobu, nebo o víkendech. V současnosti, kdy příbuzní z osobních důvodů o klienta pečovat nechtějí nebo nemohou, je nutné zřizovat ústavní sociální péči se zaměřením na toto onemocnění, se zabezpečením odborně školených lékařů, ošetřujícího a pečujícího personálu, kteří mají odpovídající znalosti. Bylo by hezké a velmi humánní, kdyby práce s demenčními pacienty byla založená na snaze probudit a zaktivizovat jejich zapomenuté schopnosti rehabilitací. Je to ale práce finančně natolik nákladná, že tento cíl není v současnosti z finančního hlediska realistický. Městu Plzeň by pomohlo, kdyby byl zřízen alespoň jeden ústav sociální péče se zaměřením na umístování klientů s MA a jinými typy demenci, ve kterém by pracoval zdravotní a ošetřující personál s odpovídající kvalifikací. Samozřejmě že ústavy by neměly být „velkokapacitní“. Právě naopak. Zařízení s ošetrovatelskou péčí s menší kapacitou, co nejbližší ke klientovi (obvody, menší územní celky, obce), to by měl být trend budoucnosti. V Plzni je celkem 319 lůžek v domovech důchodců a jenom 196 lůžek s ošetrovatelskou péčí. I kdyby tento poměr byl opačný, počet ošetrovatelských lůžek je absolutně nedostačující. Domovy důchodců jsou přeplněny klienty, kteří by kvůli vysoké závislosti v základních všedních činnostech měli být ve smyslu vyhlášky přeloženi do ÚSP. Vzhledem k nedostatku kapacit, tento krok není možné uskutečnit. Další klienti jsou umístěni v domovech penzionech, kde je průměrný věk 85 let a více. 2/3 těchto obyvatel by mělo být přemístěno do DD a 1/3 do ÚSP. Nikdo nepočítá s tím, že klienti v DPD a DPS zestárnou a budou vysoce

závislí ve všedních denních činnostech, přičemž tento typ ústavů pro seniory neposkytuje služby spojené s ošetrovatelskou péčí.

V současnosti pro umístování klientů do ústavní sociální péče platí vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., podle které se občané, potřebující ošetrovatelskou péčí, mohou umístit do DD nebo jiného ÚSP, jen když mají zřízené ošetrovatelské oddělení. Tato oddělení jsou dotována státem sumou 81 336,-Kč, kdežto DD bez ošetrovatelského oddělení sumou 66 785,-Kč. V přepočtu na 1 den je to 225,-Kč na ošetrovatelské a 182,-Kč na neošetrovatelské oddělení. Podle mého názoru by bylo vhodné považovat o změně celého dotačního systému. Mělo by se přistoupit buď k:

- zvýšení podílu úhrad klientů v domovech důchodců
- snížení dotací od státu na domovy důchodců
- výraznému snížení kapacity DD jako levnému zabezpečení komplexních pečovatelských služeb ve stáří. Tuto službu nahradit terénní pečovatelsko-ošetrovatelskou službou
- zřizování většího počtu ústavů sociální péče s ošetrovatelským oddělením a specializovaných ústavů sociální péče na úkor domovů důchodců s možností úhrady ošetrovatelské péče pojišťovnou

anebo přistoupit ke změně podmínek vylučujících a podmiňujících příjem klientů do DD s jejich současným přetransformováním na DD s ošetrovatelskými lůžky.

V neposlední míře by bylo vhodné, zřizovat ústavy s ošetrovatelskou péčí na krátkodobé pobyty (týdenní, měsíční), zejména pro rodiny, kteří si potřebují nutně od celoroční péče o rodinného příslušníka odpočinout. Důraz by se měl klást nato, aby stát věnoval více pozornosti i rodinám, které se snaží zabezpečit péči o své příbuzné bez jakékoliv pomoci od státu a své příbuzné tzv. neodloží, změnou celého systému poskytování dávek sociální pomoci i zákona o sociální pomoci.

V. ZÁVĚR

Albert Schweitzer kdysi napsal: „ Etika úcty k životu žádá, abychom vždy něčím a nějak byli pro lidi. Ti, kteří se v povolání nemohou vydat jako lidé lidem a nemají nic, co by mohli dát, nabádá, aby obětovali něco ze svého volného času a volných chvil, i když jich mají poskromnu. Otevřete oči a hledejte, kde nějaký člověk potřebuje trochu víc času, trochu víc přátelství, trochu víc účasti, trochu společnosti, trochu práce nějakého člověka. Třeba je to stařec nebo dítě. Nebo třeba dobré dílo, které potřebuje dobrovolníky“.

Tolik citát. A co my? Je známé, že mezilidské vztahy dnešní doby, zvláště pro stáří jsou nepříznivé, někdy až negativní. Čas změnil nejen pohled na stáří, střední a mladý věk, ale na chování vůbec. Veřejné mínění a často i odborná veřejnost posouvá do popředí mládí a k problémům starých se často stává necitelná. Ale přijmout zodpovědnost a péči o naše blízké, zvláště když se stanou bezmocní a nemohoucí, je vlastně přijmout svůj úděl, svoji existenci. Nikdo z nás by neměl zapomínat na koloběh života, nemoci a stáří, dočasnost vlastní existence. I když mnozí z nás problematiku stáří trvale opomíjí, jsou mezi námi i tací, kteří darují svůj volný čas, lásku i péči lidem starým, chronicky nemocným, dementním, umírajícím, blízkým, cizím, v ústavech, penziencech, nemocnicích, domovech důchodců. Snaží se malinkou kapkou přispět ke stimulaci mysli, ducha i těla, čímž se staří lidé stávají šťastnějšími a snad i produktivnějšími. Na závěr bych si zde dovolila citovat slova E. Browna tak, jak je znají mnozí z nás: „ Pouze kulturně, mravně a společensky vyspělí jedinci jsou schopni růst a rozvíjet se, aniž by omezovali či potlačovali práva druhých, jsou schopni sociálního cítění, tolerance, empatie, solidarity, mají zájem, aby všichni lidé měli stejné možnosti rozvoje a seberealizace....“

*.....Tělo se drobí, síla je pryč i krása oněměla
a kámen mám, kde dřív jsem srdce měla.
V té staré zdechlině však mladá jsem jak kdysi
a srdce ubité přec občas poskočí si.
Vzpomínám na radost, na bolest vzpomínám
a miluji a žiji, tak jak milovati znám.
Na pár těch předešlých let já pamatuji vděčně
a přijímám, nejsme tu nekonečně.
Sestřičky milé, já nejsem tam,
kam pohled Váš se nese,
ta stará protiva! Otevřete oči! Pojd'te jen blíž!
a na mé JÁ teď dívejte se!.*

Sloka z básně neznámé autorky geriatrického oddělení ve Skotsku. Celá báseň byla zveřejněná s láskavým svolením prof. PhDr. Zdeňka Matějčka Českou Alzheimerovskou společností.

VI. LITERATURA

- 1. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení**
- 2. Vyhláška MPSV ČR č. 182/91 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení**
- 3. ÚZ Zdravotní pojištění, zdravotní péče., č. 393, Jiří Motloch-Sagit, 2003**
- 4. <http://www.zdrav.cz>**
- 5. [http://www.gerontocentrum.cz/ga/old/1 – 2001/ irsko. Html](http://www.gerontocentrum.cz/ga/old/1-2001/irsko.html)**
- 6. [http://avicena.cz /moduly/imunita](http://avicena.cz/moduly/imunita) a proces stárnutí, inkontinence moči ve stáří,**
- 7. [http://www.1f3.cuni.cz/ ústavy/etika](http://www.1f3.cuni.cz/ustavy/etika) Ontogeneze a stárnutí**
- 8. <http://www.pecujici.cz> Ateizmus**
- 9. <http://www.mb-net.cz/pravek-novovek>**
- 10. [www.mpsv.cz/ scripts/ Info/ ustav. Asp](http://www.mpsv.cz/scripts/Info/ustav.asp)**
- 11. www.stari.cz zdravotní problémy ve staří,**
- 12. [http://osz cmkos.cz/CZ/Z](http://oszcmkos.cz/CZ/Z) Jana Dvořáková, Tématem sociální péče**
- 13. <http://www.gerontocentrum.cz> zdravotně-sociální-péče**
- 14. Topinková E., Neuwirth J., Geriatrie pro praktického lékaře. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 1995**
- 15. Pacovský V., Geriatrie. Vydání 1. Praha: Scienta Medica 1994**
- 16. Koukolník F., Mozek a jeho duše. 2. přepracované vydání Praha: Makropulos, 1997**
- 17. Baštecký J., Psychiatrie, právo a společnost. První vydání Praha: Galén, 1997**
- 18. Hrdlička M., Hrdličková D., Demence a poruchy paměti. Vydání 1, Praha: Grada Publishing spol. s.r.o, 1999**

19. Start Hamilton Ian., Psychologie stárnutí, První vydání, Portál s.r.o., 1999
20. Holmerová I., Vybrané kapitoly z gerontologie, Gema 2002
21. Rážová E., Králová J., Ústavní sociální péče. Vydání 1. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1998
22. Zadák Z., Geriatrická revue 1/2003
23. Jiráček R., Obenberger J., Preiss M., Alzheimerova choroba, Pfizer spol.s.r.o., 1998
24. Felzmannová D., Stáří žité v domově důchodců a domácím prostředí. ZČU Plzeň, 2002
25. Gerontologické aktuality 1- 4/2002, 1-4/ 2003, 1/2004
26. Břeská N., Burdová E., Právní předpisy z oblasti sociálního zabezpečení. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1998
27. Sborník vybraných přednášek., Sociální práce ve zdravotnických službách. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1997
28. Odbor sociálních věcí a zdravotnictví., Útvar koncepce a rozvoje., ÚZIS., Zpráva o činnosti v oblasti sociálních věcí a zdravotnictví v Plzni a koncepcie rozvoje
29. Zavázalová H. a kol., Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví, 1. vydání Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolínium 1994
30. World health organization., European health for All series No 5., Zdraví 21., Úvod k osnově politiky zdraví pro všechny v Evropském regionu WHO., Praha: Nadace Cindy, MZ ČR
31. Drbal C., Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví
32. Národná správa o ľudskom rozvoji SR 2001 – 2002
33. Volná A., Indikátory a determinanty zmien zdravotního stavu obyvateľstva
34. [http:// www.geogle.cz](http://www.geogle.cz)
35. Topinková E., Geriatrické paradoxy českého zdravotnictví.

Geriatrické listy 8/2004

- 36. Sborník přednášek., Pečující povolání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2001**
- 37. Bruthansová D., Sociální hospitalizace, prosinec 2000**
- 38. Veselá J., Sociální služby ve světle připravovaných reforem II.díl. Praha, leden 1999**

VII. PŘÍLOHY

1. Žádost o umístění do ústavu sociální péče
2. Lékařské vyjádření
3. Test instrumentálních všedních činností
4. Test základních všedních činností
5. Mini-Mental State Examination (MMSE)
6. Krátká stupnice pro hodnocení kognitivních funkcí
7. Mini –Mental State examination-záznamový listopad
8. Rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů
9. Rozhodnutí o umístění do ústavu sociální péče
10. Rozhodnutí o stanovení úhrady za pobyt
11. Rozhodnutí o nepřijetí do ústavu sociální péče
12. Rozhodnutí o odvolání

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.