

Dlouhodobá péče v České republice

Dvě desetiletí zdravotně sociálního ping-pongu

Iva Holmerová
UK FHS CELLO-ILC-CZ
Gerontologické centrum
Česká alzheimerovská společnost

Pozitivní zkušenosti

- Gerontologické centrum, MČ Praha 8, od roku 1992
- Doléčovací geriatrické oddělení (RHB, demence) – 46 lůžek ve 3 stanicích
- Denní stacionář (pro lidi s demencí)
- Denní centrum (pro rizikové seniory)
- Domácí péče (cca 60 lidí v péči)
- Domácí asistence (sociální služba)

- Nouzové volání
- Stravování seniorů
- Burza seniorů, podpora zdraví, poradenství, nordic walking, petanque....
- PODPORA MČ PRAHA 8

Česká alzheimerovská společnost:

- Respitní péče
- Svépomocné skupiny (lidé s demencí, rodiny)
- Včasná diagnostika (Dny paměti)
- Kontakt, informace
- Certifikační systém „Vážka“

GEMA – Podpora zdraví a dlouhodobá péče:

UK FHS CELLO-ILC-CZ

Začněme kasuistikami

- Pan Ing. Š, 82 roky, žije s rodinou
- 3 roky diagnostikovaná FTLD dominující občasné poruchy chování, nezdrženlivost, kognitivní porucha – progresivní onemocnění se špatnou prognózou v průběhu několika let
- Žije v rodinném domku v péči syna a snachy, vzdoruje veškeré péči, osobní asistence se snahou usměrnit výkyvy chování a ochránit pacienta i jeho okolí (alternativou: „uzavřené“ ústavní řešení)

Objektivní stav

- Při péči dobře komponovaný, upravený, dobře oblečený ...
- Zdánlivě adekvátní komunikace, orientován střídavě, koketuje a činí různé návrhy, společenský
- Pro trombózu hospitalizován na našem oddělení, občas se balí domů (včetně sousedových věcí), ale zatím neodchází...

Potřeba péče

- Vyžaduje prakticky trvalý (či velmi častý dohled), zajištěno rodinou a osobní asistencí
- Nyní pro akutní zhoršení stavu i krátkodobou zdravotní péči, která bude využita k i posouzení celkového stavu a soběstačnosti, rodina (konečně) souhlasí s žádostí o příspěvek na péči
- ALE: řízení o příspěvku zastaveno z důvodu hospitalizace ve zdravotnickém zařízení

Typický průběh posuzování

- Neznalý „sociální pracovník“ se zeptá pacienta, které výkony soběstačnosti provede – v tomto případě všechny (a další viz 97 letá paní v DPS, která „se stará o maminku“) – příspěvek nebude přiznán
- Naopak: kverulující člověk s poruchou zraku, problematická osobnost – 8 tis měsíčně, odmítá hradit jakékoli služby

Stále (bohužel) platí

- Sociální šetření „v původním prostředí“ – ale bez jakékoli znalosti soběstačnosti a determinant funkčního stavu
- Závěr praktického lékaře (který často pacienta nezná a pokud ano, tak se zpravidla nevyjadřuje k funkčnímu stavu)
- Administrativní posouzení na základě výše uvedených pochybných podkladů
- Inovace: odtržení ÚP a sociálních odborů obcí, nevědí, kdo má příspěvek, jak je využíván....

Soběstačnost a její determinanty – ADL, IADL

(Schopnost žít samostatně v - obvyklém - prostředí):

- Zdravotní (somatický a duševní) stav a jeho kompenzace a momentální kondice...
- Stav kognitivních funkcí (myšlení...) (MMSE, MoCA...)
- Depresivita, motivace, chování (GDS, NPI, BehAD...)
- Hybnost (Tinnetti, timed GuGT, chůze, přesuny
- Bolest
- Stav výživy, sarkopenie, křehkosti
- Farmakoterapie....



Rodné číslo

Oddělení

Datum vyšetření



Test základních všedních činností (ADL dle Barthelové)

1. najedení, napití [10] samostatně bez pomoci [5] s pomocí [0] neprovede
2. oblékání [10] samostatně bez pomoci [5] s pomocí [0] neprovede
3. koupání [5] samostatně nebo s pomocí [0] neprovede
4. osobní hygiena [5] samostatně nebo s pomocí [0] neprovede
5. kontinence stolice [10] plně kontinentní [5] občas kontinentní [0] inkontinentní
6. kontinence moči [10] plně kontinentní [5] občas kontinentní [0] inkontinentní
7. použití WC [10] samostatně bez pomoci [5] s pomocí [0] neprovede
8. přesun lůžko - židle [15] samostatně bez pomoci [10] s malou pomocí [5] vydrží sedět [0] neprovede
9. chůze po rovině [15] samostatně nad 50m [10] s pomocí 50m [5] na vozíku 50m [0] neprovede
10. chůze po schodech [10] samostatně bez pomoci [5] s pomocí [0] neprovede

Celkem bodů:

Proč není péče organizována následovně?

- „plán“ vycházející:
- Z poznatků o soběstačnosti
- Z poznatků o prostředí a zabezpečení
- Kvalifikovaný odhad – vyhodnocení potřeby péče
- Zahrnuje podporu pečujících a zajištění vlastní péče, potažmo i kontrolu nad jejím zajištěním a efektivním využitím prostředků

„case management“

Zařízení dlouhodobé péče

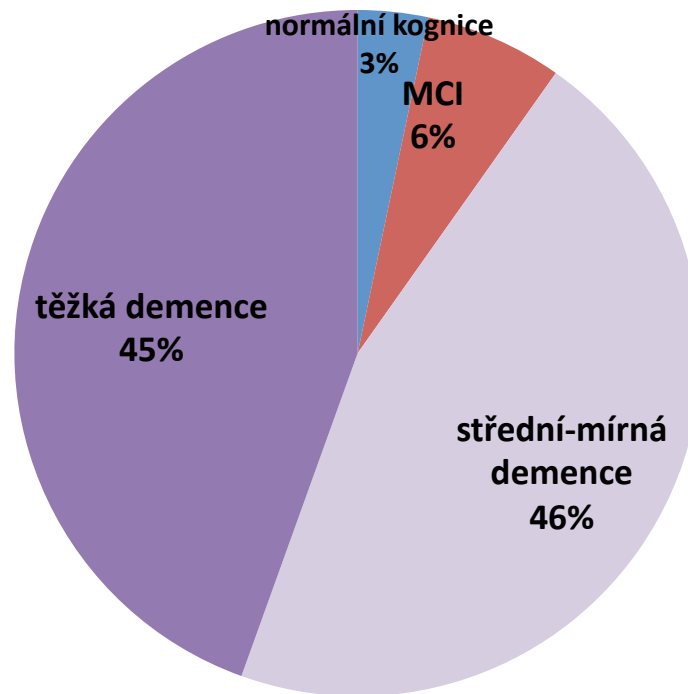
- ČR 1,64 milionu lidí 65+, z toho 387 tis 80+
- Dožití – 75, 81 roku při narození
- 471 domovů pro seniory (DpS) – 37 616 lidí
- 189 domovů se zvláštním režimem – 9 727 lidí
- 2,9% populace 65+ žije v institucích pro seniory sociálního typu
- Pečovatelská služba 113 490 tis osob (všech)
- 72 LDN (7 172 lůžek) + gerontopsychiatrie, následná péče, ošetřovatelská lůžka....
- Domácí péče: 147 tis pacientů (všech) (7% seniorů)

DPS a DZR

- 2011 – zemřelo 2 191 osob (více než čtvrtina)
- 29% lidí v DZR
- Charakteristika této „sociální služby“
- 75% lidí s bolestí (25% nesnesitelnou)
- DZR – téměř všichni s kognitivní poruchou, 2/3 lidí v DpS
- 25-30% nebylo vyšetřeno praktickým lékařem v posledním roce
- 10% neviděl žádný lékař v posledním roce

Stav kognitivních funkcí u pacientů v DZR (N 92 přesně, N 730 orientačně)

DZR_ kognitivní funkce



Charakteristika DpS a DZR

- 60% lidí užívá léky s tlumivým potenciálem
- Ale: nedostatek analgetik (nemají na ně peníze)
- Nedostatek kognitiv (0-10%)
- Těžká deprese bez antidepresiv (u poloviny lidí)
- Deprese 40-50%, 10% těžká
- Deprese téměř absolutně koreluje s QOL

Časté diagnózy v DPS a DZR:

- Demence
- Deprese
- Osteoporóza
- Sarkopenie
- Křehkost
- Malnutrice
- Diabetes mellitus
- Kardiovaskulární a cerebrovaskulární problematika

- Léky: tlumivé léky, zastaralá antidiabetika a kardiovaskulární léky (často zbytné) – neřeší kvalitu života

Snahy o popření nemoci pacientů, kteří jsou v DPS, DZR, „očistění“ sociální služby

- Vzdělávací programy se nezabývají zdravotní problematikou (jsou vylučovány)
- Členové týmu (primární pečující) neznají zdravotní stav (volání RZP...)
- Rušení zdravotní služby (jako drahé a „zbytné“)
- Oddělení péče i týmů...

(znovu) Nikoli vzácný obraz při přijetí
ze zdravotnického zařízení



Po 2 měsících intenzivní práce – kam s ním?



Cíle dlouhodobé a nefunkční následné péče?

- Odsunutí nechtěných pacientů na území nikoho (aby o nich společnost nemusela přemýšlet)
- Tedy popření nemoci v sociální sféře a zbavení se chronicity ve sféře zdravotní („očištění rezortů“)
- Docílením zrychlené letality redukovat náklady
- Využít jinak nevyužitelné budovy a zařízení
- Zvýšit obrat jinak nevyužitelného materiálu a léků?, „naředit náklady“ jiných skupin pacientů

Cíle dlouhodobé a funkční následné péče?

- Zachovat či zlepšit potenciál soběstačnosti, autonomie a integrace křehkých seniorských pacientů
- Zlepšit kvalitu života pacientů s výraznou dysabilitou i jejich rodin
- Efektivně využít dostupné zdroje