

Vedúci redaktor

Ladislav Hegyi

Zástupca vedúceho redaktora

Silvester Kréméry

Výkonný redaktor

Miroslav Palát

Tajomník redakcie

Katarína Ďuranová

Redakčná rada

Martin Dúbrava

Zdeněk Kalvach

Štefan Koval

Eduard Kolibáš

Štefan Krajčík

Zoltán Mikeš

František Němeth

Jaroslav Přehnal

Eva Topinková

Pavel Weber

Zdeněk Zadák

Helena Zavázalová

Redakčný kruh

Ladislav Badalík (SK)

Peter Belan (SK)

Vladislav V. Bezrukov (UA)

Franz Böhmer (A)

Svein O. Datland (N)

Oleg V. Korkuško (UA)

Štefan Litomerický (SK)

Alex Kalache (WHO)

Erich Lang (BRD)

Christoph Lucke (D)

František Makai (SK)

William Molloy (CND)

Jiří Neuwirth (CZ)

Vladimír Pacovský (CZ)

Mario Passeri (I)

F.M.E. van Schendel (NL)

Jörg Schulz (D)

Vappu Teipale (FIN)

Karol Virsik (SK)

Vladimír Zaremba (CZ)

Obsah*Editorial*

- L. Hegyi, Š. Krajčík: Postavenie geriatrickej v súčasnom slovenskom zdravotníctve – 2005 104

Originálne práce

- B. Kollár, P. Varsík, D. Buranová, P. Kučera, J. Štofko: Fenomén tzv. idiopatickej a symptomatickej epilepsie z hľadiska vekových kategórií 109
- L. Čeledová, H. Dolanský, H. Zavázalová, K. Zikmundová: Zdravotne sociálna problematika ošetrovaných v Agenturách domáci zdravotní pēče 117
- J. Kotrba, V. Zaremba, H. Zavázalová, K. Zikmundová: Radosť a starosti občanů vyššieho veku 120
- J. Kelnarová, J. Kunovský: Postoj studentů Střední zdravotnické školy k umírání a smrti 125
- Z. Zavázalová, K. Zikmundová, V. Zaremba, F. Lavička: Senioři a volný čas 133

Prehľadné referáty

- L. Smoleňová, A. Dóczyová: Možnosti a limity liečby terminálne chorých 137
- T. Kopal: Manažment staršieho pacienta s defektom na dolnej končatine (1. časť) 142

Správy

- K. Soláriková: Správa z 18. svetového gerontologického kongresu . . 115
- Š. Krajčík: Oznámenie Katedry geriatrickej a gerontológie SZU . . 132

Jubileá

- S. Kréméry, M. Dúbrava: Prof. MUDr. Zoltán Mikeš, DrSc., 65-ročný 147
- L. Hegyi: Prof. MUDr. Karol Virsik, DrSc., 90-ročný . . . 149
- Š. Krajčík: Doc. MUDr. Lýdia Smoleňová jubiluje 146
- Š. Krajčík: Doc. MUDr. Štefan Koval, PhD. 60-ročný . . 141

*Oficiálna webová stránka**Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti*

Postavenie geriatrickej v súčasnom slovenskom zdravotníctve – 2005

Aktuálna situácia vedného odboru, akým je aj geriatría, sa nedá posudzovať bez súvislosti so stavom zdravotníctva a bez súvislosti so stavom populačnej skupiny pre ktorú vykonáva reálnu starostlivosť.

Slovenské zdravotníctvo sa – na rozdiel od väčšiny spoločnosti – nachádza už viac ako 15 rokov po revolúcii v transformačnom procese. Systémovú zmenu malo priniesť 7 reformných zdravotníckych zákonov, prijatých v októbri 2004. Rozpor medzi úmyslom a skutočnosťou sa prejavuje v sérii aplikačných problémov:

1. Financovanie zdravotníctva sa neodpojilo od štátneho rozpočtu. Štát ostal naďalej platiteľom poistného za 3,1 milióna občanov. V roku 2005 zaplatí štát na tento účel 21,4 miliárd korún. Skutočné náklady na túto skupinu poistencov sa odhadujú na 74 miliárd korún, čo značí deficit vo výške nad 50 miliárd. Deficit v tejto výške sa nedá pokryť zo solidarity ani z iných zdrojov.

2. Dlh zdravotníckeho systému predstavoval ku koncu roku 22 miliárd korún a naďalej sa zvyšuje napriek doteraz uskutočnenému oddĺženiu.

3. Do roku 2004 bolo financovanie prevádzky zdravotných poisťovní limitovaných zákonom, ktorý stanovil výšku ich financovania na 4% z vybraného poistného, čo predstavovalo asi 2,4 miliardy korún ročne. Ostatné zdroje museli byť použité na zdravotnú starostlivosť. Od 1. 7. 2005 toto neplatí a v súčasnej dobe neexistujú údaje o tom, koľko financii vynakladajú poisťovne na svoju prevádzku.

4. Zvýšili sa odvody na zdravotné poistenie, a to od 11% do 116% podľa príslušných skupín platiteľov.

5. Občanom sa výrazne zvýšila spoluúčasť na zdravotnej starostlivosti. Oproti 7 miliardám korún v roku 2002 to bolo 16 miliárd korún v roku 2004 pri stále rastúcom trende.

6. Znížila sa dostupnosť zdravotníckych služieb najčastejšie vo forme predĺženia objednávacích lehôt, najčastejšie na chirurgické zákroky, a vysokých doplatkov za lieky. Čakacie listiny pritom podporujú pretrvávanie šedej ekonomiky.

7. Výdavky na zdravotníctvo, prepočítané na občana a rok, ostávajú stále veľmi nízke. V roku 2004 to bolo v SR 399 eur. V rovnakom roku vynaložila ČR na tento účel 649 eur.

8. Pretrvávajú nízke platby za výkony a služby, nezodpovedajúce nákladom. Limitovanie výkonov vedie k odmietaniu pacientov v nemocničnej starostlivosti a k vynucovanej práci zdarma v starostlivosti ambulantnej. Zákon núti lekára poskytnúť zdravotnú starostlivosť, ale umožňuje poisťovní túto starostlivosť neuhradiť.

9. Mzdy zdravotníkov naďalej zaostávajú za priemernými nominálnymi mzdami v hospodárstve. Koncom roku 2004 nedosahovala priemerná mzda v zdravotníctve ani 13 000 korún. Pritom v roku 2004 bolo odvetvie zdravotníctva a sociálnych služieb jediným odvetvím, kde došlo k poklesu reálnych miezd, a to o 3,7%. Nižšie mzdy ako v zdravotníctve sú len v hoteloch a reštauráciách a v poľnohospodárstve.

Tab. 1 Priemerné mzdy v hospodárstve SR a v zdravotníctve

Rok	V hospodárstve SR	V odvetví zdravotníctva a sociálnej pomoci
2000	11 430	9 318
2001	12 365	10 380
2002	13 511	12 020
2003	14 365	12 430
2004	15 825	12 865
1. Q. 2005	16 022	12 496

Zdroj: ŠÚ SR

10. Reformné zákony boli za niekoľko málo mesiacov opakovane novelizované. V dôsledku toho sa poskytovateľom zdravotnej starostlivosti výrazne zvýšila administratívna záťaž.

11. Reforma bola sprevádzaná masívnym osočovaním zdravotníckych pracovníkov, na čom mal veľký podiel najmä minister zdravotníctva. Táto skutočnosť naďalej zhoršila vzťah lekára s pacientom.

12. V dôsledku vyššie uvedeného odchádzajú najmä mladí lekári do zahraničia. V roku 2003 to bolo 63 lekárov, v roku 2004 363 lekárov a za prvých 8 mesiacov 2005 už 227 lekárov.

Na základe doterajších poznatkov sa dá konštatovať, že ku skutočnej reforme zdravotníctva zatiaľ nedošlo, došlo len k zmene legislatívy a k zmene vlastníckych vzťahov. Okrem toho, že verejné peniaze plynú do súkromných rúk, sa zvýšila finančná záťaž obyvateľstva na výdavky na zdravie, znížila sa dostupnosť zdravotníckych služieb, vzrástli náklady poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ale nezvýšili sa ich príjmy.

Tab. 2 Čisté mesačné príjmy a výdavky domácností nepracujúcich dôchodcov / na 1 člena v Sk

	1997	1998	1999	2000	2001
Príjmy	4557	4695	5028	5445	5908
Výdavky	4510	4904	5212	5576	6110

Zdroj: SÚ SR, 2003

V tejto situácii sa zároveň veľmi nepriaznivo vyvíjal sociálny status starších ľudí. Už v r. 2001 prevyšovali výdavky v domácnosti dôchodcov príjmy:

Od tej doby sa mnohonásobne zvýšili ceny najmä za energiu, ale aj za potraviny, zdravie a ostatné výdavky. Valorizácia dôchodkov nestačila držať krok s vývojom cien. Pritom je známe, že zhoršujúca sa sociálna situácia dôchodcov priamo vplyva na ich zdravotný stav.

Rozvoj geriatrických služieb, odrážajúci sa v náraste počtu lôžok a počtu ambulancií, sa zdá byť v tejto situácii pozitívnym faktorom.

Ako vyplýva z prehľadu, zvýšil sa počet geriatrických ambulancií a Liečební (oddelení) pre dlhodobu chorých, čo je výsledkom finančnej politiky poisťovní a znižovania počtu akútnych postelí. Viac ako polovica novo vzniknutých Oddelení pre dlhodobú starostlivosť postráda lekárov s atestáciou z geriatrie.

Treba pritom spomenúť, že Ministerstvo zdravotníctva SR, ktoré je zodpovedné samozrejme najmä za metodické riadenie zdravotníctva, uverejnilo v roku 2004 v rámci prípravy zákona o dlhodobej starostlivosti tabuľku, v ktorej uviedlo kapacity zariadení, slúžiace tomuto typu sta-

rostlivosti. V tabuľke 3 sú pomiešané akútne aj chronické lôžka, doliečovacie lôžka, ktoré oficiálne ani nepatria do odboru geriatrie a ošetrovateľské lôžka, ktoré majú charakter sociálnych lôžok.

Tab. 3 Vybrané geriatrické zariadenia v rokoch 2000-2005

Typ zariadenia	2000	2003	2005
Geriatrická ambulancia	30		50
Geriatrické oddelenie	20/882 lôžok	21/799 lôžok	19
LDCH/ODCH	29/1416 lôžok	53/1944 lôžok	46
Oddelenia a lôžka spolu	49/2298 lôžok	74/2743 lôžok	65
Zdroj: Úzis 2001, 2003, Zdravotné poisťovne 2005			

Tab. 4 Oddelenia geriatrickej, dlhodobo chorých, doliečovacie a ošetrovateľské - SR, 2002

Počet seniorov, starších ako 65 rokov	615205
Počet lôžok na vybraných oddeleniach	4036
Počet hospitalizovaných na vybraných oddeleniach	48543
Počet seniorov, ktorí dostali službu	7,9 %
<i>Zdroj: MZ SR, 2004</i>	

Spomenutý zákon o dlhodobej starostlivosti, ktorého charakteristickou črtou je skutočnosť, že prenesie finančné bremeno starostlivosti o približne 250 000 starších ľudí, čiastočne odkázaných na pomoc, zo štátu na samotných klientov, obce alebo samosprávne kraje, teda na subjekty, ktoré nedisponujú potrebnými finančnými prostriedkami, sa zatiaľ nepodarilo realizovať vďaka nezhodám medzi Ministerstvom zdravotníctva a Ministerstvom práce, sociál-

ných vecí a rodiny. Zákon zároveň ohrozuje geriatrickej ako odbor, pretože predpokladá zánik časti zdravotníckych geriatrických lôžok a ich transformáciu na lôžka sociálne, bez zodpovedajúcej zdravotnej starostlivosti.

Záverom sa dá konštatovať:

1. Zdravotný stav starších ľudí sa naďalej zhoršuje najmä pod vplyvom nepriaznivého sociálneho vývoja.

2. Zhoršuje sa kvalita a dostupnosť zdravotníckych služieb pre starších občanov.

3. Všetky nedostatky prebiehajúcej zdravotnej reformy sa vzťahujú na starších pacientov, na geriatrickej ako poskytovateľov starostlivosti a na geriatrickej ako na medicínsky odbor.

4. Starší ľudia ako spoločenská skupina sú naďalej odsúvaní na perifériu záujmu spoločnosti, čo v zdravotníctve platí zvlášť významne.

Prof. MUDr. Ladislav Hegyi, DrSc.
Prof. MUDr. Štefan Krajčík, CSc.

Fenomén tzv. idiopatickej a symptomatickej epilepsie z hľadiska vekových kategórií

5
Geriatrics
3/2005

B. Kollár, P. Varsik, D. Buranová,
P. Kučera, J. Štofko

(I. Neurologická klinika FN a LFUK, Bratislava, Slovenská Republika
Prednosta: prof. MUDr. Pavol Traubner, PhD.)

Súhrn

Medzinárodná klasifikácia ILAE z roku 1989 klasifikuje epilepsie z etiopatogenetického hľadiska na idiopatické, symptomatické a kryptogénne. Zatiaľ čo pojem symptomatickej epilepsie je každému jasný, pojmy idiopatickej a kryptogénnej epilepsie sa svojím významom prakticky kryjú, pretože ani u jednej z nich nie je jasná alebo objasnená príčina epileptických záchvatov. Kryptogénna epilepsia sa však považuje za epilepsiu „pravdepodobne symptomatickú“.

Naša pracovná skupina sa vysporiadala s týmto problémom tak, že u tzv. fenoménu idiopatickej a kryptogénnej epilepsie sa pomocou používaného 5-stupňového diagnostického algoritmu veľmi ciele a dôsledne snaží znižovať počet takto uzatvorených prípadov, ktorý dľa literárnych údajov tvorí až 70-80% z celkového množstva epilepsií. Diagnózu idiopatickej epilepsie považujeme skôr za diagnostické zlyhanie a používame ju skutočne iba v prípadoch, keď náš diagnostický algoritmus zlyhá.

Každé vekové obdobie má z pohľadu etiológie epilepsie svoje špecifiká. U epilepsie objavujúcej sa v období detského veku a adolescencie sú najčastejšou vyvolávajúcou príčinou vývojové genetické, respektíve v gestácii akvírované poruchy, v pokročilom dospelom seniorskom veku dominujú cerebrovaskulárne ochorenia nasledované tumorom mozgu a kraniocerebrálnymi traumami. Keďže epileptický syndróm je často z etiologického hľadiska polyetiologickým syndrómom, veľmi často sa najmä u niektorých typov metabolicko-toxických epileptických syndrémov diskutuje i o možnosti vývojových mikrodysplázií, ktoré môžu slúžiť ako potencionálne origo a spúšťacích faktoroch manifestácie epileptického záchvatu.

Kľúčové slová: epilepsia idiopatická - epilepsia symptomatická - epilepsia z hľadiska vekových kategórií

Zdravotně sociální problematika ošetřovaných v agenturách domácí zdravotní péče

L. Čeledová, * H. Dolanský, ** H. Zavázalová, *** K. Zikmundová,***
(* MZ ČR
**Hutnická zaměstnanecká pojišťovna
*** Ústav sociálního lékařství LF UK v Plzni)

Souhrn

Studie přibližuje hodnocení zdravotně sociální problematiky seniorů-pojištěnců ošetřovaných v agenturách domácí zdravotní péče (ADP). Výsledky hodnocení odbornými pracovníky Zdravotně sociální fakulty (ZSF) Ostravské univerzity porovnávají s výsledky průzkumu provedeným revizním lékařem Hutnické zaměstnanecké pojišťovny (HZP) nepřinesly zásadní rozdíly v porovnávání komplexního hodnocení zdravotního stavu, potřeb a problémů.

Klíčová slova: seniři-klienti - pojištěnci - zdravotně-sociální problematika - ošetrovatelská péče - komplexní hodnocení zdravotního stavu, potreby a problémů seniorů

Zdravotně sociální problematika ošetřovaných v agenturách domácí zdravotní péče

L. Čeledová, * H. Dolanský, ** H. Zavázalová, *** K. Zikmundová,***
(* MZ ČR

**Hutnická zaměstnanecká pojišťovna

*** Ústav sociálního lékařství LF UK v Plzni)

Souhrn

Studie přibližuje hodnocení zdravotně sociální problematiky seniorů-pojištěnců ošetřovaných v agenturách domácí zdravotní péče (ADP). Výsledky hodnocení odbornými pracovníky Zdravotně sociální fakulty (ZSF) Ostravské univerzity porovnáváné s výsledky průzkumu provedeným revizním lékařem Hutnické zaměstnanecké pojišťovny (HZP) nepřinesly zásadní rozdíly v porovnávání komplexního hodnocení zdravotního stavu, potřeb a problémů.

Klíčová slova: seniři-klienti - pojištěnci - zdravotně-sociální problematika - ošetrovatelská péče - komplexní hodnocení zdravotního stavu, potřeb a problémů seniorů

Radosti a starosti občanů vyššího věku

J. Kotrba, V. Zaremba, H. Zavázalová, K. Zikmundová
(Ústav sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Plzni
Vedoucí: Doc. MUDr. Helena Zavázalová CSc.)

Souhrn

Cílem šetření bylo zjistit obtížné druhy prací spojených s udržováním domácnosti a současně i oblíbené činnosti, nejčastější radosti a starosti a spokojenost občanů starších 60 let věku. Šetření bylo provedeno metodou rozhovoru u souboru 615 pacientů praktických lékařů plzeňské oblasti, realizovaného v letech 2001-2002. Největší obtíže způsobuje starším občanům úklid domácnosti (18%) a pro téměř desetinu (9,4 %) jsou obtížné všechny domácí práce. Starší občané nejčastěji vyhledávají kulturní akce (36,6 %). Oblíbili si i domácí práce, cestování, pomoc dětem a péči o zvířata. Největší radosti starším občanům přinášejí děti a vnuci (57,9 %), největší starosti způsobuje jejich současný zdravotní stav (43,1 %) a největší obavy z budoucnosti jim působí možnost zhoršení zdravotního stavu a samota. Více než čtyři pětiny občanů vyššího věku (86,5 %) uvádějí, že byli ve svém životě častěji spokojeni než nespokojeni. Získané poznatky je možno uplatnit při plánování zdravotních a sociálních služeb pro občany vyššího věku podle jejich skutečných potřeb a tím přispět ke zlepšení kvality jejich života.

Klíčová slova: občané vyššího věku - radosti a starosti - spokojenost v životě

Postoj studentů Střední zdravotnické školy k umírání a smrti

7
Geriatría
3/2005

J. Kelnarová, J. Kunovský
(Střední zdravotnická škola, Brno, Jaselská 7/9
ředitelka PhDr. Jarmila Kelnarová)

Souhrn

Umírání a smrt je součástí našeho života. Anonymním dotazníkem bylo zjišťováno, jaký postoj zaujmají studenti Střední zdravotnické školy k problematice umírání a smrti. Získané statistické výsledky z vlastního sestaveného dotazníku jsou pouze první etapou při hledání odpovědi na skutečnost týkající se umírání a smrti.

***Klíčová slova:** ošetrovatelská péče o umírající - beznadějný zdravotní stav - stres z umírání - smrt - pohřeb*

Senioři a volný čas

H. Zavázalová, K. Zikmundová, V. Zaremba, F. Lavička
(Ústav sociálního lékařství LF UK v Plzni)

Souhrn

Aktivitu jako důležitý prostředek prevence předčasného stárnutí je třeba rozvíjet a podporovat nejen ve středním věku, ale také ve věku pokročilém

S přibývajícím věkem se mění možnosti realizace aktivní činnosti. Možnosti aktivity jsou dány zdravotním stavem seniora i nabídkou v komunitě. Aktivita ve vyšším věku je odrazem celého způsobu života, ovlivňuje ji vzdělání, názory a postoje jedince. Ztíženou možnost pracovní aktivity lze ve vyšším věku suplovat aktivitami náhradními. V souboru seniorů, navštěvujících Univerzitu třetího věku jsme zjišťovali některé názory na způsob života ve stáří. Jedná se o velice aktivní, relativně zdravé seniory, kteří si význam aktivity uvědomují, pokračují v rozvoji svých zájmů a zálib, cestují, chodí na procházky, ale žijí i společensky

(navštěvují divadelní představení, účastní se zájezdů apod). Radost jim dělá i péče o vnoučata.

V souboru pacientů nad 60 let věku, které navštívily ordinace praktického lékaře jsme zjistili menší aktivitu. Téměř pětina z nich nechodí vůbec na procházky, skoro dvě třetiny vůbec necvičí, podstatně více kouří nežli posluchači U3V a pouze 11% nebere léky.

Udržování fyzické, psychické, pracovní i mimopracovní aktivity a také společenských kontaktů patří mezi účinné prostředky prevence sociální izolace, závislosti na pomoci druhé osoby a zlepšují kvalitu života seniora.

***Klíčová slova:** aktivita - záliby - vzdělávání - životní styl - senioři*

Možnosti a limity liečby terminálne chorých

L. Smoleňová, A. Dóczeová
(Klinika paliatívnej starostlivosti bl. Zdenky Schelingovej
Fakultná nemocnica Trnava
prednostka: doc. MUDr. L. Smoleňová, CSc.)

Súhrn

Stratégia starostlivosti o terminálne chorých vychádza zo zásady zlepšiť kvalitu zostávajúceho zvyšku života chorého liečbou a zmiernením symptómov vyplývajúcich z nevyliciteľnej choroby. Okrem odstraňovania somatických ťažkostí je veľmi dôležité zohľadňovať i emočné, spirituálne a sociálne potreby. Pri rozhodovaní o spôsobe a intenzite liečby je vždy podstatné rozhodnúť, kedy je už pacient v terminálnej fáze, ktorá môže byť individuálne rôzne dlhá a vyžaduje si v jednotlivých etapách špecifický prístup. Práca sa zaoberá najčastejšími sprievodnými symptómami a ich liečbou v terminálnych fázach choroby, možnými rizikami, vedľajšími účinkami a limitovaným benefitom liečby.

Kľúčové slová: hospice - holistický prístup - paliatívna starostlivosť - symptomatická liečba - terminálne stavy

Manažment staršieho pacienta s defektom na dolnej končatine (1. časť)

T. Kopal
(Kožné oddelenie NsP Považská Bystrica)

Súhrn

Liečba defektov kože na dolných končatinách je finančne, časovo aj ošetrovateľsky náročná činnosť. Prvým krokom v manažmente vredu je určenie jeho príčiny. Väčšina defektov na dolných končatinách je venózneho pôvodu, menej časté sú arteriálne, neuropatické a iné vedy. Nasleduje eliminácia príčiny vredu a efektívna celková a lokálna liečba vredu - klasické alebo moderné, vlhké ošetrovanie rán a v prípade potreby kompresívnu liečbu. Liečba vredov na dolných končatinách vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu lekárov. Nevyhnutnou súčasťou starostlivosti je dôkladná edukácia pacienta.

Kľúčové slová: vred - terén - vlhká terapia - kompresívna liečba