Dlouhodobá péče – úvod do problematiky a legislativy (pojmy, hodnoty, problémy a řešení)

Diskusní seminář ČDS, Praha, Albertov, 16. dubna 2014

doc. MUDr. Iva Holmerová, PhD, Mgr. Petr Wija, PhD

Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova

Dlouhodobá péče - teze

- Terminus technicus (long-term care) pro různé služby a zdroje („no single, discrete long-term care scheme“)
- Rostoucí, předvídatelné riziko (stárnutí jedince a populace)
- Specifický segment sociální ochrany - „sociální událost“ snížená soběstačnost a potřeba podpory/péče – věcná dávka (služba) a/nebo finanční dávka

Dlouhodobá péče - teze

- Časově neohraničená („extended period of time“), často do smrti - nikoliv 3 měsíce
- Seniorská specifická disabilita a křehkost x disabilita v mladším věku
- Dlouhodobá podpora v soběstačnosti
- Zdravotní péče (diagnostická, léčebná, ošetřovatelská, paliativní…)
- Dynamická změna potřeb v čase (= hodnocení zdravotního a funkčního stavu)
- Role neformální péče (ADL, IADL)

Dlouhodobá zdravotní péče

- Zákon o zdravotních službách (zákon č. 372/2011Sb.) definuje dlouhodobou lůžkovou péči jako péči, která je *„poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje*“
- „Dlouhodobá zdravotní péče“ de iure do 3 měsíců
- Dlouhodobá „ústavní“ zdravotní péče de iure v ČR neexistuje („nursing homes“)

Dlouhodobá péče - teze

- „Ošetřovatelský segment“ sociálních služeb (registrace, personální požadavky, nárok, financování, kontrola, kvalita)
- Definice příjemce? - Stupeň závislosti, diagnóza, funkční hodnocení, geriatrické hodnocení

Zdravotní postižení (Kalvach)

Dle povahy:

- Tělesné: např. „ochrnutí“
- Duševní: schizofrenie, demence, ment. retardace
- Smyslové: slepota, hluchota
- Kombinované

Dle příčin:

- Monokauzální: 1 příčina
- Multikauzální: více příčin – např. multimorbidita, geriatrická křehkost (frailty)

Lidé se závažným zdravotním postižením (Kalvach)

Zdravotní postižení

- Dlouhodobé: > 1 rok, často doživotní
- Funkčně závažné:
  - Interferuje s aktivitami denního života (ADL, IADL)
  - Ohrožuje obvyklé sociální role
  - Ohrožuje kvalitu života
  - Omezuje soběstačnost
  - Zvyšuje ohroženost v denním životě (pády, úrazy, násilí)

Poptávka po dlouhodobé péči

- Růst počtu nejstarších seniorů s vyšší rizikem disability a frailty
- Růst incidence neurodenenerativních onemocnění
- Včasná diagnóza a delší přežívání u chronických nemocí
- Demografický vývoj a zdravotní stav populace (zdraví)
- Zdravotní politika (podpora zdravého života)
- Zdravotní systém - kvalita (akutní) geriatrie - redukce versus indukce potřeby dlouhodobé péče

Zdraví, zdravotnický systém a LTC

zdravotní gramotnost

životní styl
(životní) prostředí
genetika
„age-friendly“
město

akutní
geriatrie,
geriatricky
režim,
geriatrická
modifikace

**primární
péče**

pohlaví
věk
příjem
vzdělání
SES

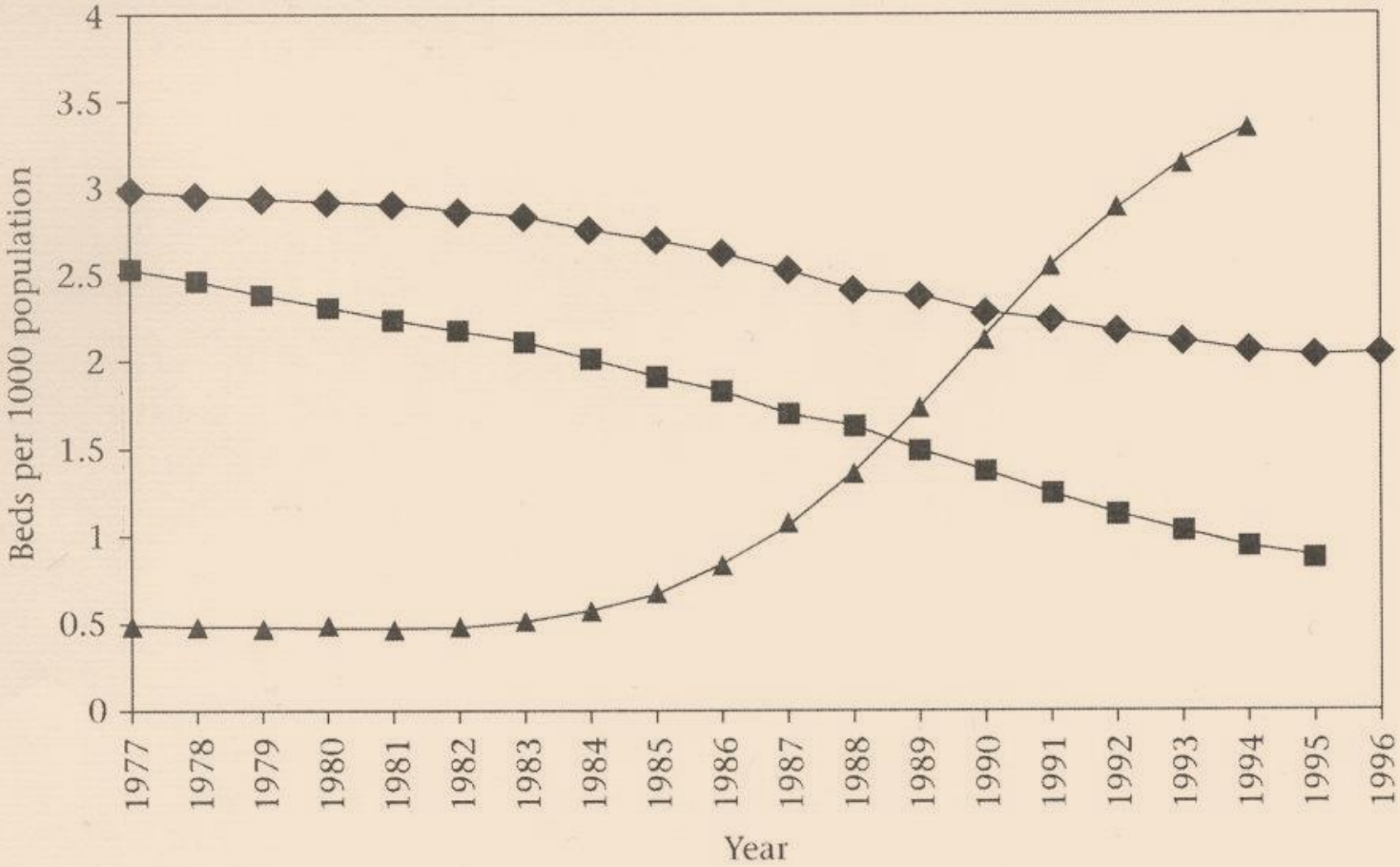
neformální péče,
rodina, respitní
péče, sdílená péče
atd.

rehabilitace, úprava prostředí
bydlení, místo

Dlouhodobá péče - kontext

- Reforma zdravotnictví (Hospital care reform)
- Změna nemocnosti (Patterns of disease)
- Změna pojetí, co je zdravotní potřeba a co je zdravotní péče, co je v kompetenci zdravotních služeb a zdravotního pojištění (riziko diskriminační demedicinalizace starých nemocných lidí)

Figure 2.9 Trends in beds (per 1000 population), United Kingdom 1977–96: ◆ acute care; ■ psychiatric care; ▲ nursing home



Transformation of health services

- Efficiency-driven closing beds in hospitals
- „Asylum“ (social) function of hospitals transformed into special institutions (nursing homes)
- Specialization (special institutions), but may also mean marginalization of LTC (chronic needs) from mainstream system

Definition of hospital:

- „An institution which provides beds, meals, and constant nursing care for its patients while they undergo medical therapy at the hands of professional physicians. In carrying out these services, the hospital is striving to restore its patients to health“ (Miller, 1997)

Table 2.1 Historical evolution of hospitals

Role of hospital	*Time*	*Characteristics*
Health care	7th century	Byzantine Empire, Greek and Arab theories of disease
Nursing, spiritual care	10th to 17th centuries	Hospitals attached to religious foundations
Isolation of infectious patients	11th century	Nursing of infectious diseases such as leprosy
Health care for poor people	17th century	Philanthropic and state institutions
Medical care	Late 19th century	Medical care and surgery; high mortality
Surgical centres	Early 20th century	Technological transformation of hospitals; entry of middle-class patients; expansion of outpatient departments
Hospital-centred health systems	1950s	Large hospitals; temples of technology
District general hospital	1970s	Rise of district general hospital; local, secondary and tertiary hospitals
Acute care hospital	1990s	Active short-stay care
Ambulatory surgery centres	1990s	Expansion of day admissions; expansion of minimally invasive surgery

Pyramida (zdravé stárnutí – podpora – péče)

Nárok na dlouhodobou péči?

- Zdravotní služby (nárok, dostupnost) – hodnocení potřeby = nárok (zdravotní pojištění, spoluúčast)
- Sociální služby – posouzení (PnP) = nárok na službu? (pobytová, tísňová péče), nárok na bezbariérový byt, úpravu bydlení?)
- Úředně správní rozhodnutí x odborná indikace

Financování sociálních služeb

- Příspěvek na péči
- Dotace ze státního rozpočtu a z rozpočtu krajů a obcí
- Úhrada za poskytovanou zdravotní péči
- Úhrada klienta za pobyt a stravu v pobytovém zařízení

Právní nárok na dlouhodobou péči, sociální službu a podporu v domácím prostředí?

- „*Příručka pro člena zastupitelstva obce po volbách 2010*“ (aktualizované znění 2012):
  - Obce mají základní povinnosti v oblasti sociální politiky vymezené zákonem o obcích, a to tak, že *„obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a místními zvyklostmi <u>o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů</u>.“*

Právní nárok na dlouhodobou péči, sociální službu a podporu v domácím prostředí?

- *Toto vágní vymezení bývá často interpretováno jako povinnost obcí sociální služby zřizovat, nebo se alespoň na jejich financování podílet. Je důležité, abyste jako zastupitelé věděli, že* ***na podporu poskytování sociálních služeb ze strany obce není žádný právní nárok, s výjimkou těch sociálních služeb, u kterých vaše obec zastává roli zřizovatele. Počítejte však s tím, že zejména poskytovatelé ze strany neziskového sektoru a nebo z jiných obcí se na vás budou obracet s žádostí o příspěvek na provoz sociálních služeb, které poskytují.“*** (konec citace)

Právní nárok na dlouhodobou péči, sociální službu a podporu v domácím prostředí?

- §35 (2) …Obec v samostatné působnosti ve svém územním obvodu dále pečuje v souladu s místními předpoklady a s místními zvyklostmi o vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče a pro uspokojování potřeb svých občanů. Jde především o uspokojování potřeby bydlení, ochrany a rozvoje zdraví, dopravy a spojů, potřeby informací, výchovy a vzdělávání, celkového kulturního rozvoje a ochrany veřejného pořádku.

Dlouhodobá zdravotní péče v DS,DZR

- Rovný přístup ke zdravotní dlouhodobé péči ve zdravotních a sociálních službách?
- Za srovnatelnou cenu a „spoluúčast“?
- Rovné platové podmínky za obdobnou práci/péči?
- Příjmy od zdrav. pojišťoven 790,4 mil. Kč (z toho 36 % DZR při 20 % „klientů“, 2012)

Dlouhodobá zdravotní péče v DS,DZR

- Ošetřovatelsky náročná péče v DS a DZR (demence je nemoc)
- Progresivně nemocní na ošetř. odd. (bolest, léky atd.)
- Zdravotní personál, úhrady VZP - nejedná se o zdravotnické zařízení (?)
- De facto dlouhodobá zdravotní péče - nemusí splňovat personální požadavky pro „lůžkovou dlouhodobou péči“ (vyhl. č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb)

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

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

Snahy o popření nemoci pacientů, kteří jsou v DPS, DZR, „očištění“ 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…

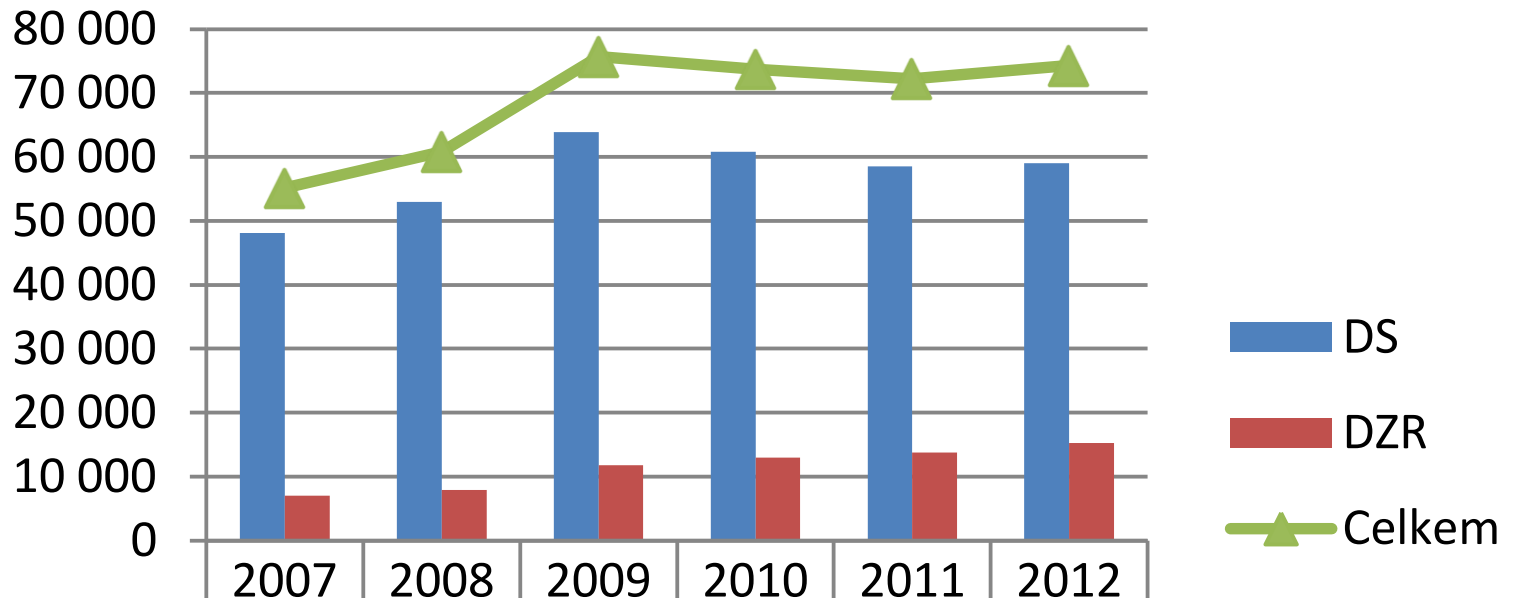
Cíle dlouhodobé a nefunkční následné péče?

- 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 disabilitou i jejich rodin

Počet neuspokojených žádostí o pobytové služby pro seniory



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
DS	48 131	52 953	63 913	60 769	58 490	59 028
DZR	7 056	7 874	11 769	12 932	13 713	15 261
Celkem	55 187	60 827	75 682	73 701	72 203	74 289

Zdroj: data MPSV (2013)
DS = domovy seniory; DZR = domovy se zvláštním režimem

Dlouhodobá péče v DS a DZR

- Počet neuspokojených žádostí o DS a DZR oproti roku 2007 stoupl o 19 tis. na 74 tis. = 1,5 násobku celkové kapacity těchto zařízení
- Nárůst o 11 tisíc u DS a o více než 8 tisíc u DZR
- V Praze a Jihomoravském kraji na jednoho uživatele více než tři neuspokojené žádosti
- Bez PnP 7% osob v DZR a 15 % v DS (2011)

Poptávka po pobytových službách

- Nedostatek terénních služeb a podpory života doma, včetně povědomí o možnostech a službách
- Nedostatek seniorského bydlení
- Nedostatek podpory a nedostupnost neformální péče v rámci rodiny
- Bytové potřeby seniorů, jejich rodin, včetně nákladů, varianta „seniorského bydlení“ a assisted living
- Potřeba komplexní péče
- Osamělost….

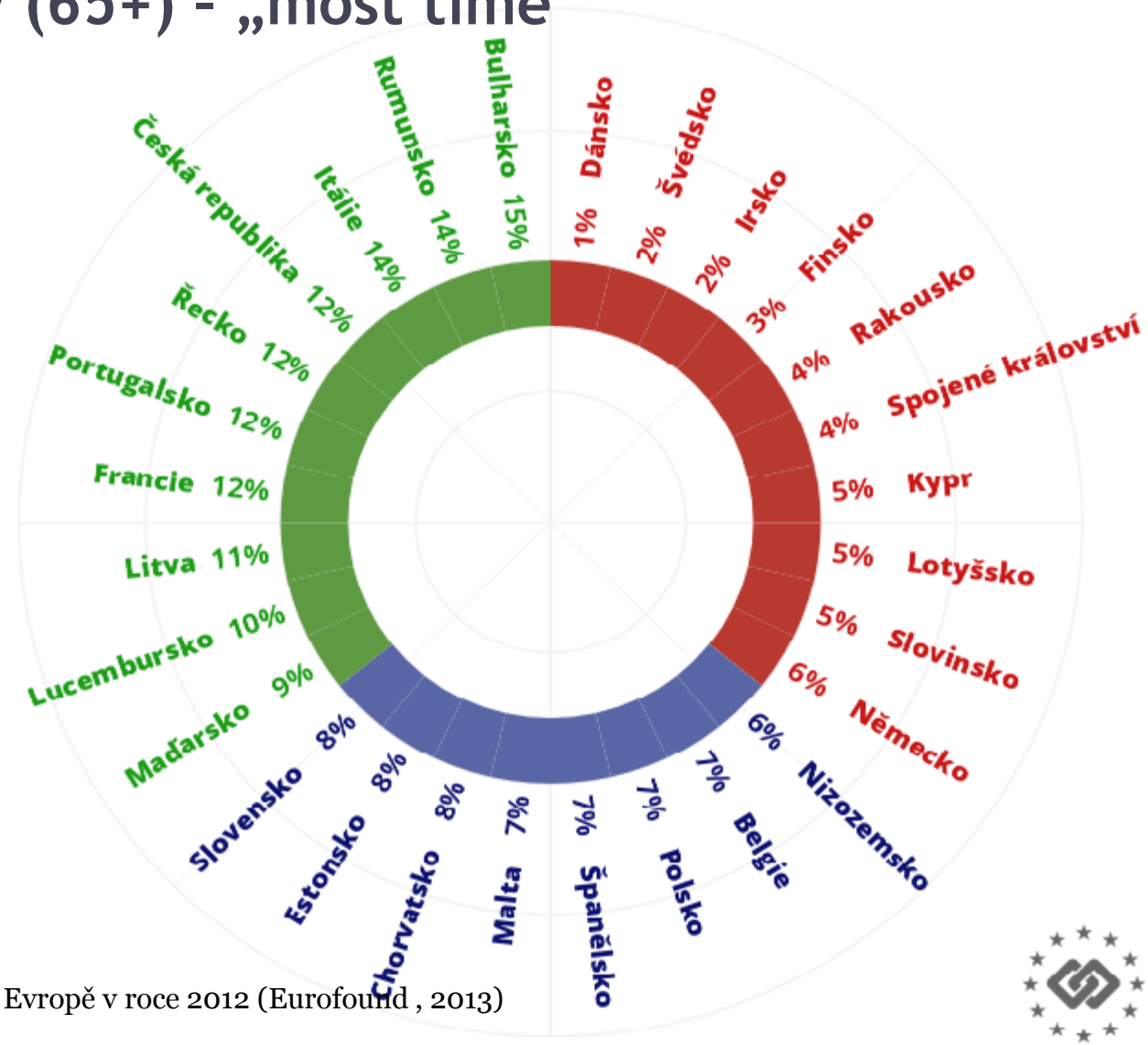
Struktura kapacity domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (2011)

	Domovy pro seniory		Domovy se zvláštním režimem	
	Podíl pokojů	Podíl kapacity	Podíl pokojů	Podíl kapacity
1-lůžkové	50%	31%	21%	10%
2-lůžkové	42%	53%	60%	57%
3 a více lůžkové	8%	16%	19%	33%
Celkem	100%	100%	100%	100%

Zdroj dat: data MPSV, vlastní výpočet (2013)

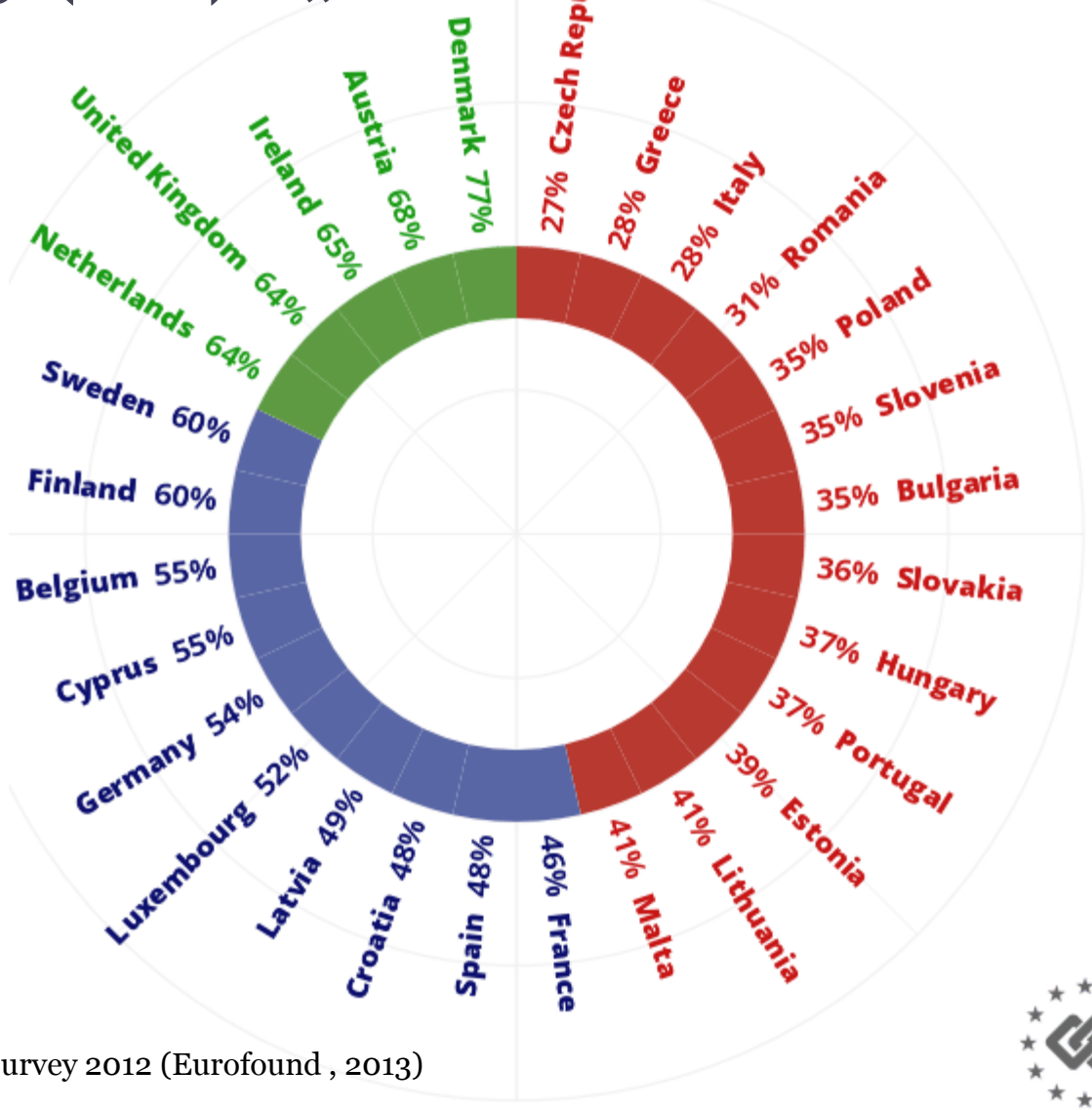
V domovech pro seniory (DS) téměř třetina kapacity v jednolůžkových pokojích oproti jen 10% v domovech se zvláštním režimem (DZR)
V DS 3% lůžek pro osoby s demencí, v DZR 42% lůžek v roce 2012

Cítil(a) jsem se osaměle (65+) - většinu času
I have felt lonely (65+) - „most time“



Zdroj: Průzkum kvality života v Evropě v roce 2012 (Eurofound , 2013)

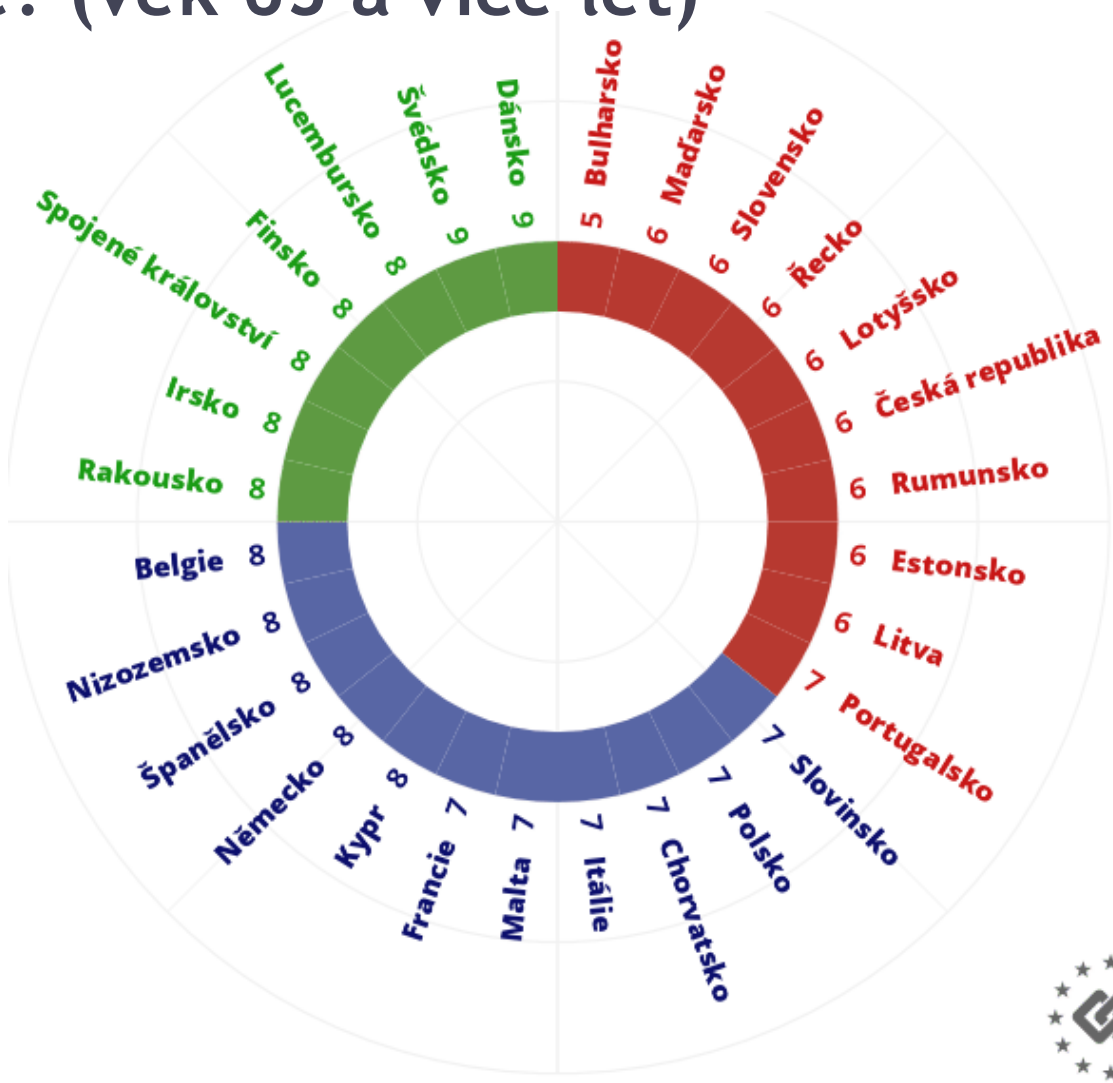
I have felt lonely (65+) - „at no time“



Source: European Quality of Life Survey 2012 (Eurofound , 2013)

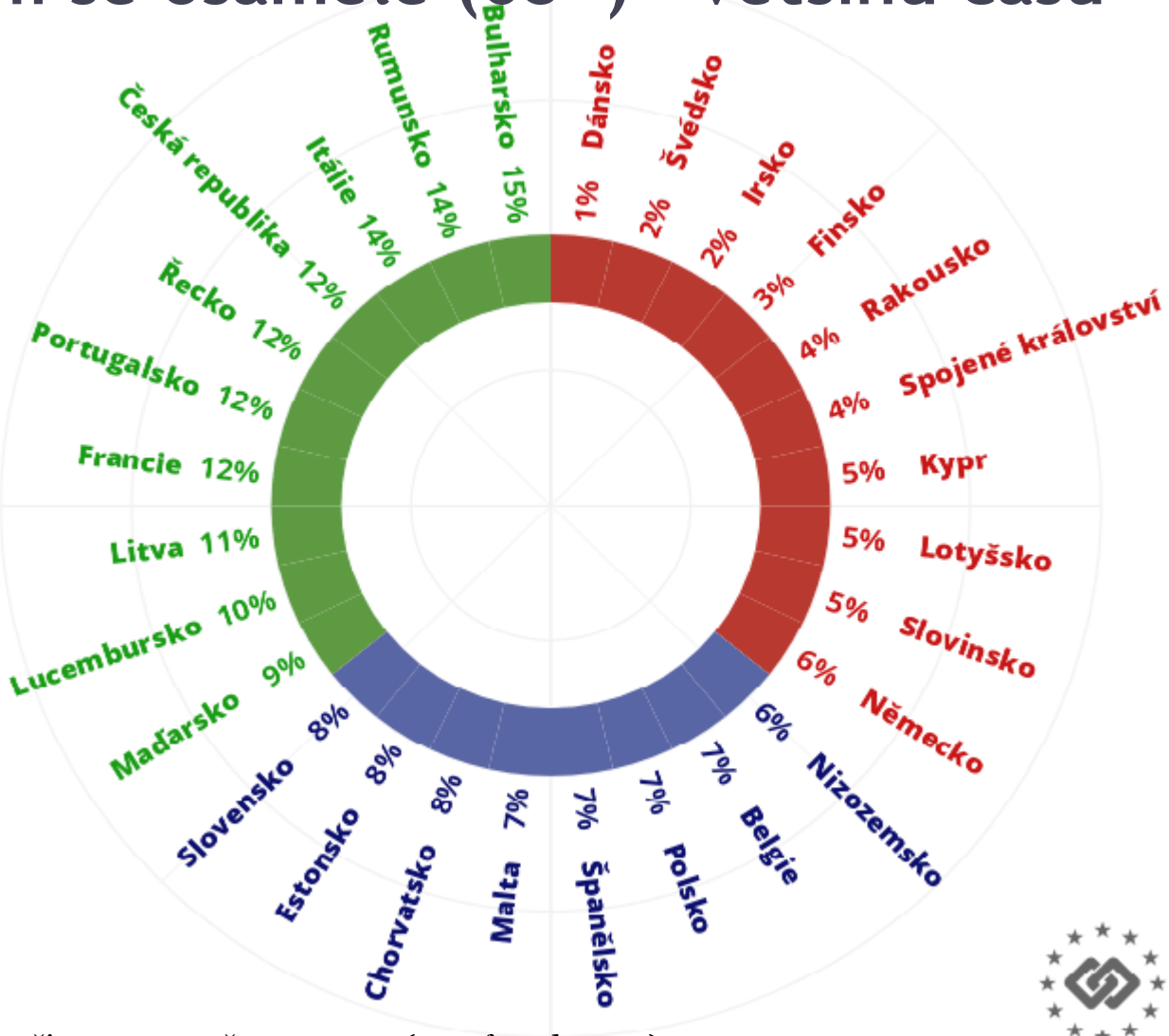
Do jaké míry jste spokojený(á) se svým životem v dnešní době? (věk 65 a více let)

hodnocení na 10 stupňové škále od nejméně po nejvíce



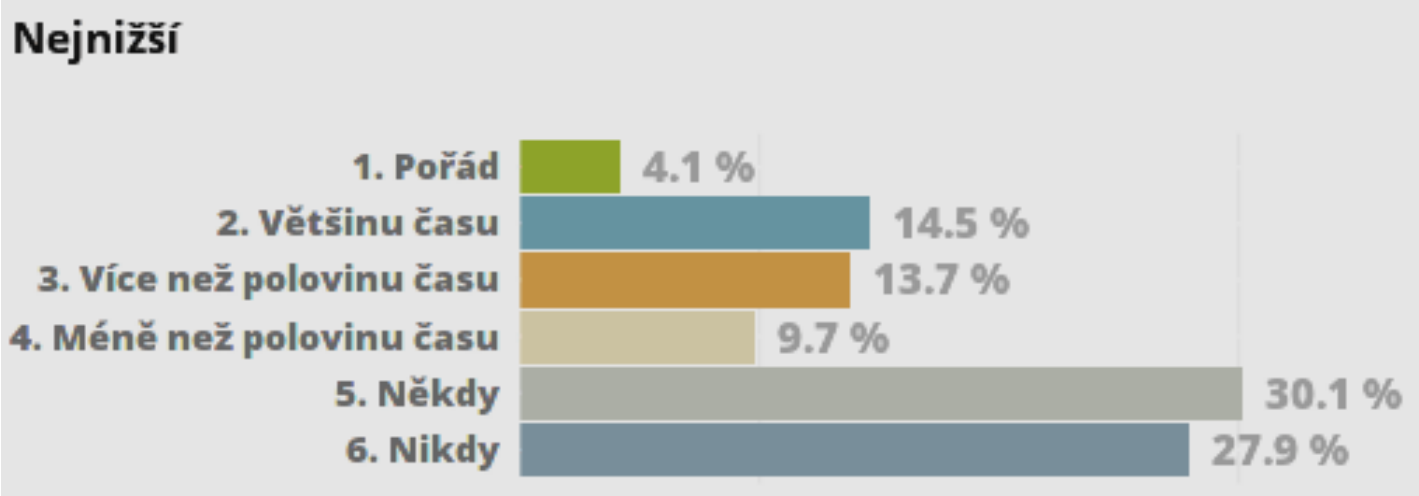
Zdroj: Průzkum kvality života v Evropě v roce 2012 (Eurofound , 2013)

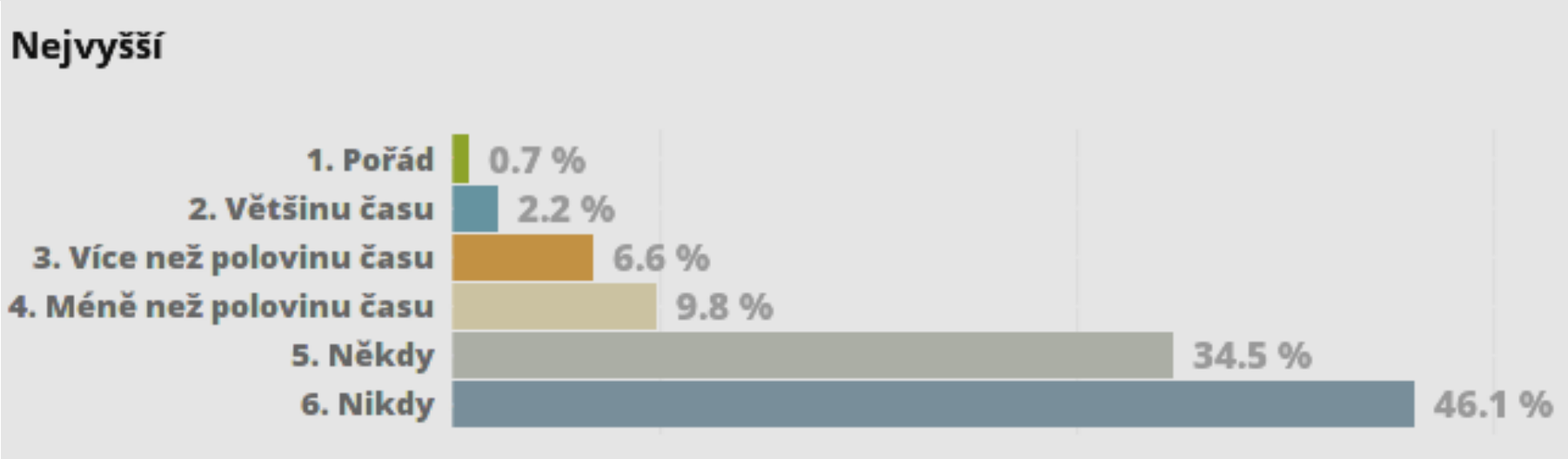
Cítil(a) jsem se osaměle (65+) - většinu času



Zdroj: Průzkum kvality života v Evropě v roce 2012 (Eurofound , 2013)

Cítil()a jsem se osaměle - většinu času (příjem)





Zdroj: Průzkum kvality života v Evropě v roce 2012 (Eurofound , 2013)

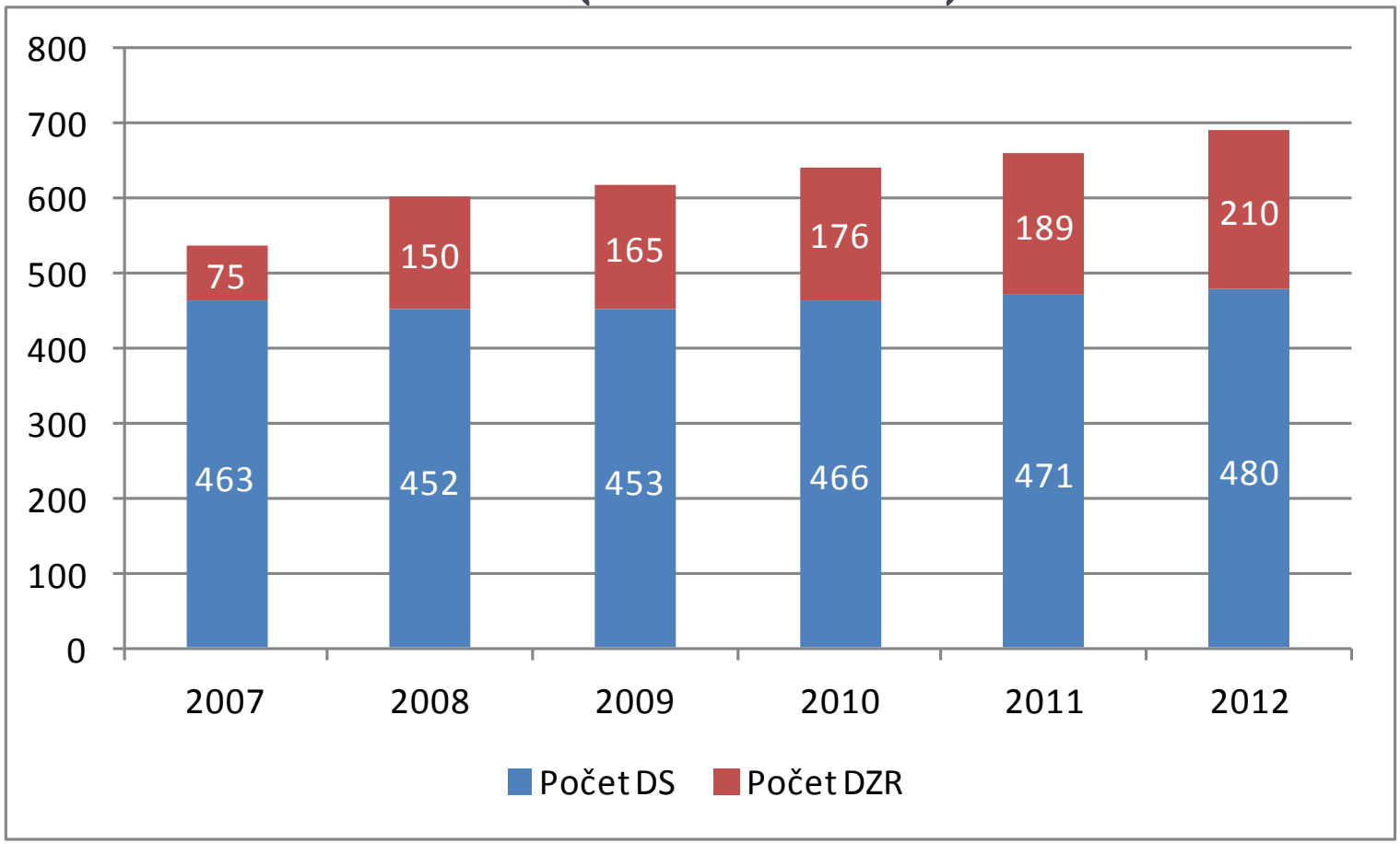
Domovy pro seniory, pro koho?

- Seniorské bydlení? (nájemní smlouva, 1lůžkový pokoj?)
- Zdravotní kompetence?
- Byty zvláštního určení (seniorské, sociální, podporované, pečovatelské, bezbariérové) - podceněná role bydlení v sociální politice, inkluzi na úrovni obce i státu pro různé skupiny
- Integrace bydlení a péče (ageing in place) – naše residence jsou naše byty

Pobytové sociální služby

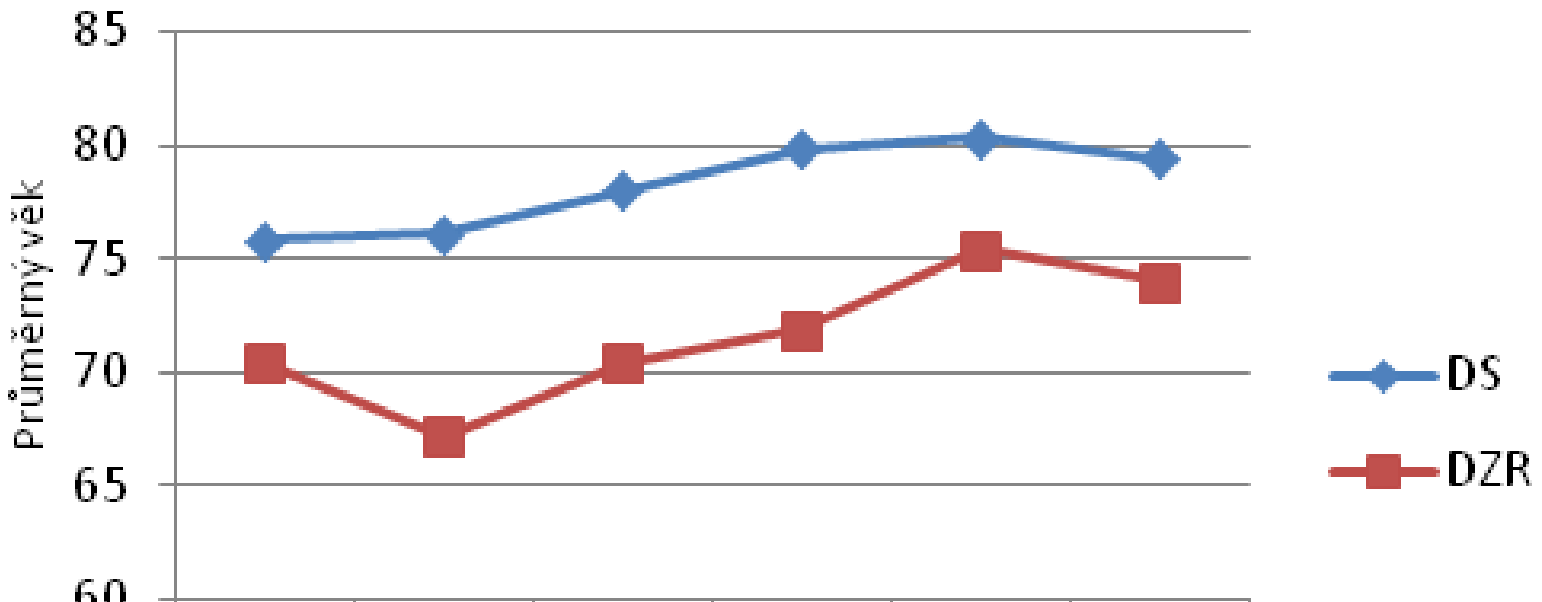
- V roce 2012 celkem 690 pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory (480 DS a 210 DZR)
- Mezi roky 2011 a 2012 přibylo 9 domovů pro seniory a 21 domovů se zvláštním režimem
- Ke konci r. 2012 žilo 36,2 tis. v DS a 10,3 tis. v DZR, celkem 46,5 tisíc osob, téměř ¾ ženy
- Během roku 2012 do bylo přijato celkem 16 204 osob, 12 247 jich zemřelo, 2 709 bylo propuštěno
- V DS i DZR pětina osob „upoutána na lůžko“
- Bez PnP 7% osob v DZR a 15 % v DS (2011)

Počet domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem (2007-2012)



Zdroj dat: data MPSV (2013)

Průměrný věk obyvatel domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem 2007-2012



	2007	2008	2009	2010	2011	2012
DS	75,8	76,1	78,0	79,8	80,3	79,4
DZR	70,4	67,2	70,4	71,9	75,4	74,0

Zdroj dat: data MPSV (2013)

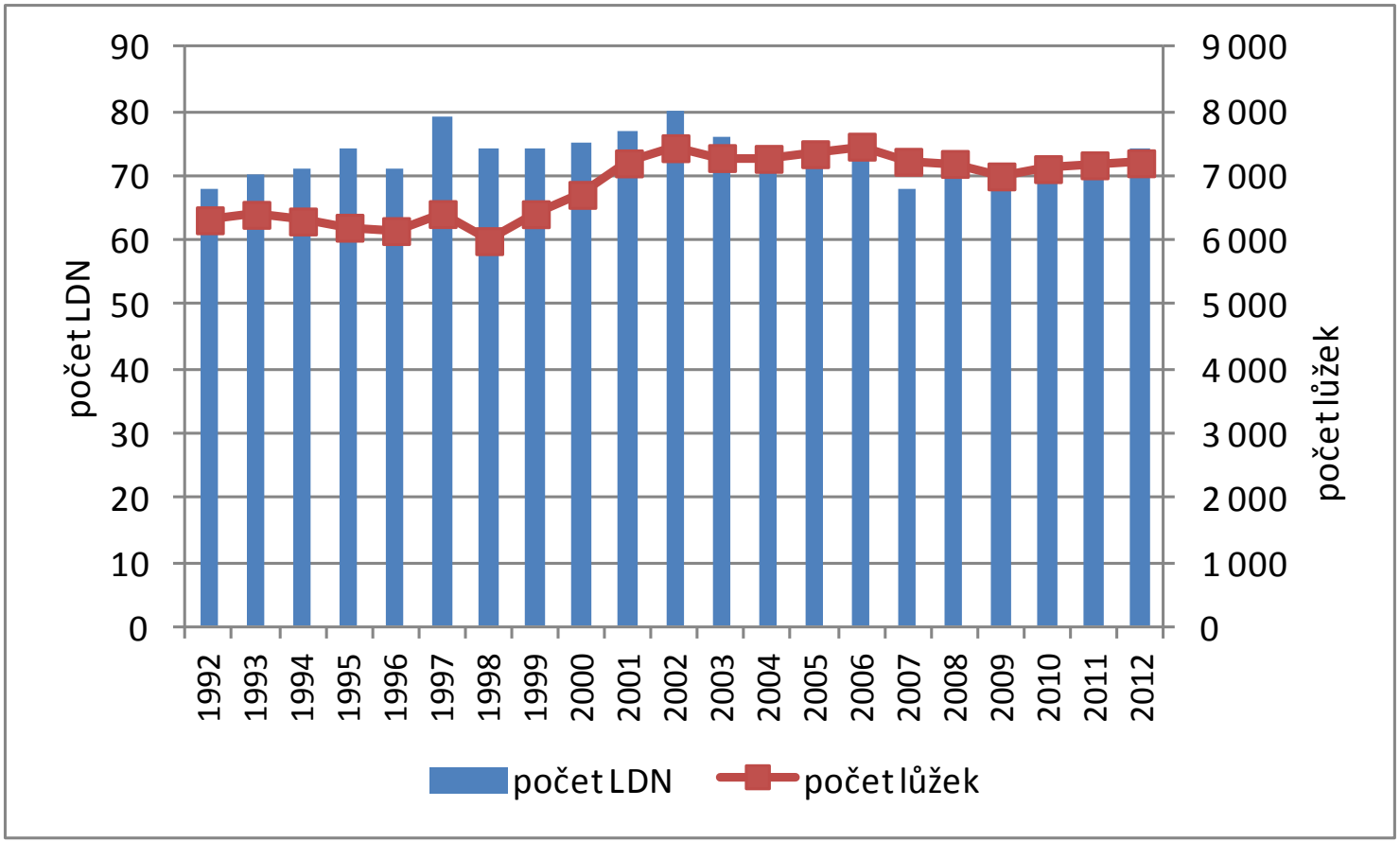
Dlouhodobá péče v DS a DZR

- V DZR na ošetřovatelském odd. polovina kapacity, v DS čtvrtina (pokles oproti 2007)
- V DS i DZR pětina osob „upoutána na lůžko“
- Celkový počet zdravotnických pracovníků v sociálních službách (platová sféra) poklesl v letech 2007-2012 o 22% na 6 tis. (z toho 83 % všeobecných sester)

Pohyb mezi zdravotními a sociálními službami?

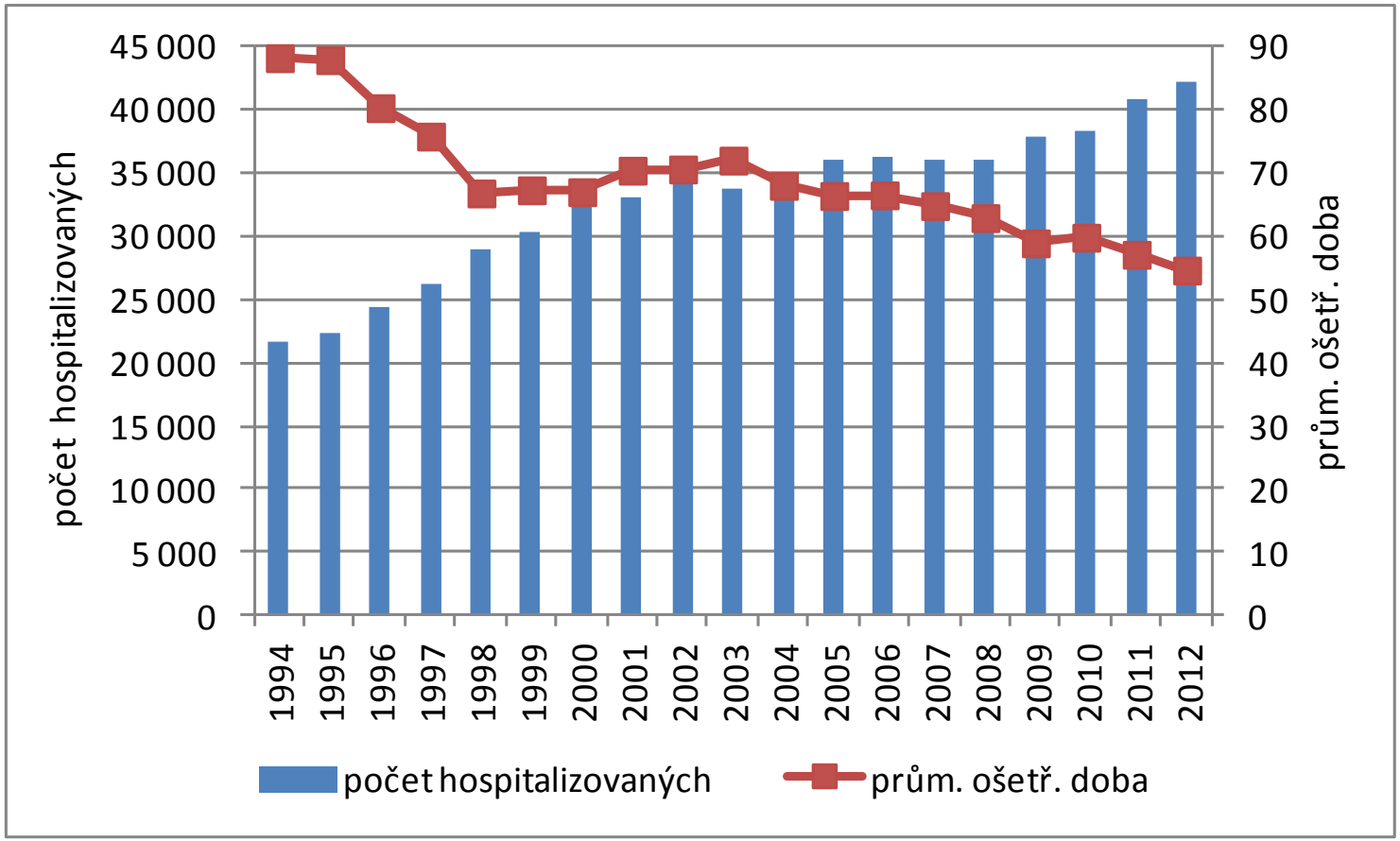
- Data – přesuny z LDN-DS-DZR-nemocnice atd.?
- Zdravotní stav, zdravotní péče, dopady péče na soběstačnost?
- Počet, struktura zdrav. pracovníků v DS a DZR?

Vývoj kapacity LDN v letech 1992-2012



Zdroj: data ÚZIS, 2013

Hospitalizace a průměrná ošetřovací doba v LDN v letech 1994-2012



V LDN hospitalizováno více než 42 tisíc pacientů a zemřelo v nich celkem 8,3 tisíc osob. Průměrná ošetřovací v LDN necelé dva měsíce (55 dnů)

Zdroj: data ÚZIS, 2013

Příspěvek na péči (2012)

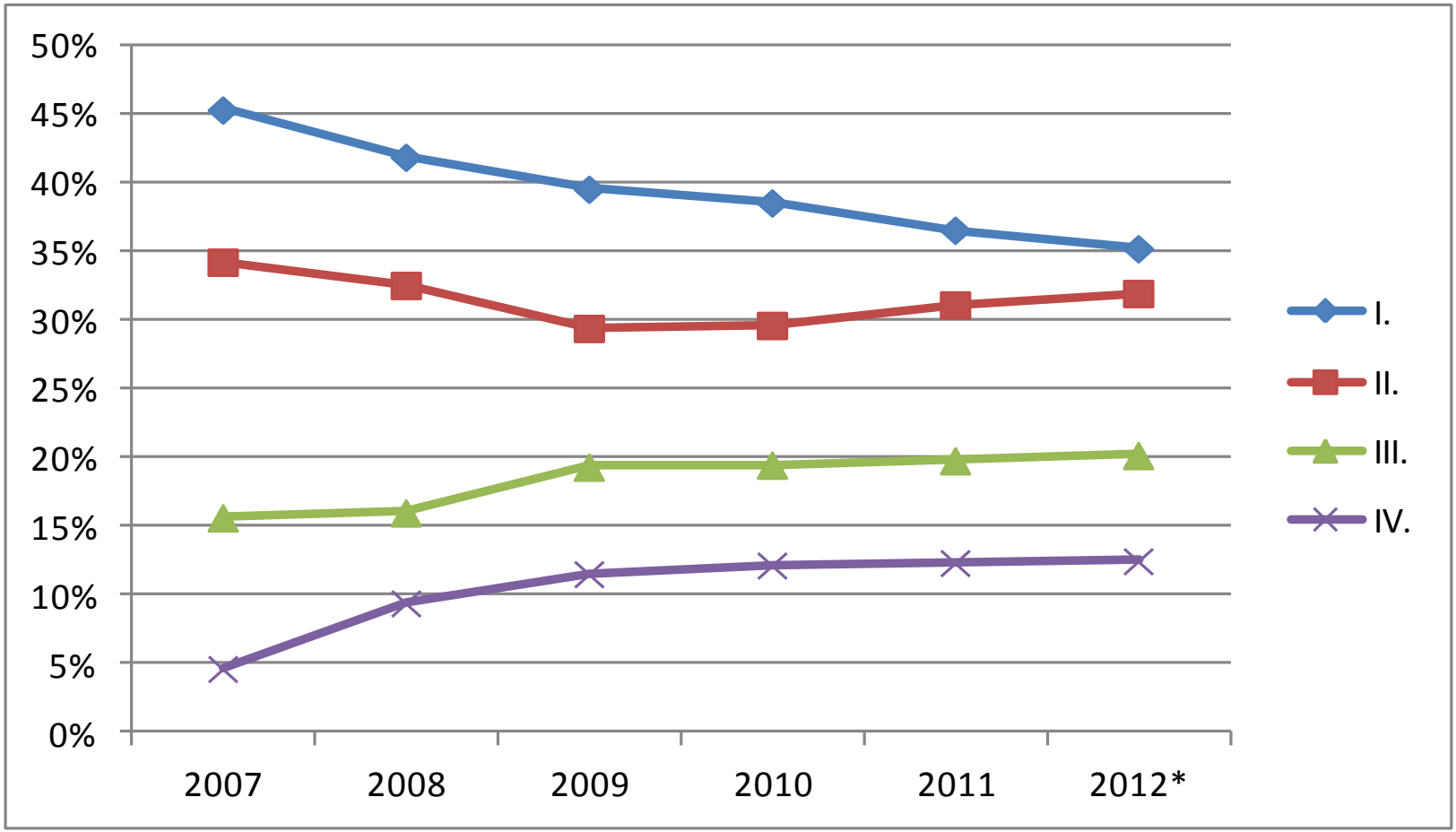
	no of recipients in thousands	share in all recipients	share in the given population
65 and over	213,1	68%	12%
75 and over	170,9	55%	24%
85 and over	80,7	26%	48%
less than 65	99,6	32%	1%
total	312,7	100%	3%

Zdroj: MPSV (2013), předběžné údaje

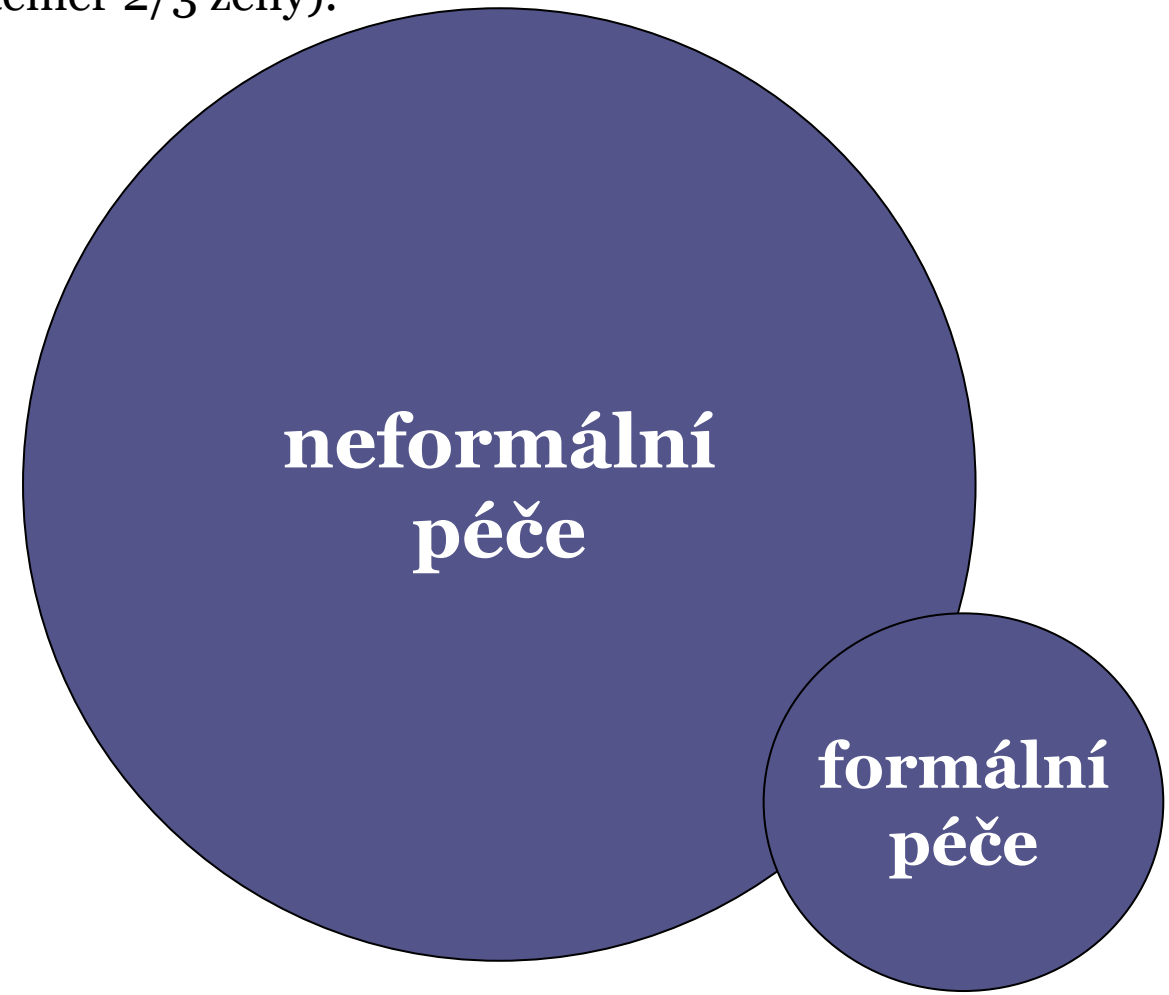
Příspěvek na péči (PnP)

- Osoby 65+ více než 2/3 všech PnP
- Více než 2/3 PnP 75+ v I. nebo II. stupni (2012)
- Téměř 250 tis. osob (2011) využívá příspěvek na péči poskytovanou fyzickou osobou (neformální péče)
- K největšímu nárůstu (více než o jednu třetinu došlo u skupiny 85 a více let (od roku 2007)

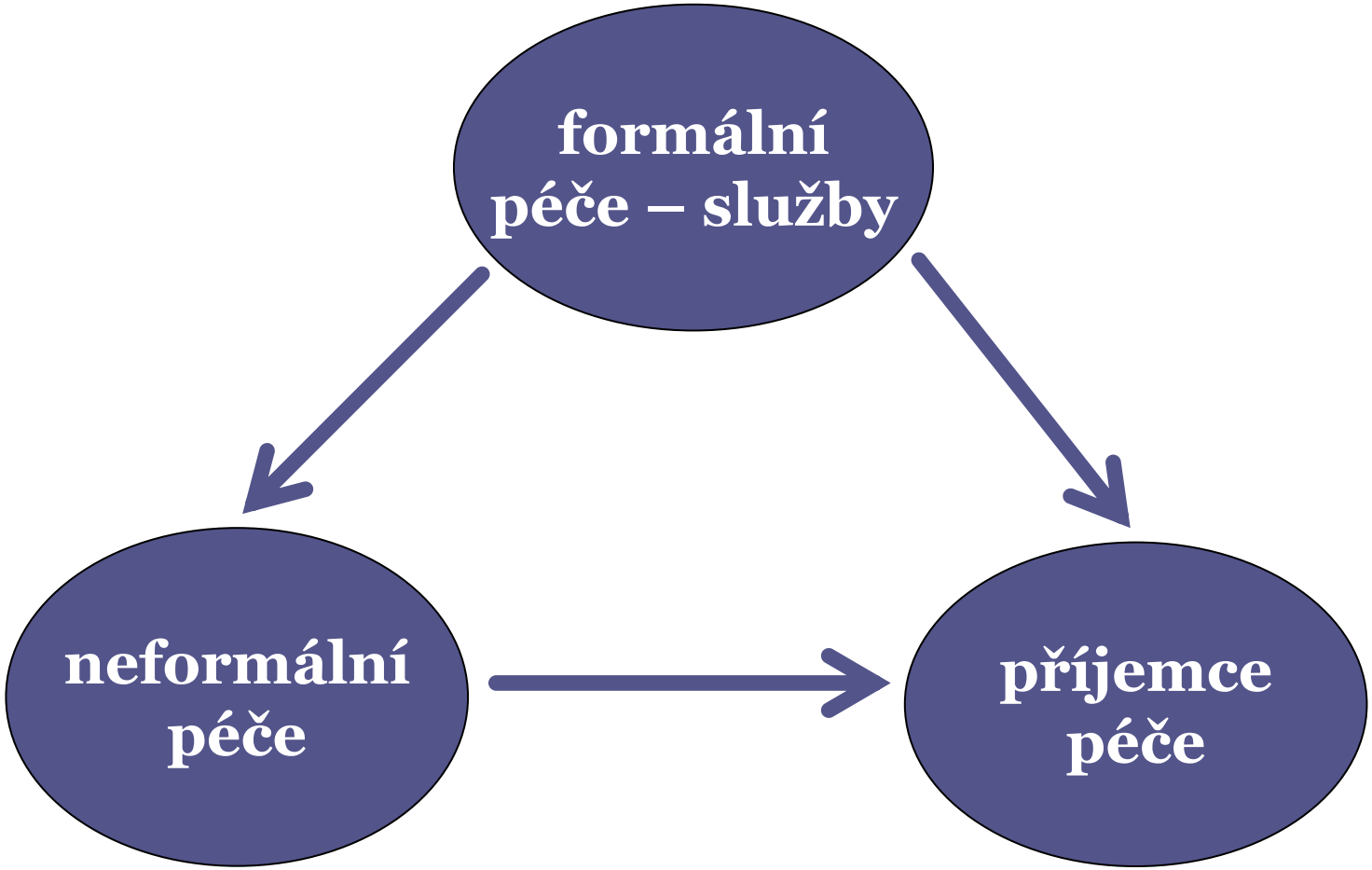
Příspěvek na péči (PnP)



Podle OECD zhruba 70–90 % všech poskytovatelů dlouhodobé péče tvoří neformální pečovatelé (z nich jsou téměř 2/3 ženy).



Vazby formální a neformální péče



Neformální dlouhodobá péče

- Dvě třetiny rodinných pečovatelů tvoří ženy
- Tři čtvrtiny příjemců využívají příspěvek na neformální péči (výhradně nebo v kombinaci se službou)
- Dopad rodinné péče na zaměstnanost, riziko chudoby, dopad na vztahy a zdraví, sociální stress
- Rostoucí role migrace v dlouhodobé péči

Neformální péče

- Ve skandinávských zemích není poskytování neformální péče spojeno s výrazným poklesem účasti na trhu práce na rozdíl od zemí jižní Evropy, kde je dopad poskytování neformální péče na zaměstnanost nejvyšší.
- Tyto rozdíly lze vysvětlovat lepšími možnostmi sladění péče a zaměstnání v severských zemích, ale také odlišnostmi v intenzitě poskytované neformální péče.
- Rozvinutý systém služeb dlouhodobé péče nevede ke snížení či ochotě poskytování neformální péče, jak ukazuje zkušenost severských zemí, které mají nejrozvinutější systém formální dlouhodobé péče, ale současně také nejvyšší podíl osob, které poskytují neformální péči a pomoc.

Systém integrovaných podpůrných služeb v komunitě(možná kompetence obcí) -1

- Klient
- Laická podpora, rodina
- Podpora pečující rodiny
- Praktický lékař
- Home care
- Pečovatelská služba
- Dobré sousedství
- Osobní asistence
- Tísňová péče (role ICT)
- Nutriční poradenství
- Fyzioterapie
- Ergoterapie
- Protetika
- Půjčovna pomůcek
- Psychoterapie
- Logopedie
- Kognitivní rehabilitace
- Sociální práce
- Mobilní hospic (spec. PP)
- Komunitní psychiatrie

Zdroj: Zdeněk Kalvach

Systém integrovaných podpůrných služeb v komunitě(možná kompetence obcí)- 2

- Geriatrické ambulance
- Rehabilitační odd. pro ICF
- Depistáž, dispenzarizace (komunitní sestra), poradenství
- Case management
- Denní centra
- Podpora pečujících, supervize
- LTV, rekondice
- Chráněné bydlení, DPS, AAL
- Bezbariérové veřejné prostory (přístupnost, univerzální design)
- Centra podpory pro specifická postižení (Tyfloservis, Lorm)
- Dobrovolníci
- Společnictví, komunikac
- Animace, volnočasové aktivity, destigmatizace

Zdroj: Zdeněk Kalvach

Systém integrovaných podpůrných služeb v komunitě(možná kompetence obcí)- 3

- Rehabilitační nemocniční oddělení – časná rehabilitace
- Nemocniční geriatrická oddělení (akutní intervence, GEM)
- LDN, NNP, rehab. OLÚ
- ÚSP
- Ústavy LTC (oš. centra)
- Hospice

- Podpora obcí – vytváření podmínek
- Komunitní plánování nad rámec sociálních služeb
- Církve
- Nestátní neziskové organizace
- Podpůrná pacientská sdružení

Zdroj: Zdeněk Kalvach

Co lze obligátně očekávat od obcí v oblasti SIPS a LTC?

- Zájem – povinnost projednávat úroveň a ucelenost SIPS, poptávat služby?
- Vytváření podmínek – ucelené komunitní plánování služeb?
- Depistáž, dispenzarizaci rizikových lidí (kalamity) – komunitní sestra?
- Koordinaci podpůrných sítí a poradenství o LTC?
- Povinnost zajistit dostupnost alespoň home care a pečovatelské služby?

Je čas na komunitní centra pro koordinaci, depistáž, dispenzarizaci, monitoring služeb a pro poradenství?

Zdroj: Zdeněk Kalvach

Dlouhodobá péče - integrace

- na úrovni
  - zařízení (komunitní centrum)
  - poskytovatele (registrace pro různé služby)
  - plánování (služeb a vazeb)
  - oborů a týmů (multiprofesionalita, víceoborovost)
  - statistiky a monitoringu
  - finančních toků (celkové společenské náklady a účelnost)

Zdravé a aktivní stárnutí

- *„Proces optimalizace příležitostí pro zdraví, participaci a bezpečí s cílem zvýšení kvality života v průběhu stárnutí.“* (WHO, 2002)
- *„Aktivní stárnutí označuje kapacitu lidí, jak stárnou, vést produktivní životy ve společnosti a ekonomice. To znamená, že lidé si mohou flexibilně volit způsob, jak stráví čas v průběhu svého života – učením, prací, podílením se na volnočasových aktivitách a péči.“* (OECD)

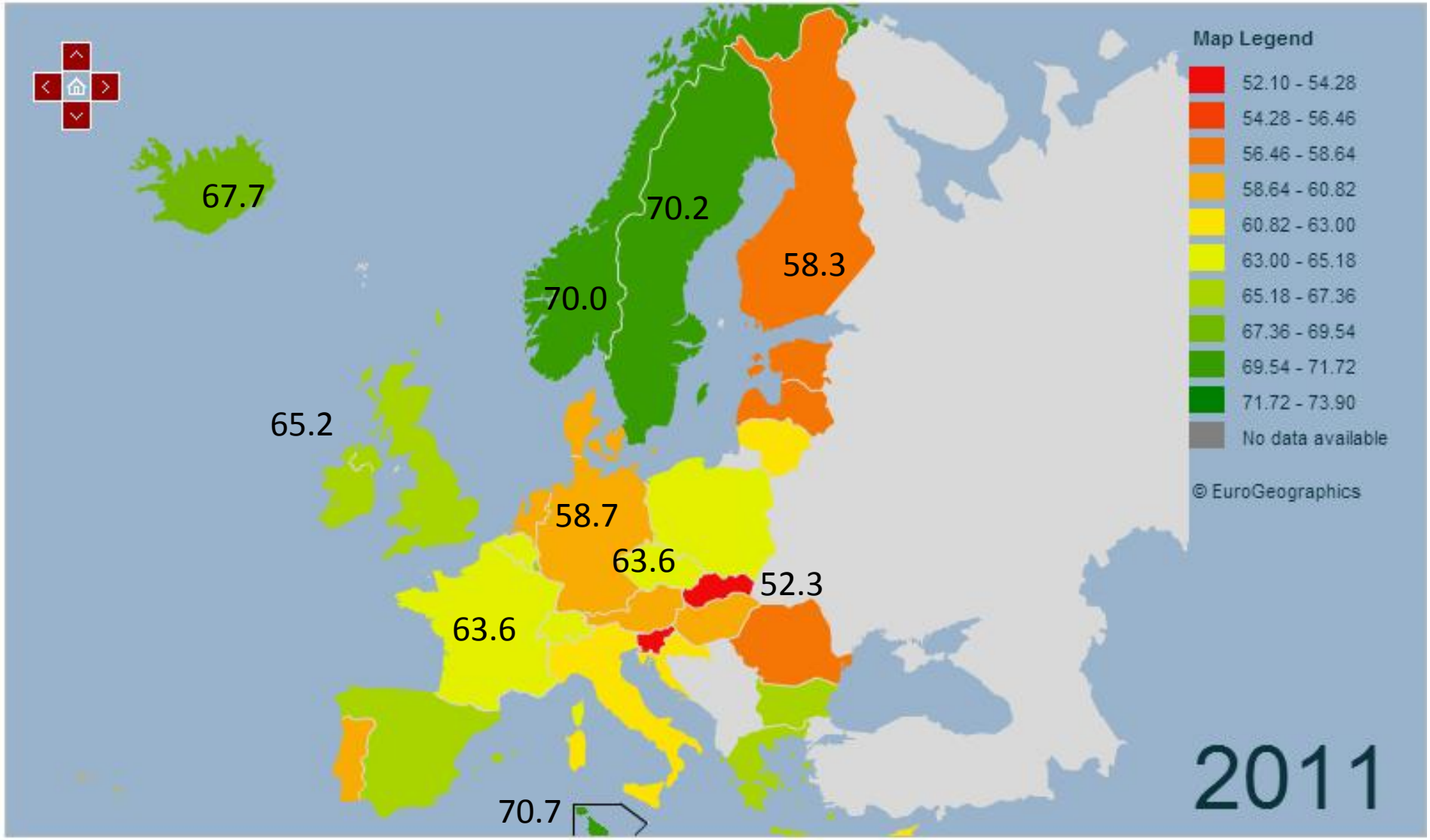
Funkční zdraví a disabilita

- MKF (ICF) - *diagnosis alone does not predict service needs, length of hospitalization, level of care or functional outcomes (diagnóza samotná neurčuje potřebu péče, služeb, délku hospitalizace, dopad na funkční zdraví)*
- od nemoci (ICD, disease) k úrovni zdraví a disability (ICF), mortalita vs „health-related outcomes“
- statistický, výzkumný, komunikační, klinický, sociální nástroj (populace, jedinec)
- performance and effectiveness of health care

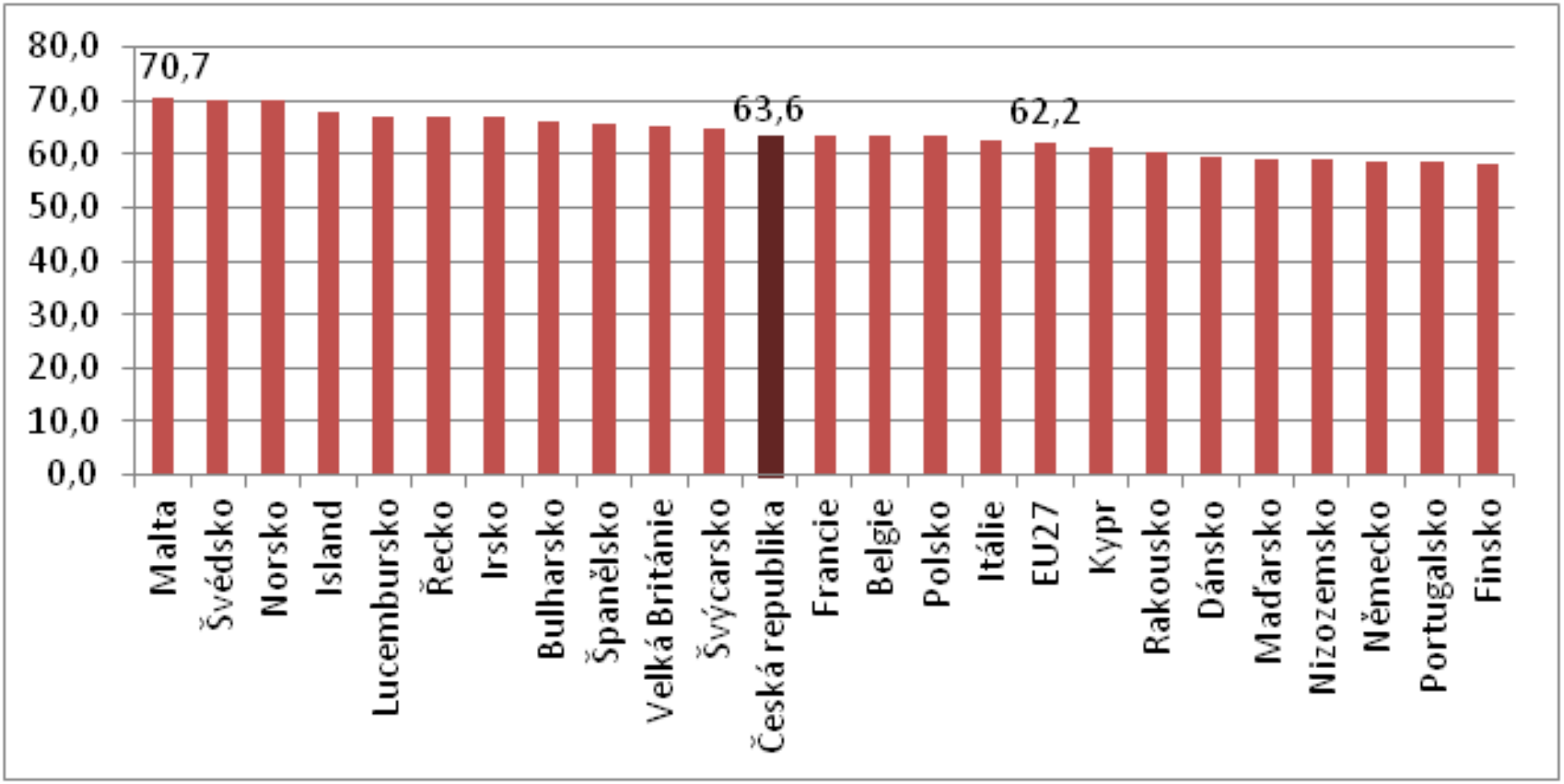
Funkční zdraví (ICF)

- *Disabilita je považovana za výstup nebo důsledek složitého vztahu mezi zdravotními problémy člověka a osobními faktory a faktory vnějšími, které představuji okolnosti, ve kterých člověk žije.*
- ***Společnost může omezovat výkony člověka, poněvadž buď vytváří bariéry, nebo nezajišťuje facilitační prvky***

Healthy Life Years, Ženy, 2011



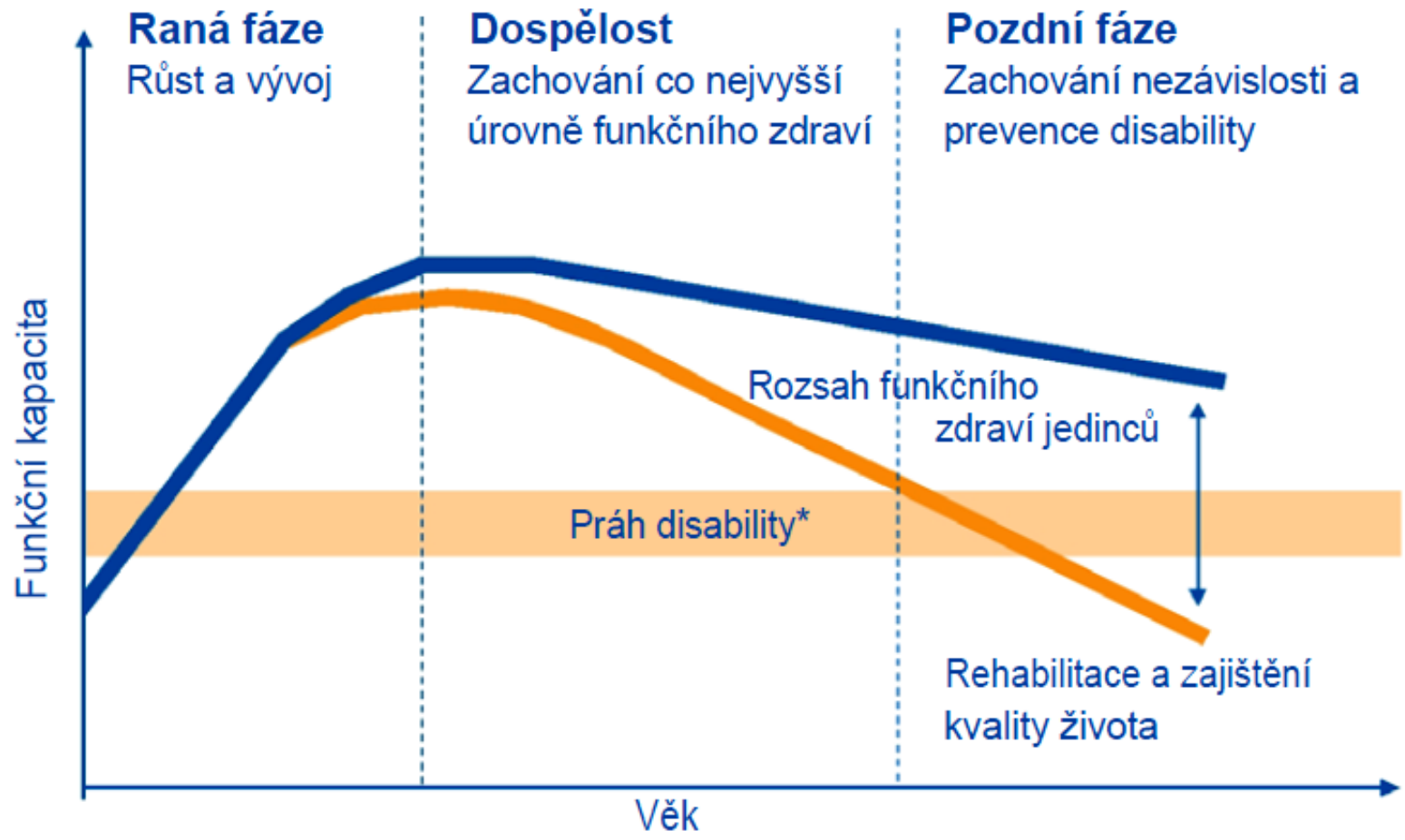
Pořadí zemí podle délky života ve zdraví v roce 2011 – ženy (Eurostat, 2013)



Zdroj: HEIDI data tool (Eurostat, 2013) (Health Expectancy: Healthy Life Years (HLY)

© Corbis

Obr. 4. Udržení funkční kapacity v průběhu života

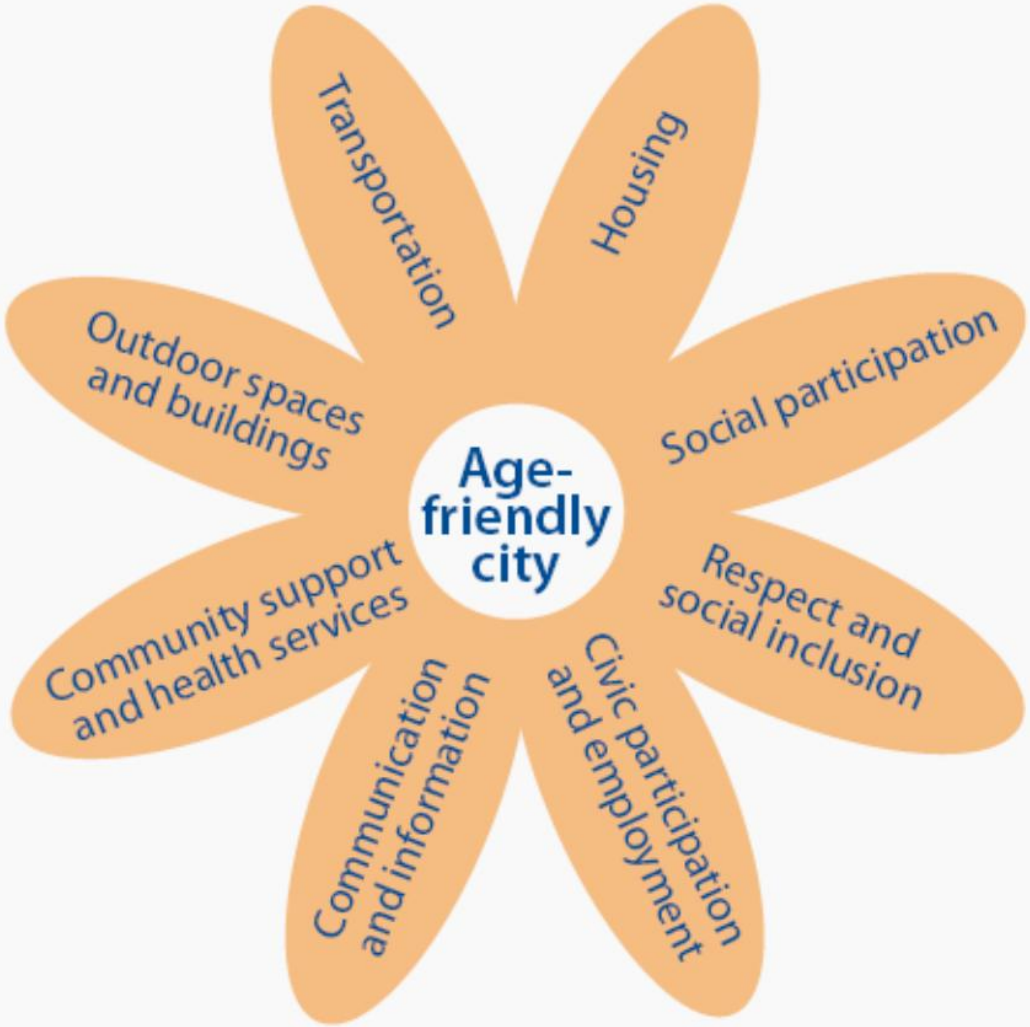


Zdroj: Kalache & Kickbusch (12).

Global Age-friendly Cities: A Guide

World Health Organization

Figure 6. Age-friendly city topic areas



AKTIVNÍ A ZDRAVÉ STÁRNUTÍ

BEDEKR

Bedekr aktivního stárnutí
aneb
Jak se orientovat v krajině aktivního stárnutí a dlouhodobé péče

cello.ilc.cz

MINISTRY OF HEALTH
OF THE CZECH REPUBLIC

EUROPEAN CENTRE
FOR SOCIAL WELFARE POLICY AND RESEARCH

Kalkulátor potřeb (2011)

Zadejte počet obyvatel ve Vaší obci / městě					
	1 241 273	*(zkušebně zadána Praha)*			
Ve Vašem městě by dle průměrné hodnoty ukazatele v ČR mělo být:					
	195 629	osob nad 65 let			
	46 003	osob nad 80 let (vyšší riziko křehkosti)			
	36 561	příjemců příspěvku na péči (potřeba služeb/péče)			
	32 407	držitelů ZTP			
	14 629	osob s demencí			
Pokud znáte skutečnou hodnotu, zadejte ji pro porovnání s průměrem pro ČR					
	Hodnota ve Vašem měste ve srovnání s průměrem ČR				
213 508	**109%**	osob nad 65 let			
53 235	**116%**	osob nad 80 let (vyšší riziko křehkosti)			
25 300	**69%**	příjemců příspěvku na péči (potřeba služeb/péče)			
28 593	**88%**	držitelů ZTP			

Shrnutí

- Potřeba LTC (long-term care) je očekávatelné riziko z hlediska jedince i společnosti
- Bez kvalitní geriatrie a akutních služeb (geriatricky nemodifikované služby) indukovaná závislost
- LTC není definována v právních předpisech, nedostupnost a neexistence nároku na podporu a péči
- Vágní role obcí, nespecifikace povinností a kompetencí obcí, chybějící integrace z úrovně obce
- Dostupnost LTC je součástí rodinné politiky - dopad na neformální pečující a soulad zaměstnání a rodinného života atd.

Shrnutí

- Populace v jednotlivých typech zdravotních služeb, v nemocnicích a primární péči a populace s chronickými nemocemi a polymorbiditou stárne a počátek potřeby využívání zdravotní nebo dlouhodobé péče se odsouvá do vyššího věku
- V roce 2011 zemřelo v České republice necelých 107 tis. osob, z toho více než polovina (56%) byla starší 75 let a čtvrtina starších 85 let
- Potřeba kvalifikované paliativní a dlouhodobé zdravotní péče roste
- V sociálních službách klesá zdravotnický personál, nedostatek dat o zdravotním stavu a personálu v dlouhodobé péči a o kvalitě, výsledcích a dopadu péče

Děkujeme za pozornost