



CÍL 5: ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

DO ROKU 2020 BY MĚLI MÍT LIDÉ NAD 65 LET MOŽNOST PLNĚ VYUŽÍT SVŮJ ZDRAVOTNÍ POTENCIÁL A AKTIVNĚ SE PODÍLET NA ŽIVOTĚ SPOLEČNOSTI

Zdravotní potenciál ve stáří je možné hodnotit nejen délkou života (aspekty mortality), ale především funkční zdatností (aspekty disability), zdravím podmíněné kvality života (aspekty seberealizace, důstojnosti, autonomie, participace) a spotřeby společenských zdrojů na zdravotní a sociální péči (aspekty účelnosti a únosnosti nákladů).

Demografické prognózy předpokládají, že v polovině století bude ČR při stávajících trendech natality a mortality patřit k nejstarším populacím na světě (více než 40 % obyvatel ve věku nad 60 let). V seniorské populaci bude přibývat relativně i absolutně osob ve věku nad 80 let. Z hlediska organizace a kapacity zdravotnických služeb se významně projeví zestárnutí populačně silných ročníků (tzv. baby booms) narozených po skončení 2. světové války a v 70. letech.

Ve vyspělých státech je zřejmý trend nejen k prodlužování života ve stáří (podle křivky přežívání jde o směřování k hodnotám kolem 85 let), ale také k poklesu funkčně závažné nemocnosti, nezdatnosti ve stáří. To vede nejen k žádoucí kvalitě života ve stáří, ale také k omezení růstu nákladů při financování zdravotnictví. Koncept úspěšného stárnutí vychází z představy, že na funkčním stavu ve stáří se kromě neovlivnitelné biologické involuce podílejí významně i choroby (ovlivnitelné prevencí i účelnou intervencí), kondice (ovlivnitelná životním způsobem, intervenčními programy) a vlivy prostředí, včetně jeho náročnosti (rizika úrazů, hendikepující situace, bariéry).

Seniorská populace je z hlediska zdravotního a funkčního velmi heterogenní a vyžaduje diferencované přístupy a projekty. U významné části seniorů, které je možno chápat jako typicky geriatrické pacienty, vystupuje do popředí křehkost (vyžadující včasnou intervenci), atypičnost chorobných projevů a mnohočetnost jejich obtíží (vyžadující komplexní diagnostiku). Jen u menšiny seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení (nikoli pouhé involuce), nároků prostředí a sociální situace (významná je zvláště osamělost). U těchto seniorů je třeba zajistit účelnou koordinaci služeb zdravotnických a sociálních s využitím všech možností k životu v přirozeném prostředí (dlouhodobou ústavní péči vyžaduje ve vyspělých státech méně než 5 % osob starších 65 let, resp. méně než 20 % osob starších 80 let).

Hlavními zdravotními riziky ve stáří jsou z hlediska funkčního (disabilita, kvalita života): projevy a komplikace aterosklerózy, degenerativní onemocnění mozku (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc), osteoporóza (zvláště v souvislosti s pády a úrazy), osteoartróza, chronická obstrukční plicní nemoc, smyslová postižení (hypakusis, poruchy vízu – zvláště makulární degenerace sítnice a katarakta), deprese, poruchy výživy (malnutrice) a dekondice (hypokinetický syndrom).

Dílčí úkol č. 5. 1.

Střední délka života a pravděpodobná délka života bez zdravotního postižení by se měla prodloužit u 65letých osob alespoň o 20 %

Současný stav:

V parametrech střední délka života při narození, očekávaná doba dožití ve věku 65 let, střední délka života bez zdravotního postižení (health adjusted life expectancy, HALE) v současnosti ČR zaostává za vyspělými státy, předstihuje však ostatní tzv. postsocialistické státy v regionu (kromě Slovinska). Dle World Health Report 2001 (SZO) činí HALE pro věk 60 let v ČR pro muže 13.0 (12.2-13.8) a pro ženy 15.8 (15.2-16.4). Nejvyšší hodnoty vykazují Japonsko (17.6 pro muže, 21.4 pro ženy) a Švýcarsko (17.0, resp. 19.7). Zlepšení parametrů o požadovaných 20 % znamená dosažení dnešní úrovně Velké Británie či Kanady u mužů, respektive Švédska či Itálie u žen. Závažným problémem je nedostatek spolehlivých údajů k výpočtu HALE. Při dané metodice se na hodnotách podílí nejen samotný zdravotní stav, ale také účelnost a účinnost nemocničních služeb a domácí ošetrovatelské péče, koordinace se službami sociálními, pojetí chráněného bydlení apod. Závažným problémem zůstává bezpečnost a účelnost nemocničních pobytů křehkých seniorů z hlediska nadměrného výskytu komplikací (geriatrický hospitalizmus, indukování nesoběstačnosti), nezvládnutí mnohočetné nemocnosti ve stáří a víceoborovosti, neúčelné řešení obsazování lůžek s nadměrným překládáním do zařízení následné péče, účinnost domácí ošetrovatelské péče.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.1.1: Snížit prevalenci funkčně závažných projevů chorob kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních - důsledná kontrola projevů a rizikových faktorů aterosogeneze ve středním věku (zvláště u mužů), především účelná kontrola:

- arteriální hypertenze,
- poruch lipidového metabolismu,
- prevence a kompenzace diabetes mellitus (především II. typu),
- metabolicky významné obezity,
- nikotinizmu,
- prokrvení rozhodujících orgánů (mozek, srdce, event. ledviny a dolní končetiny)

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, IPVZ, Baťova nemocnice Zlín, odborné společnosti ČLS JEP, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.1.2: Snížit prevalenci funkčně významných úrazů a jejich důsledků, především zlomenin se zaměřením na:

- snížení prevalence osteoporózy u žen,
- zdravotněvýchovné programy,
- zvyšování bezpečnosti prostředí (domácnosti, veřejná prostranství, doprava),
- zlepšení dostupnosti a účelnosti využití kompenzačních pomůcek,
- rekondiční a fyzioterapeutické programy pro osoby s poruchami stability a chůze,
- zdravý životní styl

odpovědnost: **MZ**

spolupráce: MMR, MPSV, MDS, občanská sdružení seniorů, ZP, BESIP, SZÚ, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.1.3: Zlepšit účinnost a účelnost zdravotnických služeb pro seniory (geriatrická modifikace

stávajících služeb) s funkční optimalizací výstupů zdravotnických výkonů, především

rozpracování metodiky:

- intervenčních geriatrických přístupů (rychlá diagnostika a zaléčení atypicky probíhajících dekompenzujících onemocnění),
- prevence komplikací ústavní péče (geriatrického hospitalizmu),
- komplexního geriatrického hodnocení (comprehensive geriatric assessment) a z kvalitnění propouštěcího procesu hospitalizovaných křehkých geriatrických pacientů,
- rozvoje ústavní i komunitní rehabilitace (ergoterapie i fyzioterapie), včetně účinnějšího snižování náročnosti domácího prostředí s odstraňováním hendikepujících situací,
- zapojení do projektu EU Care and Management of Services for Older People: a European Network (CARMEN) - European network on integrated care for older people a využití jeho výsledků v praxi v ČR.
- prevence vlivu nežádoucích účinků léčiv v důsledku lékových interakcí

odpovědnost: MZ

spolupráce: FN Olomouc, IPVZ, IZPE, VZP, Baťova nemocnice Zlín, Gerontocentrum Praha 8, odborné společnosti ČLS JEP, ADP ČR, NCDP ČR, ZP

termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.1.4: Podporovat programy občanských sdružení v oblasti tělovýchovy zaměřené na podporu pohybových aktivit stárnoucí populace.

odpovědnost: MSMT

spolupráce: občanská sdružení v tělovýchově

termíny: průběžně

5.1.5: Dopracovat metodiku sběru a hodnocení podkladových údajů pro výpočet HALE:

- úprava zdravotnického výkaznictví (sledování parametrů nejen podle místa výkonu, ale také podle místa bydliště ke sledování regionální equity),

- zapojení do projektu EU The study of Ageing, health and retirement in Europe (AGIR) a využití jeho výstupů v ČR.

odpovědnost: MZ

spolupráce: ÚZIS, odborné společnosti ČLS JEP, MU Brno, IZPE, Agentury domácí péče, Centrum sociální pomoci a služeb Hradec Králové, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: 2003

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- střední délka života prožitého ve zdraví (HALE),
- počty hospitalizovaných na vybrané choroby (zlomeniny krčku stehenní kosti, arteriální hypertenze, diabetes mellitus aj.).

Dílčí úkol č. 5. 2.

Nejméně o 50% zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožňuje uchovat si soběstačnost, sebeúctu a své místo ve společnosti.

Současný stav:

Není znám, chybějí validní údaje, zvláště s celoplošnou či regionální výpovědní hodnotou. Zejména není k dispozici:

- hodnověrné subjektivní hodnocení seniorské populace (dotazníková šetření, seniorské organizace),
- pasportizace stavu na komunitní úrovni (místní správa),
- centrální hodnocení cenzovních či jiných statistických podkladových materiálů,
- systém sociálních služeb výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života starší populace. Cílem reformy sociálních služeb je podporovat důstojný, samostatný život osob v přirozeném prostředí - v domácnosti, v komunitě.

Aktivity ke splnění dílčího úkolu:

5.2.1: Vypracovat metodiku k získání validní vstupní informace a k průběžnému sledování funkčního stavu, zabezpečení a spokojenosti rizikových seniorů v domácím prostředí (adaptace některé z mezinárodních metod hodnocení kvality života pro potřeby společnosti v ČR)

odpovědnost: MZ

spolupráce: Centrum sociální pomoci a služeb Hradec Králové, Národní centrum primární péče, MU Brno, IZPE, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: 2003 - metodika

2005 - sledování

5.2.2: Rozpracovat koncept „rizikového seniora“ (kromě jiného věk nad 80 let) především na komunitní úrovni, zejména:

- metodika identifikace rizikového seniora,

- způsob dispenzarizace zdravotního a funkčního stavu,

- koordinace poskytovaných služeb, včetně propojení péče zdravotní a sociální,

- problematika domácího násilí, zanedbávání a týrání seniorů,

- metodika zabránění lékových interakcí v důsledku polyfarmacie

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, odborné společnosti ČLS JEP, ADP ČR, NCDP ČR, Hestia, FN Olomouc

termíny: 2003 - návrh

2005 - zavedení

5.2.3: Rozpracovat metodiku komplexního geriatrického hodnocení a zavést ho do praxe

odpovědnost: MZ

spolupráce: odborné společnosti ČLS JEP, IPVZ, ZP, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: 2003 - metodika

2004 - zavedení do praxe

5.2.4: Vytvořit předpoklady pro rozvoj služeb zlepšujících funkční potenciál rizikových seniorů v pokročilém stáří, zejména:

- aktivity prevence (primární i sekundární),
- ergoterapie,
- fyzioterapie,
- rekondiční programy,
- hodnocení a zlepšování výživy,
- komunitní a poradenské programy

odpovědnost: **MZ**

spolupráce: MPSV, odborné společnosti ČLS JEP, seniorské organizace, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžný - 2005, 2010

konečný - 2020

5.2.5: Vytvořit předpoklady pro kompenzaci hendikepů prostředí, pro zvyšování jeho bezpečnosti a pro optimalizaci domácí ošetrovatelské péče, zejména:

- bezbarierové úpravy,
- komunikační, signalizační a telemonitorovací systémy,
- účelné poskytování kompenzačních a zdravotních pomůcek,
- optimalizace domácích sociálních služeb,
- kvalitní výchova pracovníků pro domácí péči schopných zajistit životní standard seniorů odkázaných na cizí pomoc i v domácích podmínkách.

odpovědnost: MZ, MMR

spolupráce: MPSV, MDS, Svaz měst a obcí, Národní rada zdravotně postižených ČR, ZP, Národní centrum primární péče, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné - 2005, 2007

konečný - 2010

5.2.6: Vytvořit podmínky pro rozvoj důstojného, autonomního chráněného bydlení pro seniory (standardizace zabezpečení klientů s ohledem na jejich funkční a zdravotní stav), zejména koordinace zdravotních a sociálních služeb

odpovědnost: MMR

spolupráce: MZ, MPSV, Svaz měst a obcí, Národní centrum primární péče, ADP ČR, NCDP ČR, územní samosprávné celky

termíny: průběžné - 2005, 2007

konečný - 2010

5.2.7: Vytvořit podmínky pro respitní spolupráci s rodinou, pro intenzifikované programy aktivizační či rehabilitační (ošetřovatelsko rehabilitační centra) a pro rozvoj domácích zdravotně sociálních služeb

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, MMR, ZP, Gerontocentrum Praha 8, Centrum sociálních služeb Hradec Králové, odborné společnosti ČLS, Diakonie, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.2.8: Vytvořit podmínky pro rozvoj svépomocného a dobrovolnického hnutí a pro jejich účelné využití v geriatrických a zdravotně sociálních službách

odpovědnost: MZ

spolupráce: MPSV, občanská sdružení seniorů, Národní dobrovolnické centrum - HESTIA, Diakonie, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: průběžné - 2005, 2010

konečný - 2020

5.2.9: Vypracovat metodiku pro hodnocení komunitních služeb a následné zdravotní péče

odpovědnost: MZ

spolupráce: MMR, MPSV, odborné společnosti ČLS JEP, IPVZ, ADP ČR, NCDP ČR

termíny: metodika - 2003

průběžný - 2005, 2010

konečný - 2020

Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:

- počet komunitních plánů a programů k rozvoji domácí integrované péče.