



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Simona Cejpová

Seniorská populace v Libereckém a Pardubickém kraji
Senior population in Liberec and Pardubice region

Bakalářská práce

Česká Lípa 2009

Autor práce: Simona Cejpová

Studijní program: Veřejné zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Specializace ve zdravotnictví

Vedoucí práce: PhDr. Eva Křížová Ph.D.

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LF UK**

Datum a rok obhajoby: 4.9.2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V České Lípě dne 28.srpna 2009

Simona Cejpová

OBSAH

ÚVOD.....	5
1. PROGRAM „ZDRAVÍ 21“.....	8
2. STÁRNUTÍ POPULACE V ČR	11
2.1 DEFINICE STÁŘÍ.....	11
2.2 PROJEKCE OBYVATEL DO ROKU 2050 V ČR	12
2.3 STROM ŽIVOTA ČR	14
2.4 NÁRODNÍ PROGRAM PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ.....	15
3. LIBERECKÝ KRAJ.....	17
3.1 POPIS KRAJE	17
3.2 STRUKTURA OBYVATEL, POČET OBYVATEL.....	18
3.2.1 <i>Střední stav a pohyb obyvatelstva v roce 2007</i>	19
3.2.2 <i>Index stáří, index ekonomického zatížení, průměrný věk</i>	19
3.2.3 <i>Zdravotnická zařízení, počet lékařů, domácí zdravotní péče</i>	20
3.3 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA – VE VĚKU 65 LET	23
3.3.1 <i>Střední délka života při narození</i>	23
3.4 STANDARDIZOVANÁ ÚMRTNOST (SDR).....	24
3.4.1 <i>Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění</i>	25
3.4.2 <i>Standardizovaná úmrtnost na nádorová onemocnění</i>	25
3.4.3 <i>Standardizovaná úmrtnost podle příčin úmrtí v roce 2007</i>	26
3.5 PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ DIABETES MELLITUS	27
4. PARDUBICKÝ KRAJ.....	28
4.1 POPIS KRAJE	28
4.2 STRUKTURA OBYVATEL, POČET OBYVATEL.....	29
4.2.1 <i>Střední stav a pohyb obyvatelstva v roce 2007</i>	30
4.2.2 INDEX STÁŘÍ, INDEX EKONOMICKÉHO ZATÍŽENÍ, PRŮMĚRNÝ VĚK	30
4.2.3 <i>Zdravotnická zařízení, počet lékařů, domácí zdravotní péče</i>	31
4.3 STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA – VE VĚKU 65 LET	33
4.3.1 <i>Střední délka života při narození</i>	33
4.4 STANDARDIZOVANÁ ÚMRTNOST (SDR).....	34
4.4.1 <i>Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění</i>	35
4.4.2 <i>Standardizovaná úmrtnost na nádorová onemocnění</i>	35
4.4.3 <i>Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti v roce 2007</i>	36
4.5 PREVALENCE ONEMOCNĚNÍ DIABETES MELLITUS	37
5. POROVNÁNÍ LIBERECKÉHO A PARDUBICKÉHO KRAJE.....	38
5.1 SROVNÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH UKAZATELŮ LIB., PARD.KRAJE A ČR	38
5.2 PROJEKCE OBYVATEL LIBERECKÉHO A PARDUBICKÉHO KRAJE DO ROKU 2050.....	39
6. ZDRAVOTNÍ POLITIKA	44
6.1 LIBERECKÝ KRAJ.....	44
6.1.1 <i>Cíl č. 5 – Zdravé stárnutí</i>	45
6.2 PARDUBICKÝ KRAJ	47
6.2.2 <i>Cíl č. 5 – Zdravé stárnutí</i>	47
ZÁVĚR.....	49
SOUHRN.....	51
SUMMARY.....	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila s ohledem na současnou aktuálnost stárnutí populace. Mým cílem je popsat některé ukazatele zdravotního stavu, vývoj počtu obyvatel a prognózu do roku 2050 v obou krajích. Dále potom ukázat přístup v plnění programu Zdraví pro všechny v 21.století (dále jen „Zdraví 21“) na krajské úrovni ve schválené Zdravotní politice v oblasti seniorské populace.

Demografické stárnutí postihuje od poloviny 20.století všechny vyspělé země. Jedná se o proces, při němž se mění věková struktura obyvatelstva, kdy se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších 15 let.

Ke stárnutí populace přispívá prodlužující se délka života, která je dána zlepšující se zdravotní péčí a zdravějším životním stylem. Je to velmi příznivý ukazatel vývoje lidské společnosti a perspektiva dožít se vysokého věku je nepochybně pro všechny lákavá. Současně ale je třeba si uvědomit, že tento dlouhý život by měl být prožit se všemi radostmi. Cena života je dána zejména jeho kvalitou.

Hlavní podmínkou je maximální soběstačnost, fyzická, psychická, sociální i ekonomická. K udržení soběstačnosti přispívá hlavně jedinec sám. Záleží na jeho osobních vlastnostech a schopnostech. Významnou roli přitom sehrává společnost, která může vytvořit mechanismy podpory. V duchu evropské díkce je třeba vytvářet společnost pro všechny generace (society for all ages) a společnost přátelskou vůči každému věku (age friendly society).

Období stáří nelze brát jako předzvěst konce, ale jako období, které skýtá celou řadu možností. Senioři představují nedoceněnou zásobu dovedností, zkušeností a znalostí. Bylo by vhodné doposud zažité stereotypní pohledy na stárnutí a stáří. Většina evropské společnosti pohlíží na stáří negativně a pokud je apriorní vyřazování starších lidí z činností, které vyžadují zvýšenou odpovědnost a pozornost z vedoucích pozic, můžeme mluvit o ageizmu. Tento přístup ke stáří sice nepřinesla až moderní doba, ale rozhodně se v současnosti prohlubuje. Například v antice byli staří lidé naopak vrcholem kompetencí a moudrosti a až po dosažení alespoň padesáti let věku mohli zastávat nějaký vládní úřad. U amerického domorodého obyvatelstva byli především zdrojem zkušeností

a v době, kdy jejich zdravotní stav nedovoloval plné zapojení do činností, jim byly přenechány jednodušší, mimo jiné i pro to, aby neztráceli pocit potřebnosti.

V souvislosti se zlepšováním zdravotního stavu a snižováním úmrtnosti je nutno zmínit nesprávné obavy, že zvyšování délky života povede ke zvyšování nákladů na léčení velkého množství seniorské populace. Snižování úmrtnosti je totiž cílem a důsledkem lepšího zdravotního stavu obyvatelstva díky účinné prevenci nemocí nebo důsledkem lepší léčby. Zkušenosti vyspělých států dokumentují, že takový vývoj vede ke zlepšování zdatnosti a soběstačnosti starých lidí a ke snižování nákladů na sociální a zdravotní služby. Zvyšování průměrného věku lidí však nemá jen ekonomický, ale i důležitý společenský a etický rozměr.

Je znepokojivé, že naše zdravotní politika stále zdůrazňuje jen kvantitativně ekonomické a kapacitní aspekty dopadů demografických změn, bez zájmu o změnu kvality a komplexní struktury služeb, a o rozvoj geriatrické medicíny a moderních geriatrických přístupů.

V dnešní společnosti jsou staří lidé stavěni spíše na okraj každodenního života, ať už proto, že na ně blízcí nemají dostatek času, nebo „aby měli konečně klid“. Izolace a pocit zbytečnosti jsou však nejčastějším důvodem ztráty kontaktu se světem a ochabování schopnosti vhodně se rozhodovat a postarat se o sebe.

Zachovat seniory co nejdéle v domácím prostředí, k tomu může pomoci i nové financování sociálních služeb, které je v platnosti od 1.ledna 2007 (zákon 108/2006). Tento zákon nově formuloval zhruba třicet nových sociálních služeb, které předtím v zákoně nebyly. Současně byly ustaveny tzv.standardy kvality sociálních služeb, přesně vymezující podmínky, které musí poskytovatelé jednotlivých služeb dodržovat. Filozofií změn bylo přenesení větší rozhodovací kompetence přímo na uživatele služeb, aby mohl sám stanovit, kterou organizaci nebo osobu z příspěvku zaplatí.

Sociální služby jsou poskytovány s cílem zmírnit nebo změnit situaci osob nacházejících se v nepříjemné sociální situaci. Rozvoj sociálních služeb na určitém území by měl zohledňovat pohled uživatele, nebo spíše potřeby cílových skupin.

V Libereckém a Pardubickém kraji je problematika seniorské populace řešena také v rámci zdravotní politiky obou krajů.

Cílem Zdravotní politiky je zlepšit během 10-15 let klíčové ukazatele zdravotního stavu, vytvářet pro to podmínky ve zdravotní péči, v prevenci nemocí a podpoře zdraví a zapojit do této snahy všechny resorty, obce, nevládní organizace, podnikatele a co nejvíce občanů v souladu s evropským programem Světové zdravotnické organizace Zdraví 21, který přijala vláda ČR v říjnu 2002.

1. Program „Zdraví 21“

Jde o dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatel ČR - Zdraví pro všechny v 21. století.

Na 51. světovém shromáždění v květnu 1998 se členské státy Světové zdravotnické organizace usnesly na deklaraci, která formulovala základní politické principy péče o zdraví v jeho nejširších společenských souvislostech. Zdraví a právo na jeho ochranu je v deklaraci, obdobně jako v listině práv a svobod ČR (hlava čtvrtá, článek 31) bráno jako hlavní cíl zlepšování sociálního a hospodářského vývoje. Uskutečňování této zásady vyžaduje spravedlnost a solidaritu, všeobecný přístup ke zdravotním službám, založeným na současných vědeckých poznatcích, dobré kvalitě a udržitelnosti pozitivního rozvoje. Deklarace byla přijata, aby zdůraznila a podpořila program Světové zdravotnické organizace Zdraví pro všechny ve 21. století. Jeho hlavními cíli je ochrana a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život a snížení výskytu nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí. K signatářům deklarace patřila také Česká republika, vědoma si, že zdraví obyvatelstva patří mezi nejvýznamnější priority její činnosti a činnosti všech resortů.

Význam dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky - Zdraví pro všechny v 21. století (dále jen „Zdraví 21“) je v tom, že představuje racionální, dobře strukturovaný model komplexní péče společnosti o zdraví a jeho rozvoj, vypracovaný týmy předních světových odborníků z medicínských oborů a odborníků pro zdravotní politiku a ekonomiku. Pro členské státy Světové zdravotnické organizace je Zdraví 21 podnětem a návodem k vlastnímu řešení otázek péče o zdraví, k vlastním cestám, jak dosáhnout 21 cílů společného evropského programu k povznesení zdravotního stavu národů a regionu. Protože cíle vesměs nejsou stanoveny v absolutních ukazatelích, ale koncipovány jako zlepšení současných národních úrovní, jsou stejně náročné pro státy s různou výchozí úrovní zdraví obyvatelstva.

Důležitým cílem Zdraví 21 je snížit rozdíly ve zdravotním stavu uvnitř států a mezi státy Evropy, protože jsou jedním z prvků sociálních nerovností a faktorem, který může ovlivňovat stabilitu národních společenství a v důsledcích i regionu. Česká republika z tohoto hlediska nepatří mezi země s kritickou úrovní

zdravotního stavu obyvatelstva, není však bez problémů a přes znatelný pokrok dosud nedosáhla parametrů zdraví v nejvyspělejších demokratických průmyslových státech. Úroveň zdraví má výraznou časovou dynamiku a teoretická i reálná hladina zdraví jednotlivce a populace se v prosperujících společnostech stále posunuje výš.

Velký význam přikládá Zdraví 21 účasti všech složek společnosti na zlepšování národního zdraví a společné odpovědnosti všech resortů. Zdraví jako konkrétní důvod spolupráce resortů a jedno z kritérií pro politické rozhodování dosud není běžnou praxí činnosti ministerstev. Jde o zdravotní dopady zásadních rozhodnutí v energetice, dopravě, legislativě, zemědělství, vzdělávání či v daňových otázkách. Je známo, že dopravní obslužnost významně ovlivňuje dostupnost zdravotní péče, že obsah a úroveň vzdělání silně determinují postoje ke zdraví, že důležitým předpokladem dobrého zdraví je sociální úroveň lidí. V některých zemích už se používá hodnocení dopadu strategických rozhodnutí na zdraví (Health impact assessment).

Významným principem Zdraví 21 je EKVITA, což v kontextu programu znamená, že všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál.

Předchůdcem programu Zdraví 21 bylo „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Tento program byl přednesen na mezinárodní konferenci v Alma Atě již v roce 1978 a cílem programu bylo dosáhnout do roku 2000 takové úrovně zdraví lidí na celém světě, která by jim umožnila vést společenský a ekonomicky produktivní život. Primární péče o zdraví byla prostředkem k dosažení cíle, který odpovídá sociálně spravedlivému pokroku.

Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. I když k dosažení co nejlepšího zdraví je velmi důležitá prevence, diagnostika, terapie a rehabilitace, zdravotnické služby samy o sobě zdraví nezajistí. Zdraví lidí je podmíněno tím, zda a do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu a podmínky najdou u všech ostatních i v celé společnosti.

Každé rozhodnutí, ať už na úrovni vlády, parlamentu a senátu nebo v rodině má větší nebo menší zdravotní důsledky. Zdraví nevzniká v nemocnicích, ve

zdravotnických zařízeních. Tam se povětšinou napravuje, co se už pokazilo. Základ zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí.

Cíle programu Zdraví 21

1. Solidarita ve zdraví v Evropském regionu
2. Spravedlivost ve zdraví
3. Zdravý start do života
4. Zdravý mladých
5. Zdravé stárnutí
Dílčí úkol 5.1 Střední délka života a pravděpodobná délka života bez invalidity u 65 letých by se měla prodloužit alespoň o 20 %.

Dílčí úkol 5.2 Nejméně o 50% by se měl zvýšit podíl osob nad 80 let, které dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožní uchovat si autonomii, sebeúctu a své místo ve společnosti.

6. Zlepšení duševního zdraví
7. Prevence infekčních onemocnění
8. Snížení výskytu neinfekčních nemocí
9. Snížení výskytu poranění způsobených násilím a úrazy
10. Zdravé a bezpečné životní prostředí
11. Zdravější životní styl
12. Snížit škody způsobené alkoholem, drogami a tabákem
13. Zdravé místní životní podmínky
14. Zdraví, důležité hledisko v činnosti všech resortů
15. Integrovaný zdravotnický sektor
16. Řízení v zájmu kvality péče
17. Financování zdravotnických služeb a rozdělování zdrojů
18. Příprava zdravotnických pracovníků
19. Výzkum a znalosti v zájmu zdraví
20. Mobilizace partnerů pro zdraví
21. Opatření a postupy směřující ke zdraví pro všechny

Základem Zdravotní politiky kraje je dobrá znalost parametrů zdravotního stavu obyvatelstva. Oba kraje si tedy nejprve zpracovaly přehled o aktuálním zdravotním stavu a podle tohoto se zaměřili jen na některé z cílů Zdraví 21.

2. Stárnutí populace v ČR

2.1 Definice stáří

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jedná se o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických.

Pro jakoukoli práci o seniorech je velice důležité přesně si vymezit tuto skupinu, nebo spíše vymezení přesných kritérií, koho a na základě jakých znaků již budeme považovat za starého. Podle kritérií OSN se obyvatelstvo dělí na tři hlavní věkové skupiny : 0-14 let, 15- 64 let a 65 let a více. Staré obyvatelstvo pak OSN definuje hranicí minimálně 7% osob starších 65 let v populaci. Konvenčně se v současné době pracuje s věkovou hranicí 65 let. Určení věkové hranice stáří je totiž především konvencí a sociálním konstruktem, který vznikl z potřeb administrativy sociálního státu.

Stáří je členěno do tří kategorií. První z nich je **biologické** stáří, jedná se o označení pro konkrétní míru involučních změn daného člověka. Druhou kategorií je **kalendářní** stáří, které je jednoznačně vymezené, ale nepostihuje zcela individuální rozdíly. A poslední ze tří kategorií je **sociální** stáří, to postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. maladaptace na penzionování, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ageismus). Počátkem sociálního stáří je vznik nároku na starobní důchod.

Dle věku lze stáří rozdělit do těchto skupin :

65 -74 let mladí senioři, problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace

75-84 let staří senioři, problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti

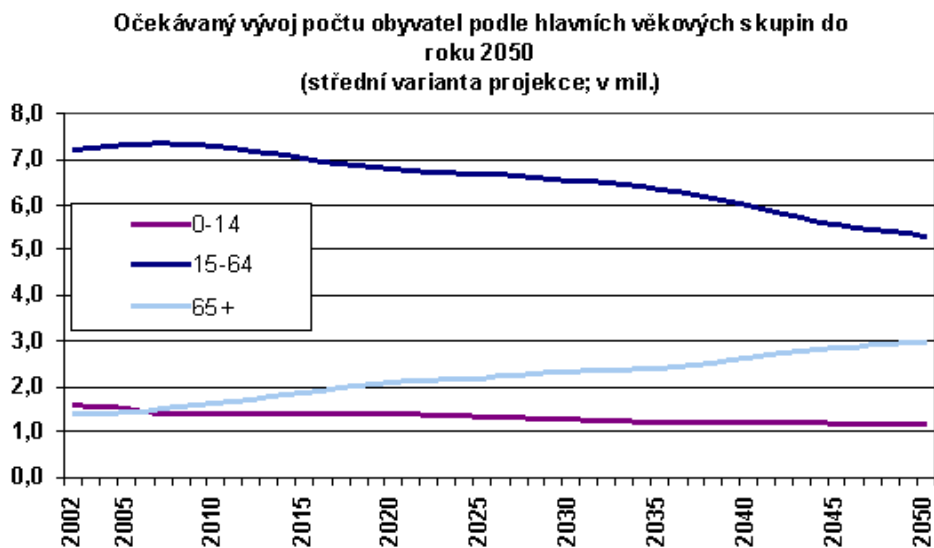
85 a více let velmi staří senioři, problematika soběstačnosti a zabezpečení

Zdroj: Z. Kalvach a kolektiv – Geriatrie a Gerontologie, Grada 2004

K popisu a charakteristice věkové struktury obyvatel jsou používány demografické indexy. Index stáří, který udává počet osob ve věku 60 a více let na 100 dětí ve věku 0 až 14 let a index ekonomického zatížení, udávající počet dětí ve věku 0 až 14 let a počet osob ve věku 60 let a více na 100 osob ve věku 15-59 let.

2.2 Projekce obyvatel do roku 2050 v ČR

K demografickému stárnutí dochází v důsledku změn v charakteru demografické reprodukce a mění se při něm zastoupení dětské a seniorské složky populace. Tento jev může být vyvolán dvěma způsoby. Jedním je relativní zpomalení růstu mladších věkových skupin, které je dáno poklesem plodnosti a porodnosti. Tento typ stárnutí se nazývá „stárnutí v základně věkové pyramidy“. Druhým faktorem je zrychlení růstu počtu seniorské populace, které je důsledkem rychlejšího snižování měr úmrtnosti ve vyšším věku. V tomto případě jde o typ „stárnutí ve vrcholu věkové pyramidy“. Nejčastěji však oba uvedené typy probíhají současně.



Zdroj: Projekce obyvatel ČR do roku 2050, ČSU

Předpokládá se postupný nárůst počtu osob starších 65 let na 3 mil. v roce 2050 (31% populace). Současně půjde o plynulý pokles jak skupiny osob ve věku 0 – 14 let (v roce 2002 15,6% na 12,4% v roce 2050) a skupiny 15 – 64 let (rok 2002 70,5% na 56,3% v roce 2050).



Zdroj: Projekce průměrného věku obyvatel do roku 2050, ČSU

Průměrný věk obyvatel téměř plynule stoupá. V roce 2050 by se měl blížit k 50 letům.

2.3 *Strom života* ČR

Stromy života znázorňují věkovou strukturu v jednotlivých časových obdobích. Jejich tvar se vyvíjí od převážně tradičního (rok 1946) přes jasně regresivní (rok 2010) až po spíše stacionární (rok 2050).



Zdroj: *Strom života*, ČSU

Na věkové struktuře obyvatel České republiky v roce 1946 je vidět hluboký zářez, který byl způsoben výrazným snížením porodnosti v období 1. světové války, nad tímto zářezem je progresivní tvar stejně jako jej získal během

2.světové války. Početně silné poválečné ročníky překročí hranici stáří, kterou je věk 65 let, po roce 2010 a hranici medicínsky významného stáří po roce 2020.

V roce 2010 strom života ukazuje zvýšení porodnosti v období 70.let v důsledku řady vládních pronatalitních opatření (ročníky 1974 a 1975 jsou početně nejsilnějšími generacemi v celé populaci).

Jednoznačně stacionární až regresivní je věková struktura v roce 2050. Průměrný věk by se mohl pohybovat mezi 48 a 50 lety. Nejrychleji začne přibývat osob ve vyšším věku a počet obyvatel starších 85 let by se měl v roce 2050 zpětinásobit.

V současné době tvoří populace nad 65 let věku 14,6% z celkového počtu obyvatel. V roce 2030 to bude 23% z celkového počtu obyvatel. V roce 2050 stoupne počet seniorů nad 31% z populace.

2.4 Národní program přípravy na stárnutí

Česká republika vědoma si otázky stárnutí populace přijala Národní program přípravy na stárnutí. Nejprve na období 2003 – 2007 a následně 2008 – 2012. Jde o strategický dokument, který stanovuje cíle a opatření v konkrétních oblastech v kontextu demografického stárnutí. Cílem je zajistit, aby dílčí politiky adekvátně reagovaly na tyto změny a na potřeby starších lidí. V návaznosti na tento program byla zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí populace, která ve své činnosti usiluje o vytvoření podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stárnutí a aktivní zapojení starších osob do ekonomického a sociálního rozvoje společnosti. Rada má 28 členů a jsou zde zastoupena ministerstva zdravotnictví, financí, vnitra, školství, pro místní rozvoj a dopravy, dále jsou zde zástupci zdravotních pojišťoven, seniorských organizací a nestátních neziskových organizací.

Aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatelů a podpora participace na životě společnosti a ochrany lidských práv jsou cíle programu, které je nutno prosazovat horizontálně napříč sektory a na všech úrovních veřejné zprávy.

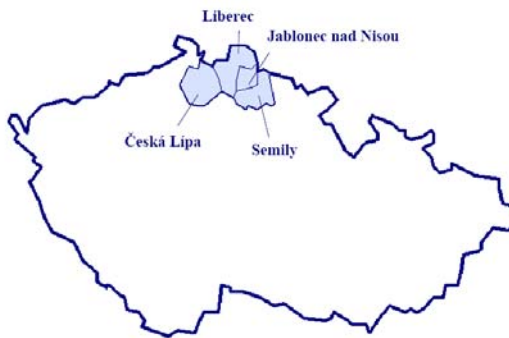
Aktivní a opatření, které vyplývají z programu zahrnují širokou oblast a jejich výčet je značně dlouhý. Pro názornost uvádím jen některé z nich.

Vyhodnocovat dopady reforem a opatření v oblasti důchodového systému, zdravotnictví, bydlení a sociálních služeb na současnou a budoucí situaci starších osob. Podporovat pozitivní pohled veřejnosti na stáří, stárnutí a starší osoby a usilovat o zlepšení mediální kultury ve vztahu k seniorům. Usilovat o snižování sociálních a územních rozdílů v přístupu k veřejným službám, Podporovat zaměstnavatele a zaměstnance investující do zvyšování znalostí a dovedností starších pracovníků. V rámci programu zaměstnanosti nabízet starším osobám speciální programy rekvalifikace a poradenství. Nezaměstnaným osobám starším 50 let povinně nabízet individuální akční plány s komplexním řešením situace. Zvyšovat povědomí o přínosu věkové různorodosti na pracovišti, o dobré praxi v oblasti „age managementu“ a řízení lidských zdrojů, o věkové diskriminaci a ochraně proti diskriminaci. Podporovat vznik moderních technologií, včetně gerontologie. Při podpoře života v přirozeném sociálním prostředí a při zvyšování dostupnosti služeb a zboží, navrhovat a podporovat sociální programy k udržení nezávislého života starších osob a ke zvýšení kvality života seniorů ve venkovských oblastech. Podporovat samosprávy a neziskové organizace při zřizování komunitních center a poradenských míst pro seniory. Předcházet úrazovosti a závislosti starších osob odstraňováním architektonických a dopravních bariér. Přijmout opatření na zvýšení bezpečnosti seniorů v domácím prostředí a v zařízeních zdravotních a sociálních služeb. atd.

3. Liberecký kraj

3.1 Popis kraje

Liberecký kraj tvoří jen 4,0% území celé České republiky. S výjimkou hlavního města Prahy je kraj se svými 3163 km² nejmenším v republice, počtem obyvatel pak druhým nejmenším. Populační vývoj Libereckého kraje se výrazně neodchyluje od vývoje v ostatních krajích České republiky.



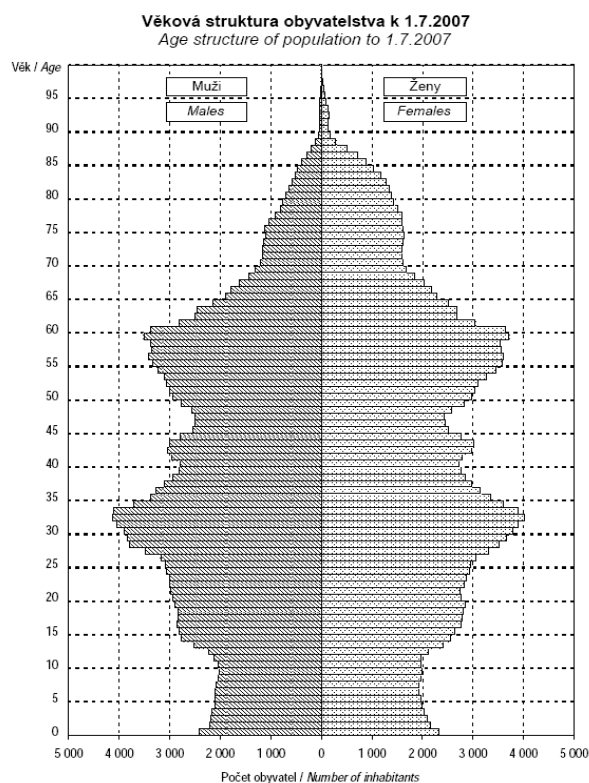
Obyvatelstvo má proti republikovému průměru nepatrně mladší věkovou strukturu. Průměrný věk obyvatel kraje byl v roce 2007 39,8 let, v ČR je to 40 let. Liberecký kraj si ve srovnání s celostátním průměrem udržuje příznivější přirozený i migrační vývoj obyvatel. Liberecký kraj tvoří okresy Liberec, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa a Semily. Věková skladba obyvatel je v jednotlivých oblastech kraje značně rozdílná. Zatímco na Českolipsku patří populace k nejmladším v republice, naopak na Semilsku a Turnovsku je jednou z nejstarších. Postupně dochází ke stárnutí populace v důsledku nízké úrovně porodnosti.

Základní zdravotnickou péči zajišťuje síť ambulantních zařízení a síť lékáren, které odpovídají počtem i strukturou potřebám území. Akutní, následná a rehabilitační péče je zabezpečena stabilizovanou sítí nemocnic (celkem 8 v kraji s 2 633 lůžky), dlouhodobá lůžková péče je poskytována v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Zařízením nadregionální zdravotní péče je Ústav chirurgie ruky a plastické chirurgie ve Vysokém nad Jizerou. V Libereckém kraji jsou dvě lázeňská střediska (Lázně Libverda, Lázně Kunratice), kde se léčí choroby pohybového ústrojí, srdce, krevního oběhu a revmatismus.

3.2 Struktura obyvatel, počet obyvatel

Věková struktura obyvatel kraje kopíruje prognózu ČSU pro ČR, kdy se ukazuje zvýšení porodnosti v 70.letech. Silné poválečné ročníky překročí hranici počínajícího stáří, kterou je věk 65 let, po roce 2010.

Obr.1 Věková struktura obyvatel v LBC kraji



Zdroj :Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2007, UZIS

Tabulka 1 Věkové složení obyvatel

Okres, kraj	Počet obyvatel k 31.12. 2007	ve věkové skupině							
		0-14 let		15-19 let		20-64 let		nad 65 let	
		abs.	v %	abs.	v %	abs.	v %	abs.	v %
Česká Lípa	103 254	16 322	15,81	7 161	6,94	67 985	65,84	11 786	11,41
Jablonec nad Nisou	89 450	12 908	14,43	4 442	4,97	58 535	65,44	12 451	13,92
Liberec	166 547	24 579	14,76	10 271	6,17	108 899	65,39	22 798	13,69
Semily	74 697	10 680	14,30	5 002	6,70	47 250	63,26	11 765	15,75
Liberecký kraj	433 948	64 489	14,86	26 876	6,19	282 669	65,14	58 800	13,55

Zdroj :Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2007, UZIS

Okres Česká Lípa je nejmladším okresem. Podíl obyvatel ve věku 0-14 let dosahuje nejvyšší hodnoty v kraji 15,81%. Naopak Semilsko je okres s největším počtem osob starších 65 let, kteří tvoří 15,75% obyvatel okresu.

3.2.1 Střední stav a pohyb obyvatelstva v roce 2007

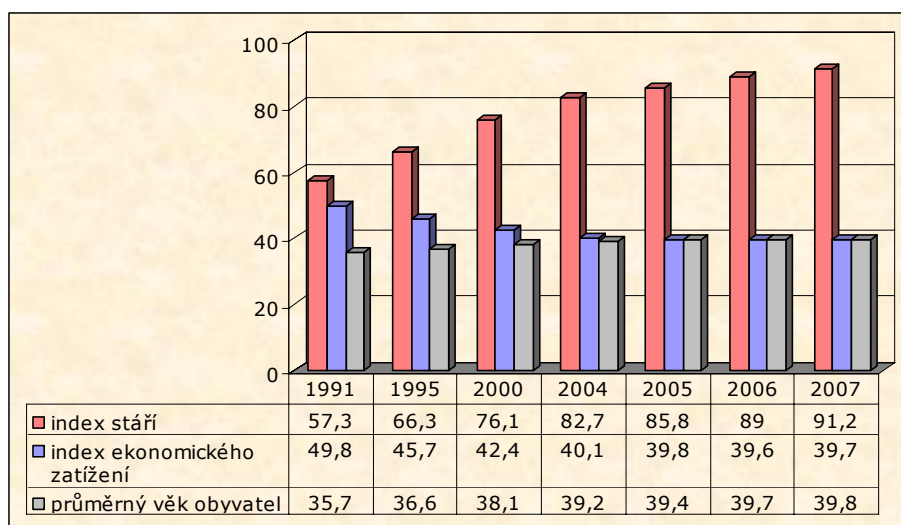
Tabulka 2 Střední stav a pohyb obyvatelstva

Okres, kraj	živě narození	zemřelí			živě narození	zemřelí	přirozený přírůstek	úmrtnost	
		celkem	do 1 roku	do 28 dnů	na 1 000 obyvatel			kojen.	novor.
Česká Lípa	1 294	927	4	2	12,6	9,0	3,6	3,1	1,5
Jablonec nad Nisou	996	892	3	3	11,2	10,0	1,2	3,0	3,0
Liberec	1 976	1657	7	3	11,9	10,0	1,9	3,5	1,5
Semily	779	813	1	1	10,5	10,9	- 0,5	1,3	1,3
Liberecký kraj	5 045	4 289	15	9	11,7	9,9	1,7	3,0	1,8

Zdroj :Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2007, UZIS

Nejvyšší porodnost a přirozený přírůstek je v okrese Česká Lípa, kdy přirozený přírůstek je 3,6 na 1 000 obyvatel. Naopak v okrese Semily má přirozený přírůstek záporné číslo.

3.2.2 Index stáří, index ekonomického zatížení, průměrný věk



Index stáří (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí 0 -14 let) se od roku 1991 zvyšoval až na hodnotu 91,2. Hodnota indexu stáří je poměrně příznivá, počet osob starších 65 let nepřevyšuje počet dětí do 14 let.

Díky poklesu počtu dětí v populaci a naopak mírně rostoucímu počtu osob ve věku ekonomické aktivity se snižuje ekonomická zatíženost obyvatelstva (počet dětí ve věku 0-14 let a počet osob ve věku 65 let a více na 100 osob ve věku 15-64 let). Do věku ekonomické aktivity se dostávají populačně silné ročníky.

3.2.3 Zdravotnická zařízení, počet lékařů, domácí zdravotní péče

Počet nemocnic v Libereckém kraji je od roku 2005 stejný. Pro potřebu seniorské populace není nutné budovat hustší síť zařízení, ale v oblastech s většími vzdálenostmi od zdravotnických zařízení je důležité, aby byla dostatečná dopravní infrastruktura.

Odborné léčebné ústavy – zdravotnická zařízení lůžkové péče (léčebny dlouhodobě nemocných) Jsou určeny pro poskytování specializované lůžkové péče, zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déle trvajícími nemocemi.

Tabulka 3 Zdravotnická zařízení, struktura počtu lékařů

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Nemocnice	11	10	9	8	8	8
lůžka	2 804	2 539	2 637	2 655	2 632	2 633
lékaři (lůžková část)	363	336	373	384	366	371
Odborné léčebné ústavy	11	10	7	6	5	4
lůžka	845	669	507	440	376	376
z toho LDN	5	5	2	1	1	1
lůžka	396	278	126	59	59	59

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Lékaři celkem	1 292	1 374	1 437	1 456	1 447	1 515
z toho v nestátních zařízeních	887	1 313	1 424	1 443	1 435	1 501
na 1 000 obyvatel	3,0	3,2	3,4	3,4	3,4	3,5
Obyvatelé na 1 lékaře	332	312	297	294	297	285
Lékaři v ambulantní péči	868	981	1011	1019	1036	1069
Obyvatelé na 1 lékaře	494	437	423	420	415	404

Zdroj : Český statistický úřad

V roce 2004 pokračovala již započatá reorganizace sítě lůžkových zařízení zřizovaných Libereckým krajem (převzatých po zrušených okresních úřadech). Tentokrát se zaměřením na lůžka následné péče.

Tři lůžková zařízení zanikla jako samostatný právní subjekt a stala se součástí Nemocnice s poliklinikou v České Lípě. Byly to LDN Pod Holým vrchem (nemocnice následné péče), LDN Nový Bor a LDN Jablonné v Podještědí. Zajištění následné péče se neomezilo, protože všechna lůžka byla zachována. Změnila se ale formálně struktura lůžkového fondu, rozšířil se lůžkový fond nemocnic a zúžil se lůžkový fond léčeben pro dlouhodobě nemocné. Od poloviny roku 2005 byla potom LDN Jablonec nad Nisou převedena pod Nemocnici Jablonec nad Nisou, což opět snížilo lůžkový fond léčeben pro dlouhodobě nemocné.

Snížení počtu lůžkového fondu v nemocnicích i v léčebnách pro dlouhodobě nemocné od roku 1995 může být ukazatelem lepší a kvalitnější zdravotnické péče (snížení doby hospitalizace) a většího využití domácí zdravotní péče.

Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Cílem domácí péče je zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a dále eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatrogenního poškození na zdravotní stav pacientů.

Motivem domácí zdravotní péče jsou rostoucí náklady na nemocniční péči a snaha zkrátit délku hospitalizace, požadavky nemocných na léčbu v domácím prostředí a stárnutí populace a vysoká potřeba kvalitní domácí péče u vyšších věkových skupin.

Tabulka 4 Domácí péče

Liberecký kraj	1996	2000	2005	2007
Domácí péče celkem pacientů	3 559	4 231	3 767	15 106
počet pac.na 10 tis.obyvatel	82,9	98,6	88	183
počet ošetření na 1 pacienta	24,7	24,1	33	42

Zdroj : Domácí zdravotní péče, UZIS

Od roku 1996 vzrostl počet pacientů domácí zdravotní péče čtyřikrát.

Tabulka 5 Uživatelé domácí péče 2007

Celkem pacientů domácí péče	z toho					
	20-64 let	65 a více	chronická on.	akutní on.	pooperační stavy, úrazy	domácí hospicová péče
4 595	1 002	3 586	4 250	586	641	423

Zdroj : Domácí zdravotní péče, UZIS

Uživateli domácí zdravotní péče jsou ve většině případů osoby nad 65 let věku.

V rámci projektu (Výzkum potřeb uživatelů s důrazem na roli nestátního sektoru - VÚPS, v.v.i.Praha – Nešporová, Vidovičová, Svobodová), byly shrnuty následující závěry: pro klienty bývá nejčastějším impulsem pro začátek využívání některé soc.služby zdravotní omezení.

Významný prvek pomoci senioři spatřují v zajišťování stravy, na důležitosti nabývá nejen dostupnost stravy tak její kvalita. Možnost využít pomoc při drobných pracích v domácnosti (úklid, nákup), což pomáhá v prodlužování relativní soběstačnosti.

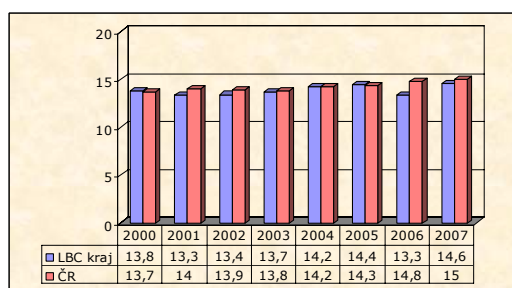
Dotazovaní zmiňovali význam služby při uspokojování potřeb sociálních, jako jsou sociální kontakty, komunikace, a potřeb „psychických“ – zvládnutí obav ze samoty a obav o vlastní bezpečnost.

Pro ucelenou představu o Libereckém kraji je nutné nastínit několik ukazatelů, které vypovídají o zvyšující se délce života a úmrtnostních poměrech. Jsou uvedena i data za Českou republiku pro možnost srovnání.

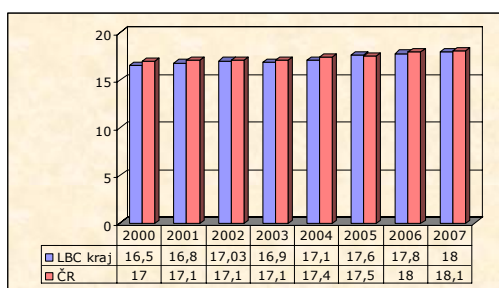
3.3 Střední délka života – ve věku 65 let

Nejvýstižnějším ukazatelem úmrtnostních změn ve stáří je naděje dožití ve věku 65 let. U tohoto ukazatele je možnost posoudit izolovaně úmrtnostní poměry pro věkovou skupinu např. 65-80 let.

Obr. 2 Střední délka života - 65 let muži



Obr.3 Střední délka života - 65 let ženy

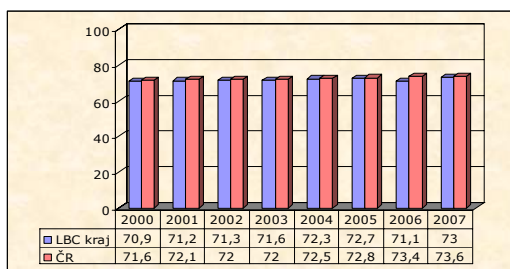


Jednotlivé hodnoty ukazují naději dožití (střední délku života) v letech, pokud se muž či žena dožijí věku 65 let. Během posledních 8 let vzrostla naděje dožití u mužů v Libereckém kraji o 1,3 a u žen o 1,5 roku. V roce 2007 se muži v 65 letech ještě dožijí 14,6 roku a ženy 18 let. Ženy dosáhly největšího rozdílu oproti mužům v roce 2006 a to 4,5 roku a v průměru se dožijí o 3,4 let více než muži. Oproti ČR je v kraji střední délka života v 65 letech u mužů i žen nižší.

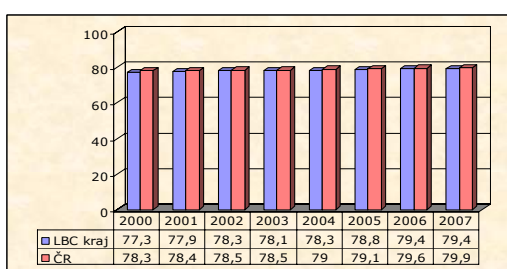
3.3.1 Střední délka života při narození

Za kraje je střední délka života počítána jako dvouletý průměr. Jedná se o výpočet průměrného počtu let, kterého se může daná osoba dožít, jestliže budou zachovány stávající úmrtnostní poměry po zbytek jejího života.

Obr.4 Střední délka života při narození muži



Obr.5 Střední délka života při narození ženy

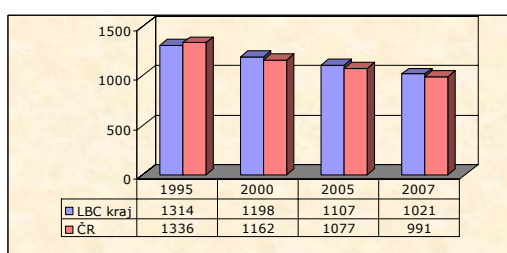


Od roku 2000 se hodnota střední délky života v Libereckém kraji i ČR u mužů i žen zvyšuje (muži o 2 roky, ženy o 1,8 let). Ženy v Libereckém kraji se v průměru od roku 2000 do roku 2007 dožívají o 6,7 let více než muži. V roce 2007 potom u nich byla hodnota střední délky života 79,4 let, zatímco u mužů 73 let. Muži i ženy v ČR mají možnost dožít se vyššího věku než muži a ženy v Libereckém kraji (v průměru muži o 0,8 roku, ženy o 0,5 roku).

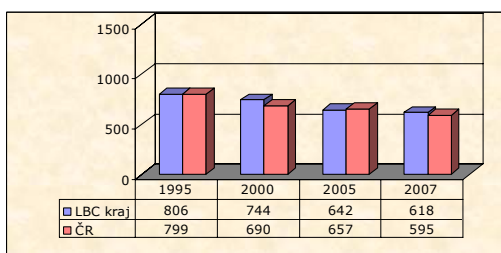
3.4 Standardizovaná úmrtnost (SDR)

Teoretická intenzita úmrtnosti (na 100 000 osob) reálné populace s určitým věkově specifickým profilem úmrtnosti za předpokladu věkové struktury populace odpovídající tzv. Evropskému standardu.

Obr.6 Standardizovaná úmrtnost muži



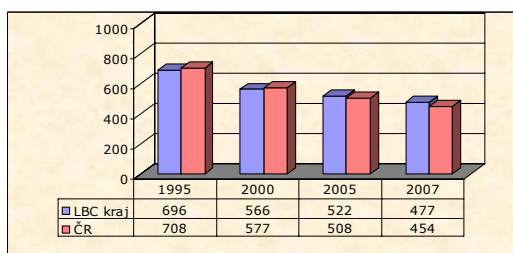
Obr.7 Standardizovaná úmrtnost ženy



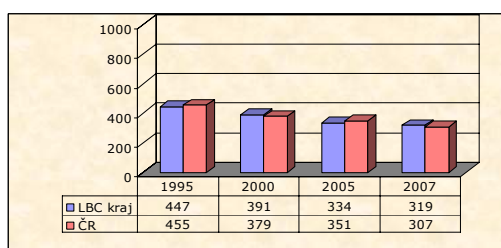
V Libereckém kraji i v ČR se standardizovaná úmrtnost od roku 1995 snižuje jak u mužů tak u žen a ženy dosahují nižší úmrtnosti než muži průměrně o 40%. Liberecký kraj zaznamenal pokles úmrtnosti v roce 2007 u mužů oproti roku 1995 o 22%. U žen byl pokles o 23%. V ČR byl pokles mezi roky 1995 a 2007 vyšší (muži 26%, ženy 25%). Česká republika měla vyšší hodnoty u mužů jen v roce 1995, kdy počet zemřelých byl 1336 (Lbc kraj 1314) a u žen v roce 2005 657 (Lbc kraj 642).

3.4.1 Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění

Obr.8 SDR na kardiovaskulární on.muži



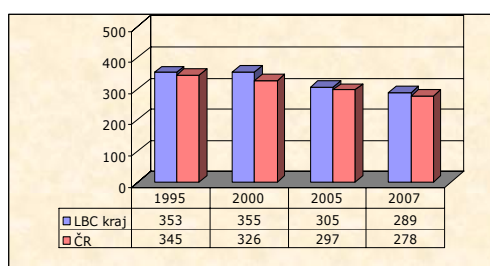
Obr.9 SDR na kardiovaskulární on.ženy



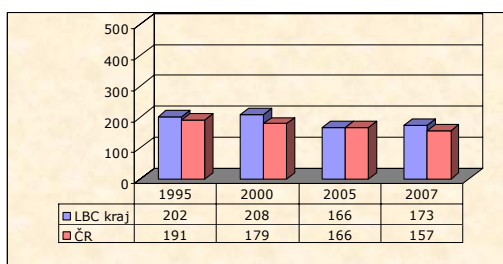
U standardizované úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění dochází k poklesu od roku 1995 u mužů i žen v Libereckém kraji průměrně o 30%. ČR má za sledované období vyšší pokles hodnot (muži 36%, ženy 33%). I v tomto ukazateli mají ženy nižší úmrtnost než muži, kdy 33% je stejné pro kraj i ČR. Poslední sledovaný rok 2007 umírá v Libereckém kraji na kardiovaskulární onemocnění 477 mužů (na 100 tisíc mužů) a 319 žen (na 100 tisíc žen). V České republice umírá v průměru méně mužů než v kraji a průměrné hodnoty žen jsou s Libereckým krajem srovnatelné.

3.4.2 Standardizovaná úmrtnost na nádorová onemocnění

Obr.10 SDR nádory muži



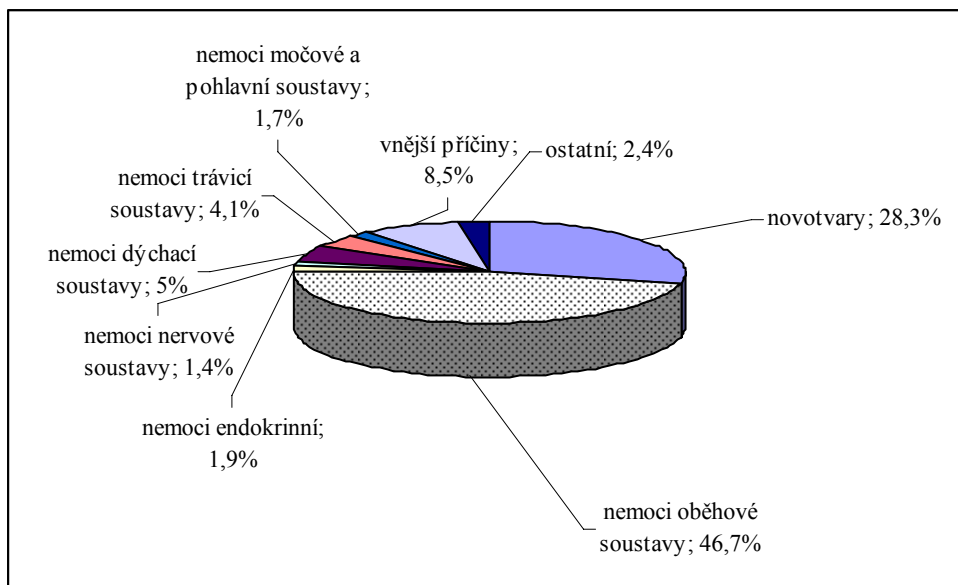
Obr.11 SDR nádory ženy



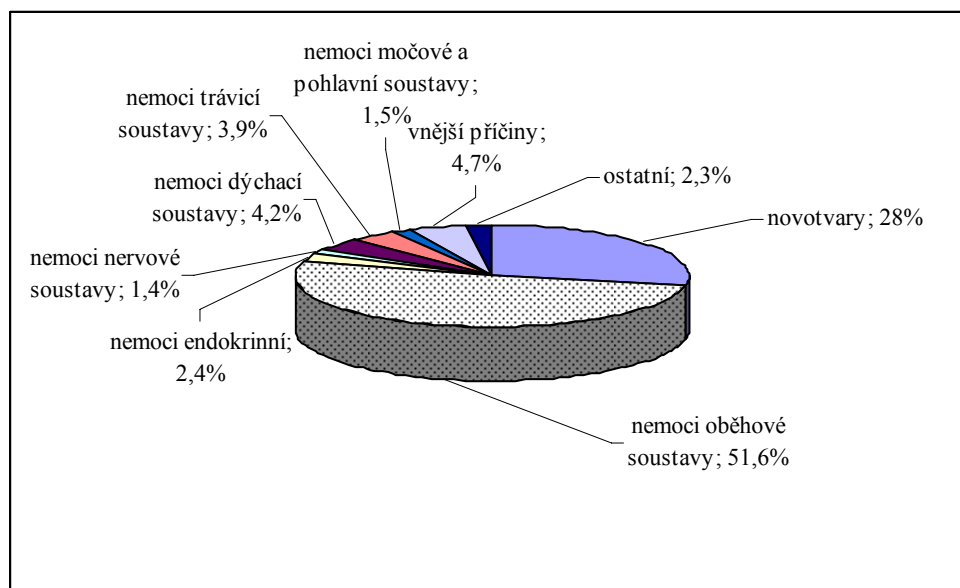
V Libereckém kraji a ČR dosahují ženy nižších hodnot úmrtnosti v průměru o 43% než muži. Klesající tendence je za sledované období u obou pohlaví. Česká republika dosahuje skoro ve všech letech u mužů i žen (jen v roce 2005 byla úmrtnost u žen stejná) nižších hodnot než Liberecký kraj.

3.4.3 Standardizovaná úmrtnost podle příčin úmrtí v roce 2007

Obr.12 Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti - muži



Obr.13 Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti – ženy



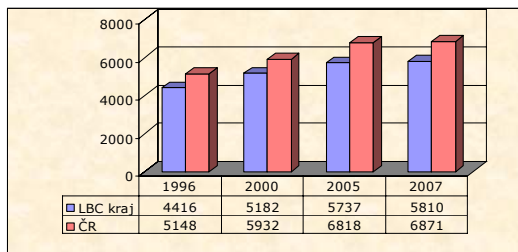
Zdroj: Zdravotnická ročenka LBC kraje 2007, UZIS

Nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci oběhové soustavy, které tvoří zhruba 51% z celkového počtu úmrtí u žen a 47% u mužů. Druhou nejčastější příčinou jsou nádorová onemocnění, která u mužů i žen tvoří 28%.

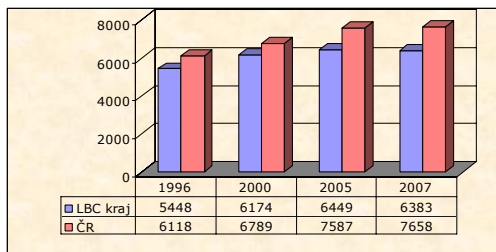
3.5 Prevalence onemocnění diabetes mellitus

Počet případů onemocnění diabetu na 100 tisíc obyvatel (mužů, žen).

Obr.14 Prevalence diabetu muži



Obr.15 Prevalence diabetu ženy



Počet diabetiků stoupá od roku 1996 v kraji i v ČR. U mužů je nárůst vyšší v průměru o 32% (ČR a Liberecký kraj). Ženy v Lbc kraji i v ČR sice dosahují vyššího počtu případů onemocnění (o 12% více než muži), ale nárůst od roku 1996 není tak dramatický, v ČR o 25% a v Libereckém kraji o 17%. V přepočtu na 100 tisíc obyvatel dosahují v Libereckém kraji muži i ženy nižších hodnot než v České republice.

V Libereckém kraji byl celkový počet pacientů v roce 2000 24 421 z toho 55,6% žen. V posledním sledovaném roce 2007 bylo evidováno celkem 26 482 pacientů z toho 53% žen. Pokud bychom sledovali výskyt diabetu dle věkových skupin v kategorii mezi 20. a 30. rokem života je diabetes u 2-3 % populace. Zatímco u osob nad 65 let se vyskytuje až ve 20%. Cílem léčby diabetu ve stáří je zmírnit klinické projevy a zlepšit subjektivní i objektivní stav diabetika.

4. Pardubický kraj

4.1 Popis kraje

Svou rozlohou 4 519 km² (5,7 % rozlohy ČR) je Pardubický kraj pátým nejmenším krajem ČR. Pardubický kraj je složený ze čtyř okresů – Chrudim, Pardubice, Svitavy a Ústí nad Orlicí. Nejlidnatějším okresem Pardubického kraje je okres Pardubice, následují okresy Ústí nad Orlicí, Svitavy a Chrudim.



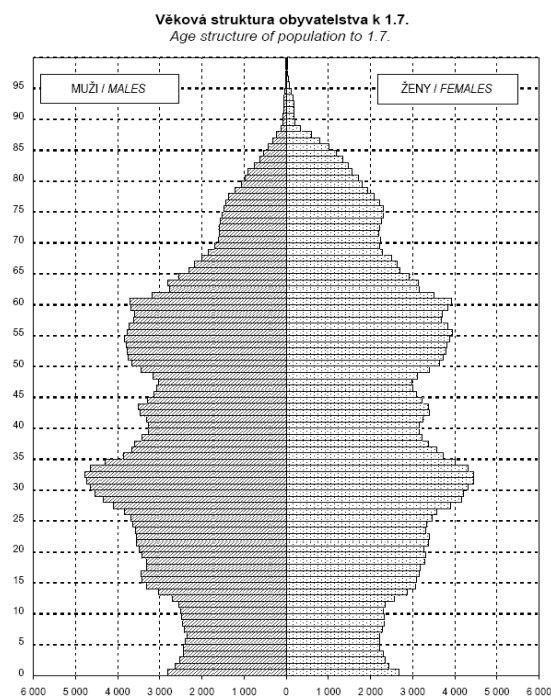
Třemi největšími městy Pardubického kraje jsou Pardubice, Chrudim a Svitavy. Z hlediska věkové struktury obyvatelstva lze v roce 2007 proti roku předchozímu sledovat pokračující pokles počtu obyvatel ve skupině obyvatel mladších 15 let – oproti roku 2006 o 0,9%, naopak růst byl zaznamenán ve skupině 65letých a starších (o 1,6%). Index stáří (poměr počtu obyvatel 65letých a starších k obyvatelstvu mladšímu 15 let) přitom dosahoval v roce 2007 hodnoty 100,6 (98,1 v roce 2006). Zatímco u žen dosáhl v roce 2007 index stáří hodnoty 125,0, u mužů to bylo pouhých 77,8. Tento rozdíl je způsobený zejména nižším průměrným věkem při úmrtí u mužů, ale i vyšším podílem narozených chlapců. V oblasti zdravotnictví působilo v roce 2007 na území Pardubického kraje 10 nemocnic s 2 681 lůžky, 6 odborných léčebných ústavů s 1 196 lůžky, z toho 2 léčebny pro dlouhodobě nemocné se 186 lůžky, dále 142 lékáren včetně odloučených oddělení výdeje léčiv.

V Pardubickém kraji je jedno lázeňské středisko (Lázně Bohdaneč), které slouží k léčbě pohybového aparátu s orientací na zánětlivá revmatologická onemocnění. Velmi dobrého jména dosáhly lázně v oblasti rehabilitace totálních endoprotéz.

4.2 Struktura obyvatel, počet obyvatel

Věkové složení obyvatel Pardubického kraje ovlivnil prudký pokles porodnosti v první polovině 90. let 20. století, následná stagnace ročních počtů narozených dětí a mírný vzestup jejich počtu v posledních letech. Tento vývoj od počátku 90. let minulého století vytvořil další výrazný „zářez“ v základně věkové pyramidy .

Obr.16 Věková struktura obyvatel v Pardubickém kraji



Zdroj :Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2007, UZIS

Tabulka 6 Věkové složení obyvatel

Okres, kraj	Počet obyvatel k 31.12. 2007	ve věkové skupině							
		0-14 let		15-19 let		20-64 let		nad 65 let	
		abs.	v %	abs.	v %	abs.	v %	abs.	v %
Pardubice	163 926	22 406	13,67	9 704	5,92	105 865	64,58	25 951	15,83
Chrudim	103 860	15 379	14,81	6 987	6,73	65 855	63,41	15 639	15,06
Svitavy	104 756	16 190	15,35	6 920	6,61	66 874	63,84	14 772	14,10
Ústí nad Orlicí	138 858	21 379	15,40	9 402	6,77	88 609	63,81	19 468	14,02
Pardubický kraj	511 400	75 354	14,70	33 013	6,46	327 203	63,98	75 830	14,83

Zdroj :Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2007, UZIS

V Pardubickém kraji má okres Pardubice nejvyšší zastoupení osob 65 a více letých (15,83), je tedy nejstarším okresem kraje. Naopak nejmladším je okres Ústí nad Orlicí, kde procento 0-14 letých dosahuje 15,4%.

4.2.1 Střední stav a pohyb obyvatelstva v roce 2007

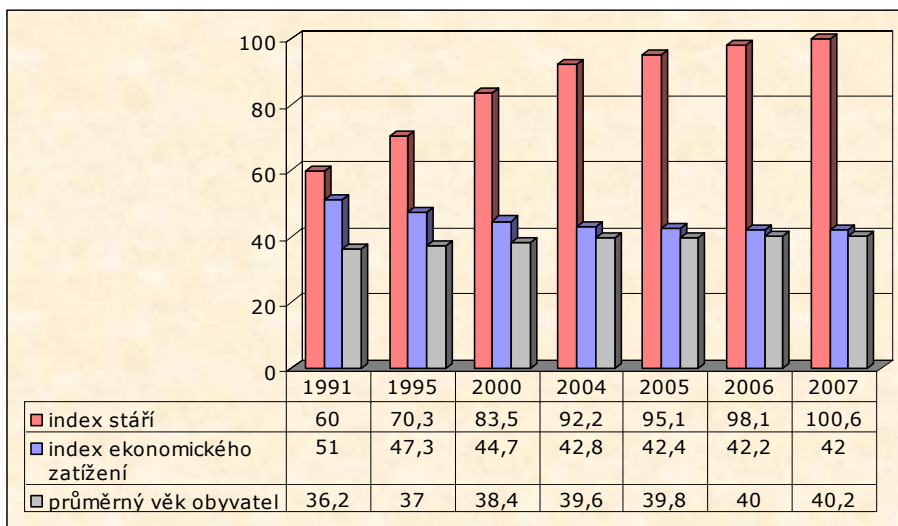
Tabulka 7 Střední stav a pohyb obyvatel

Okres, kraj	živě narození	zemřelí			živě narození	zemřelí	přirozený přírůstek	úmrtnost	
		celkem	do 1 roku	do 28 dnů	na 1 000 obyvatel			kojen.	novor.
Pardubice	1 836	1 577	3	3	11,3	9,7	1,6	1,6	1,6
Chrudim	1 126	1 139	4	4	10,9	11,0	- 0,1	3,6	3,6
Svitavy	1 193	1 039	1	1	11,4	9,9	1,5	0,8	0,8
Ústí n. Orlicí	1 554	1 379	7	4	11,2	10,0	1,3	4,5	2,6
Pardubický kraj	5 709	5 134	15	12	11,2	10,1	1,1	2,6	2,1

Zdroj: Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2007, UZIS

V Pardubickém kraji je nejvyšší počet živě narozených a přirozený přírůstek má také nejvyšší hodnotu ze všech 4 okresů. Naopak nejmenší přírůstek je v okrese Chrudim.

4.2.2 Index stáří, index ekonomického zatížení, průměrný věk



Index stáří v roce 2007 překročil hranici 100 osob ve věku 65 a více let na 100 dětí 0-14 let. Jde o ukazatel převahy seniorské populace. Průměrný věk se od roku 1991 zvýšil o 4 roky. Z hlediska ekonomické aktivity se výše sledované

období jeví jako příznivé. Důchodového věku dosáhly početně slabé generace ze třicátých a čtyřicátých let a plně ekonomicky aktivní jsou silné ročníky ze sedmdesátých let.

4.2.3 Zdravotnická zařízení, počet lékařů, domácí zdravotní péče

Tabulka 8 Zdravotnická zařízení, struktura počtu lékařů

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Nemocnice	13	10	10	10	10	10
lůžka	3203	2536	2702	2718	2698	2681
lékaři (lůžková část)	321,5	280,8	319,8	316,5	324,6	367,6
Odborné léčebné ústavy	10	12	7	7	6	6
lůžka	1422	1569	1254	1262	1196	1196
z toho LDN	6	8	3	3	2	2
lůžka	368	567	252	252	186	186

	1995	2000	2004	2005	2006	2007
Lékaři celkem	1445	1557	1686	1691	1690	1827
z toho v nestátních zařízeních	909	1257	1644	1646	1643	1779
na 1 000 obyvatel	2,8	3,1	3,3	3,3	3,3	3,6
Obyvatelé na 1 lékaře	353	327	300	299	300	279
Lékaři v ambulantní péči	1039	1174	1274	1276	1261	1301
Obyvatelé na 1 lékaře	492	433	397	396	402	391

Zdroj : Český statistický úřad

Lůžková péče byla na území kraje zajišťována 10 nemocnicemi a to již od roku 2000. V roce 2006 bylo na území kraje 6 odborných léčebných ústavů, mezi které patřily i 2 zařízení LDN a lázně. Celkově se dostupný lůžkový fond meziročně snížil o 86 lůžek. Stejně jako v předchozích letech je 6 lůžek z deseti umístěno v nemocnicích, přičemž necelá ¼ je na oddělení následné a ošetrovatelské péče. Snížení dostupného lůžkového fondu od roku 1995 o 748 míst, může být ukazatelem lepší a kvalitnější zdravotnické péče (snížení doby hospitalizace) a většího využití domácí zdravotní péče.

Domácí péčí je zdravotní péče poskytovaná pacientům na základě doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci v jejich vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je zaměřena na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Cílem domácí péče je zajistit maximální rozsah, dostupnost, kvalitu a efektivitu zdravotní péče a dále eliminovat vliv nozokomiálních nákaz a iatrogenního poškození na zdravotní stav pacientů.

Tabulka 9 Domácí péče

Pardubický kraj	1996	2000	2005	2007
Domácí péče celkem pacientů	4 226	8 058	8 636	8 494
počet pac.na 10 tis.obyvateľ	82,9	158,4	170,8	154,3
počet ošetření na 1 pacienta	45,3	29,7	36,7	40,8

Zdroj : Domácí zdravotní péče, UZIS

Počet pacientů od roku 1996 do roku 2007 se zdvojnásobil. Z tohoto čísla je zřejmé, že tato služba se stává vyhledávanou a využívanou.

Tabulka 10 Uživatelé domácí péče 2007

Celkem pacientů domácí péče 2007	z toho					
	20-64 let	65 a více	chronická on.	akutní on.	pooperační stavy,úrazy	domácí hospicová péče
8 963	1 701	7 248	8 171	571	265	1 582

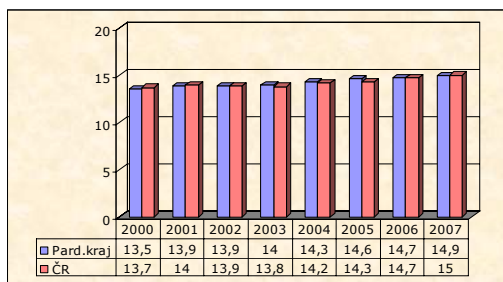
Zdroj : Domácí zdravotní péče, UZIS

V přehledu za rok 2007, osoby které nejvíce využívali služeb domácí péče jsou ve věku 65 let.

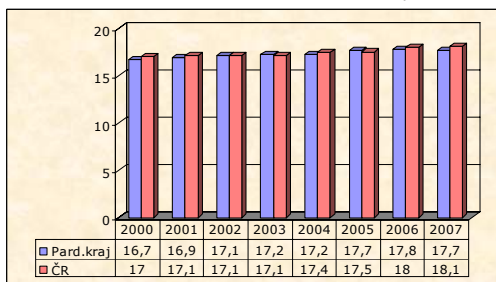
4.3 Střední délka života – ve věku 65 let

Nejvýstižnějším ukazatelem úmrtnostních změn ve stáří je naděje dožití ve věku 65 let.

Obr. 17 Střední délka života - 65 let muži



Obr. 18 Střední délka života - 65 let ženy

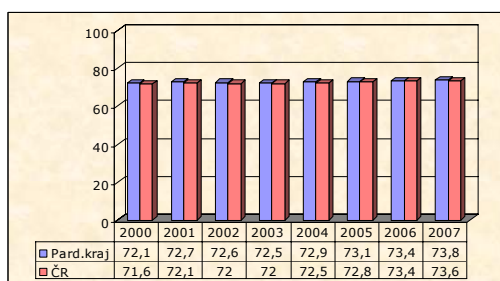


Střední délka života ve věku 65 let u mužů i žen v Pardubickém kraji i ČR za posledních 8 let vzrůstá. Pokud se muž či žena dožijí věku 65 let, jejich naděje dožití je v případě Pardubického kraje u mužů v roce 2000 13,5 roku a v roce 2007 14,9 (prodloužení o 1,4 let) a u žen v roce 2000 16,7 roku, v roce 2007 17,7 (prodloužení o 1 rok). Pardubický kraj i Česká republika má u žen průměrnou naději dožití o 3 roky delší než muži.

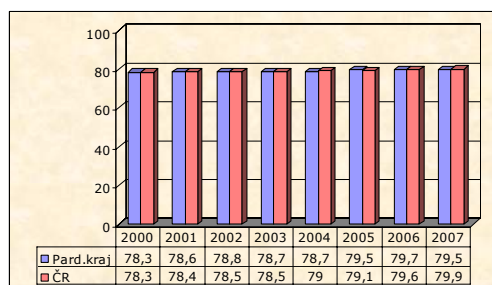
4.3.1 Střední délka života při narození

Za kraje je střední délka života počítána jako dvouletý průměr. Jedná se o výpočet průměrného počtu let, kterého se může daná osoba dožít, jestliže budou zachovány stávající úmrtnostní poměry po zbytek jejího života.

Obr. 19 Střední délka života – při narození muži



Obr.20 Střední délka života – při narození ženy



Od roku 2000 se hodnota střední délky života v Pardubickém kraji i ČR u mužů i žen zvyšuje (muži o 1,9 let, ženy o 1,4 let) . V roce 2007 dosáhla hodnota

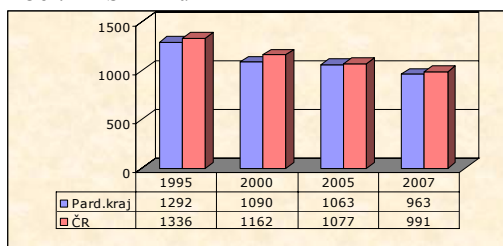
v Pardubickém kraji u mužů 73,8 let a u žen 79,5 let. Ženy kraje i v ČR mají vyšší střední délku života než muži a to v průměru o 6,2 let a její průměrná hodnota je 78,9 let. Muži v ČR mají 0,3 roku menší naději dožití než v kraji.

Pravděpodobná střední délka života se zvyšuje. Cílem je, aby delší život byl také zdravý, aktivní a aby byla redukována míra (disability) postižení ve vyšším věku.

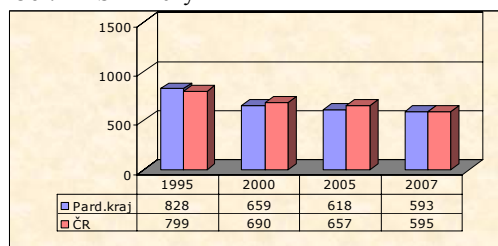
4.4 Standardizovaná úmrtnost (SDR)

Teoretická intenzita úmrtnosti (na 100 000 osob) reálné populace s určitým věkově specifickým profilem úmrtnosti za předpokladu věkové struktury populace odpovídající tzv. Evropskému standardu.

Obr. 21 SDR muži



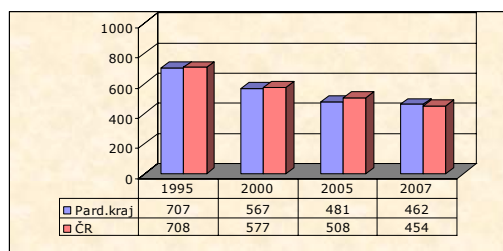
Obr. 22 SDR ženy



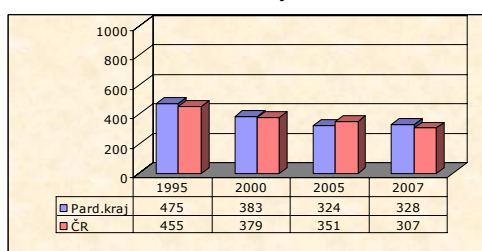
Od roku 1995 má úmrtnost u mužů i žen v ČR i Pardubickém kraji klesající tendenci. V roce 2007 činil pokles úmrtnosti u mužů v Pardubickém kraji oproti roku 1995 25,5% (ČR má stejný procentní pokles). Ženy dosahují poklesu o 28%. V České republice byl pokles u žen nižší (25,6%) než v kraji. Pro Pardubický kraj i ČR je shodná ve všech sledovaných letech nižší úmrtnost žen než mužů. Pardubický kraj vykazoval ve sledovaných letech u obou pohlaví nižší úmrtnost než ČR.

4.4.1 Standardizovaná úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění

Obr. 23 SDR na KVO muži



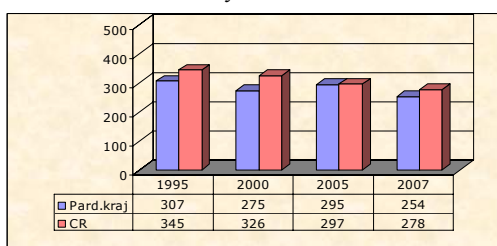
Obr. 24 SDR na KVO ženy



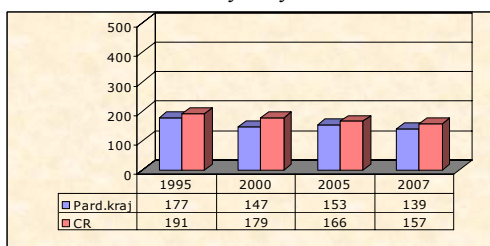
U standardizované úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění dochází od roku 1995 k poklesu u mužů (ČR o 36%, Pard.kraj 34%) i žen (ČR 33%, Pard.kraj 31%). Ženy v Pardubickém kraji i ČR mají oproti mužům nižší úmrtnost v průměru o 33% a v ČR dosahují nižších hodnot. Naopak mužská úmrtnost na kard.onemocnění je v Pardubickém kraji nižší. V roce 2007 umírá v kraji na kardiovaskulární onemocnění 462 mužů (na 100 tisíc mužů) a 328 žen (na 100 tisíc žen).

4.4.2 Standardizovaná úmrtnost na nádorová onemocnění

Obr. 25 SDR na nádory muži



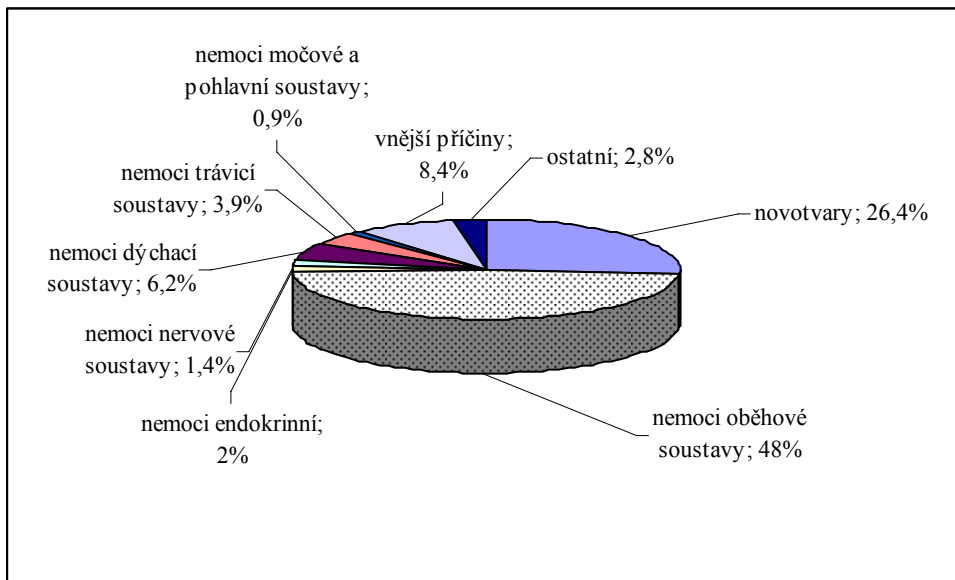
Obr.26 SDR na nádory ženy



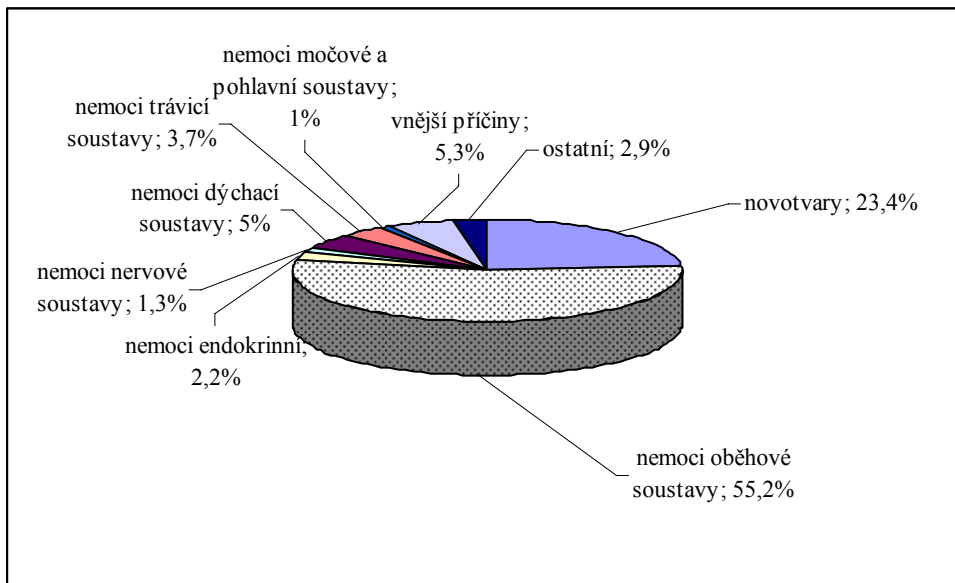
V Pardubickém kraji a ČR dosahují ženy nižších hodnot úmrtnosti v průměru o 44% než muži. Klesající tendence je za sledované období u obou pohlaví. V roce 2005 došlo v Pardubickém kraji k mírnému nárůstu úmrtnosti u mužů a žen, ale počty zemřelých u obou pohlaví jsou ve všech sledovaných letech nižší než v ČR.

4.4.3 Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti v roce 2007

Obr. 27 Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti – muži



Obr. 28 Standardizovaná úmrtnost podle příčin smrti – ženy



Zdroj: Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2007, UZIS

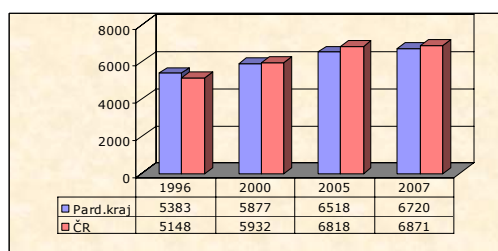
Nejčastější příčinou smrti jsou v Pardubickém kraji nemoci oběhového soustavy (55%), následují novotvary (23%) a vnější příčiny mezi které patří úrazy, otravy a úmyslné sebepoškození. Nemoci oběhové soustavy a novotvary se

staly převažujícími příčinami úmrtí v souvislosti se vzrůstajícím podílem starších osob v populaci. Nejčastější příčinou smrti u osob nad 65 let věku jsou totiž choroby kardiovaskulární a zhoubné novotvary. Dohromady se podílejí na více než 75% úmrtí (Zavázalová, 2001:29). Ikdyž statistiky mohou být problematické, neboť stanovení příčiny smrti je u starších lidí trpících několika onemocněními najednou někdy obtížné.

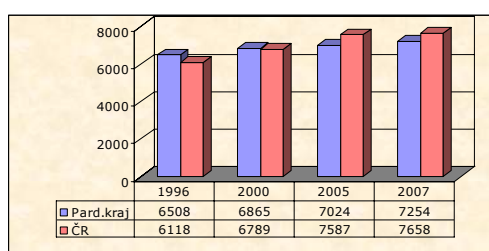
4.5 Prevalence onemocnění diabetes mellitus

Počet případů onemocnění diabetu na 100 tisíc obyvatel (mužů, žen).

Obr. 29 Prevalence diabetu muži



Obr. 30 Prevalence diabetu ženy



Počet případů onemocnění se od roku 1996 zvyšuje jak u mužů tak žen jak v Pardubickém kraji tak v ČR. U mužů je nárůst mezi lety 1996 a 2007 v průměru vyšší (ČR 33%, Pard.kraj o 24%) než u žen. U žen v ČR je nárůst případů onemocnění rychlejší a to o 25%, u žen v kraji jde o 12% nárůst. Ve všech sledovaných letech ženy v ČR i Pardubickém kraji dosahují vyšších hodnot než muži

Celkový počet pacientů s onemocněním diabetu bylo v roce 2000 32 453 z toho 55% žen. Rok 2007 bylo evidováno celkem 35 753 pacientů z toho 53% žen.

5. Porovnání Libereckého a Pardubického kraje

Pardubický kraj tvoří větší rozlohu (5,7%) území ČR než kraj Liberecký (4%). Počet obyvatel dosahoval v roce 2007 511 400 osob, Liberecký kraj 433 948 obyvatel.

5.1 Srovnání zdravotnických ukazatelů Libereckého, Pardubického kraje a ČR

Vzrůstající trend střední délky života ve věku 65 let u mužů i žen je v obou krajích totožný stejně jako v ČR. Liberecký kraj má však průměrnou hodnotu u mužů nižší (13,8) než Pardubický (14,2) i ČR (14,2).

Průměrná hodnota tohoto ukazatele žen je v obou krajích nižší (17,2) než v ČR (17,4), kdy v Pardubickém kraji dosahovaly ve dvou letech (2003 a 2005) vyšších hodnot než ČR.

Muži i ženy v ČR mají možnost dožít se vyššího věku než muži a ženy v Libereckém kraji (v průměru muži o 0,8 roku, ženy o 0,5 roku). Ženy v Libereckém kraji se v průměru od roku 2000 do roku 2007 dožívají o 6,7 let více než muži.

V Pardubickém kraji je naděje dožít se vyššího věku u mužů než v ČR v průměru o 0,3 let. Ženy mají v průměru stejnou hodnotu dožití při narození jako ženy v ČR (78,9 let).

Standardizovaná úmrtnost je pro Liberecký kraj ukazatelem horších úmrtnostních poměrů žen i mužů než je tomu v ČR, ikdyž od roku 1995 dochází k poklesu hodnot u obou pohlaví.

V Pardubickém kraji je trend křivky úmrtnosti u mužů i žen shodný s trendem v rámci ČR a hodnoty, které vykazuje Pardubický kraj jsou trvale nižší, než průměrné hodnoty ČR. V obou krajích a ČR celkově umírá více mužů než žen.

Na kardiovaskulární onemocnění celkově umírá o 1/3 více mužů než žen v obou krajích i ČR. Liberecký kraj má v průměrných hodnotách u žen stejné počty zemřelých jako ČR a ženy v Pardubickém kraji mají hodnoty vyšší než Liberecký kraj a ČR. Naopak v mužské úmrtnosti na kardiovaskulární

onemocnění je Pardubický kraj (554,2) před ČR a v Libereckém kraji je průměrný počet zemřelých mužů nejvyšší (565,2).

V úmrtnosti na nádorová onemocnění Liberecký kraj jednoznačně ve všech sledovaných letech u mužů i žen překračuje hodnoty jak Pardubického kraje tak i ČR (průměrně o 20%). V Pardubickém kraji umírá na nádorová onemocnění méně mužů i žen než v ČR a patří trvale ke krajům s nejnižší mužskou úmrtností na nádory.

Počet diabetiků stoupá od roku 1996 v obou krajích i v ČR. V přepočtu na 100 tisíc obyvatel dosahují v Libereckém kraji muži i ženy nižších hodnot než v kraji Pardubickém i ČR.

Za posledních 12 let umírá v Libereckém a Pardubickém kraji stále méně osob, což naznačuje postupné zlepšování úmrtnostních poměrů v krajích. Pardubický kraj vykazuje ve většině ukazatelů zdravotního stavu lepších hodnot než kraj Liberecký, nicméně pro oba kraje platí, že ženy mají ve všech úmrtnostních ukazatelích nižší hodnoty než muži. Z toho vyplývá, dožití se vyššího věku u žen. Rozdíl se označuje jako mužská nadúmrtnost. Důsledkem je ovdovělost žen, která je v ČR ve věkové skupině 70-79 let 57,6% u mužů jen 15,3% (Pavlík a Kučera, 2001).

5.2 *Projekce obyvatel Libereckého a Pardubického kraje do roku 2050*

Český statistický úřad vypočítal projekci věkového složení obyvatelstva do roku 2050 v jednotlivých krajích. Jde o střední variantu, kde je uvažováno s malým růstem úhrnné plodnosti do roku 2005. Výpočet byl proveden bez uvažování vlivu vnitřního i zahraničního na populační vývoj. Důvodem byla skutečnost, že při odhadu migrace nelze vycházet z minulých trendů a její další vývoj závisí na celkové hospodářské situaci (pracovní příležitosti atd.) a je nepředvídatelný. Jedná se tedy o údaje prezentující hypotetický vývoj počtu a věkového složení obyvatelstva ovlivněný pouze vývojem porodnosti a úmrtnosti.

Tabulka 11 Očekávaná procentní struktura obyvatelstva podle hlavních věkových skupin a index stáří

Okres, kraj	ve věkové skupině							
	0-14 let		15-64		65+		Index stáří	
	2002	2050	2002	2050	2002	2050	2002	2050
Pardubický kraj	16,2	12,6	69,6	55,1	14,2	32,3	87	258
Liberecký kraj	16,3	13,3	70,9	55,6	12,8	31,1	79	234
ČR	15,6	12,4	70,5	56,3	13,9	31,3	89	252

Zdroj: Český statistický úřad

Index stáří vypovídá o stárnutí populace a vyjadřuje kolik obyvatel ve věku 65let a více připadá na 100 dětí do věku 15 let. Liberecký kraj patří spíše k mladším krajům. Pardubický kraj má vyšší počet osob 65+, což ukazuje i index stáří, který je v Pardubickém kraji vyšší než v Libereckém.

Tabulka 12 Očekávaná naděje dožití při narození

Okres, kraj	Naděje dožití			
	muži		ženy	
	2002	2050	2002	2050
Pardubický kraj	72,7	79,3	78,7	84,5
Liberecký kraj	71,3	78,3	78,3	84,4
ČR	72,1	78,9	78,5	84,5

Zdroj: Český statistický úřad

Projekce předpokládá v pokračování procesu zlepšování úmrtnosti. Ženy si i v prognóze roku 2050 zachovávají delší naději dožití než muži. Nejvyššího věku mají v prognóze do roku 2050 muži a ženy v Pardubickém kraji.

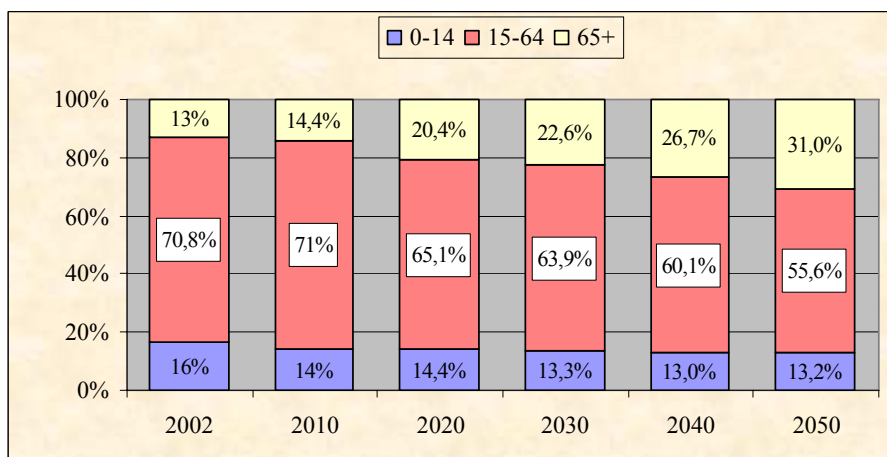
Tabulka 13 Předpokládaný vývoj porodnosti a úmrtnosti do roku 2050

	Počet obyvatel v tis.		Změna počtu obyv.	Živě narození na 1 000 obyvatel		Zemřelí na 1 000 obyvatel		Přirozený přírůstek na 1 000 obyvatel	
	2002	2050	abs. v tis.	2002	2050	2002	2050	2002	2050
Pardubický kraj	506,5	410,2	-96,4	9,2	7,8	10,3	15,1	-1,1	-7,2
Liberecký kraj	427,3	352,8	-74,5	9,7	8,3	10,5	14,9	-0,8	-6,6
ČR	10 203	8 129	-2 073	9,1	7,9	10,6	15,4	-1,5	-6,7

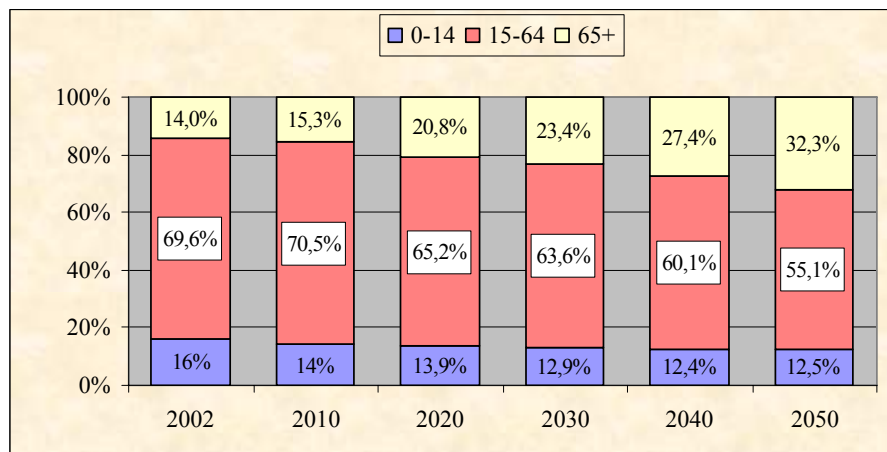
Zdroj: Český statistický úřad

Podle předpokladů by v roce 2050 mělo dojít k poklesu počtu osob jak v obou krajích tak v ČR. Nejméně se počet obyvatel sníží v Libereckém kraji. Projekce obyvatel nepočítá, že by ještě někdy do roku 2050 roční počet živě narozených dětí převýšil počet zamřelých. Úbytky se budou naopak postupně prohlubovat.

Obr. 32 Projekce obyvatel Libereckého do roku 2050



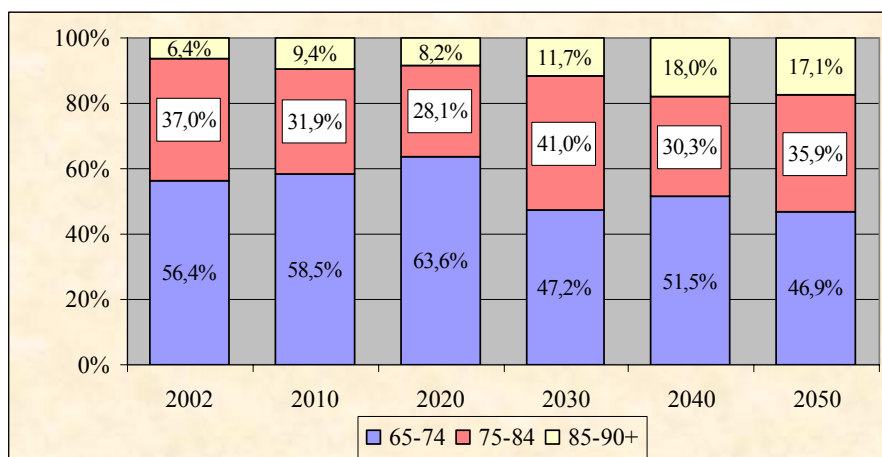
Obr. 33 Projekce obyvatel Pardubického kraje do roku 2050



V obou krajích dochází k poklesu zejména v mladších věkových skupinách, zatímco skupina osob starších 65 let vzroste do roku 2050 téměř dvojnásobně. V roce 2050 bude 31% obyvatel Libereckého kraje starší 65 let u obyvatel Pardubického kraje to bude ještě o procento více tedy 32%.

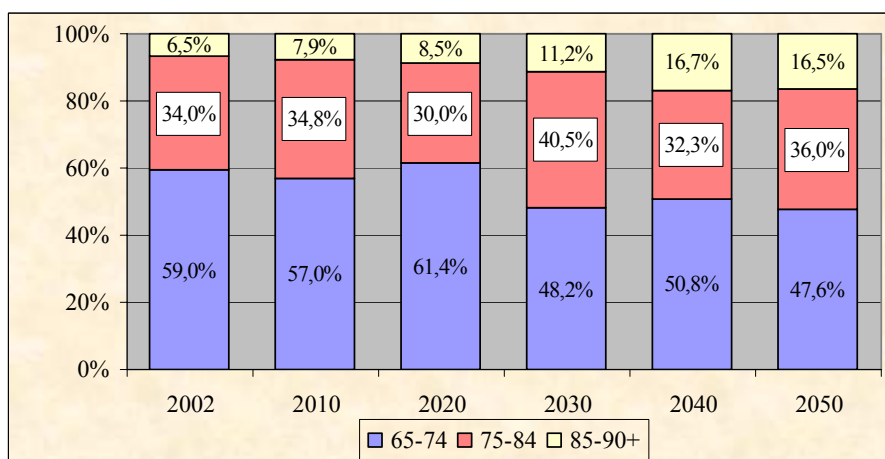
Oba kraje mají v prognóze do roku 2050 zvyšující se podíl seniorů, což ale budou lidé s převážně odlišnou vzdělanostní úrovní, jinými potřebami a životním stylem než seniorská populace dnešních let. Lze tedy předpokládat, že v nejstarších věkových skupinách budou lidé s lepším zdravotním stavem než dnes (pokud i nadále bude pokračovat prosazování zdravého životního stylu a zkvalitňování péče).

Obr. 34 Projekce struktury skupiny seniorů v Libereckém kraji do roku 2050



Prodlužování života se projeví výraznými změnami uvnitř skupiny seniorů. V Libereckém kraji dojde k nárůstu v nejvyšší věkové skupině (85-90+) trojnásobně.

Obr. 35 Projekce struktury skupiny seniorů Pardubickém kraji do roku 2050



Ve struktuře skupiny seniorů v Pardubickém kraji dojde také do roku 2050 k výraznému navýšení osob ve vyšších věkových skupinách (85-90+ let).

Společným a nejčastěji zmiňovaným jmenovatelem sociálních a zdravotních reforem je stárnutí populace. U populace starší než 75 let, která vykazuje sníženou míru soběstačnosti a je častým spotřebitelem zdravotní i sociální péče, naopak dojde mezi roky 2002 a už rokem 2030 k velmi výraznému nárůstu. Demografické změny podtrhují potřebu nastolení celospolečenské shody na řešení očekávaných důsledků tohoto vývoje, tzn. výdaje na důchody, zdravotní a zdravotně-sociální služby, v co nejkratším možném čase. Společnost, v níž jsou lidé zdravější, vzdělanější a žijí déle, představuje příležitost pro ekonomický a sociální rozvoj. Reforma důchodů, která pokračuje v postupném zvyšování důchodového věku na 65 let, zjevně v budoucnu ovlivní počet pracujících osob a tím také příjmy systémů veřejného zdravotnictví.

6. Zdravotní politika

Zdravotní politika vychází z vědomí, že zdraví je jednou ze základních podmínek prosperity kraje a spokojenosti lidí.

6.1 Liberecký kraj

Zdravotní politiku navrhl Krajský úřad v Liberci a připravila ji a zároveň realizuje pracovní skupina odborníků (zástupci pojišťovny, krajského úřadu, lékaři, Státního zdravotního ústavu Praha, neziskových organizací, Zdravotního ústavu v Liberci) a je vedena ředitelem Krajské hygienické stanice. Návrh dokumentu i průběžné práce vycházejí z rozboru zdravotního stavu obyvatel kraje, jeho potřeb, priorit i možností komunity. Skupina se na úvodním jednání rozhodla soustředit pozornost na 14 z 21 cílů programu Světové zdravotnické organizace (Zdraví 21).

Cíle, které nebyly vybrány k rozpracování se týkají převážně celostátních a mezinárodních zdravotně politických otázek jako je výzkum a profesionální výchova nebo mezinárodní vztahy či makroekonomické problémy a krajskou politikou nebudou řízeny. Pro zpracování jednotlivých částí dokumentu - cílů, byli ustanoveni koordinátoři – členové koordinační skupiny a garanti, kteří svůj úkol zajišťovali s dalšími odborníky z různých zařízení a organizací kraje.

Usnesením č. 221/02/ZK ze 17. prosince 2002 Zastupitelstvo Libereckého kraje přijalo, jako první v ČR, politický a strategický dokument ke zlepšení zdraví obyvatelstva - Zdravotní politiku Libereckého kraje. Usnesení vycházelo z vědomí, že zdraví je jednou ze základních podmínek prosperity kraje a spokojenosti lidí.

Krajská zdravotní politika a strategie je reakcí na ustanovení článku 152 Amsterodamské smlouvy Evropské unie, v němž je řečeno, že "Vysoká úroveň lidského zdraví se má zahrnout do veškerých politik a strategií Evropského společenství."

Zdraví obyvatelstva a jednotlivých občanů je bezesporu jednou ze základních podmínek prosperity Libereckého kraje, úspěšnosti lidí a jejich

spokojenosti. Dosáhnout vysoké úrovně zdraví lidí a stále ji zvyšovat je náročný úkol, který vyžaduje efektivní řízení sociálních a ekonomických procesů a aktivní zájem dobře informovaných a vzdělaných lidí o své zdraví nebo zdraví svých spoluobčanů či zaměstnanců.

6.1.1 Cíl č. 5 – Zdravé stárnutí

Gestorem cíle je MUDr. Alena Jiroudková – primářka odd. geriatrické a následné péče v Krajské nemocnici Liberec a.s., krajská konzultantka pro geriatrické, členka komise pro komunitní plánování Magistrátu města Liberec, členka Výboru České gerontologické a geriatrické společnosti

V roce 2002 si pracovní skupina cíle č. 5 pod vedením MUDr. Jiroudkové definovala pod jednotlivé dílčí úkoly cíle, kterých by chtěla dosáhnout a které viděla jako prioritní v podmínkách Libereckého kraje.

Náplní cíle je do roku 2020 zajistit, aby lidé nad 65 let měli možnost plně využívat svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

Dílčí úkol 5.1 Střední délka života a pravděpodobná délka života bez invalidity u 65 letých by se měla prodloužit alespoň o 20%.

Dílčí úkol 5.2 Nejméně o 50% by se měl zvýšit podíl osob nad 80 let, kteří dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožní uchovat si autonomii, sebeúctu a své místo ve společnosti.

V rámci těchto cílů bylo založeno kontaktní místo České Alzheimerovy společnosti v Liberci v červnu 2003, a jeho cílem je poskytovat informační služby rodinným pečovatelům postižených syndromem demence, usnadnit pečujícím rodinám náročné a dlouhé pečování, v důsledku tak oddálit institucionalizaci nemocných.

Cílovou skupinou tvoří lidé postižení syndromem demence, pečovatelé – převážně rodinní příslušníci, široká laická i odborná veřejnost. V rámci poskytovaných služeb jsou pro profesionální pracovníky i týmy specializující se na péči o pacienty s demencí.

Jsou podporovány aktivity seniorů na úrovni komunity, města, kraje, kluby seniorů a kluby aktivního stáří. Je zajištěna stálá přednášková činnost na různých tématach pro seniory - př. příprava na stáří, Zdravé stárnutí s cílem akcentace zodpovědnosti za své stáří a zdraví, pády a úrazy doma, choroby ve stáří,

prevence, přednášky pro osoby pečující o seniory - základy gerontologie a geriatrie, psychosociální aktivizace seniorů - přednášky v rámci doškolování, základy ošetrovatelské péče, péče o osoby postižené syndromem demence atd.

Je podporován vznik sítě zdravotně sociálních služeb v regionu. V komisi pro komunitní plánování jsou připomínkovány potřeby pro seniorskou populaci a zajištění péče v terénu.

Dle WHO potřebuje institucionální péči 3-5% seniorů nad 65 let, v našich podmínkách minimálně 5%. Dle počtu obyvatel v LBC kraji starších 65let je nabídka institucionálních služeb nedostatečná (počty lůžek LDN, počty lůžek DD). V roce 2006 bylo v 8 nemocnicích kraje 426 geriatrických a následných lůžek, samostatná LDN v Lomnici nad Popelkou provozuje 59 lůžek. Dle informací se nepočítá s nárůstem těchto kapacit, ani s ohledem k demografické prognóze.

Cesty k naplňování zdravotní politiky v oblasti seniorů v LBC kraji

- Preferovat zdraví jako cíl společenského snažení
- Podporovat aktivní stárnutí se zachováním fyzických a psychických schopností co nejdéle
- Vytvořit podmínky, aby senioři mohli být co nejdéle ve svých podmínkách
- Zajistit zdravotní, sociální, pracovní a právní poradenství pro seniory
- Zajistit možnost jejich dalšího možného uplatnění ve společnosti
- Podporovat aktivity směřující k dalšímu využití seniorů

6.2 Pardubický kraj

Návrh „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatel“ jako součásti zdravotní politiky a strategie rozvoje zdraví v Pardubickém kraji vypracovala, na základě pověření Rady Pardubického kraje, koordinační skupina zdravotnických i nezdravotnických odborníků kraje (zástupci pojišťovny, krajského úřadu, Krajské hygienické stanice, zdravotního ústavu) ustanovená vedoucím odboru zdravotnictví, který je i jejím předsedou.

Návrh dokumentu vycházel z rozboru zdravotního stavu obyvatel kraje. Koordinační skupina se na základě doporučení hlavního hygienika ČR rozhodla soustředit pozornost na postupné rozpracování těch cílů, které jsou konkrétní, s možností a zejména nutností implementace na krajské a okresní úrovni. Jedná se o cíle 3 až 13 z 21 cílů programu Světové zdravotnické organizace. Pro zpracování jednotlivých částí dokumentu - cílů, byli ustanoveni koordinátoři – členové koordinační skupiny a garanti, kteří svůj úkol zajišťují s dalšími odborníky z různých zařízení a organizací kraje.

Zdravotní politika kraje byla přijata 14.12.2006 a schválena usnesením zastupitelstva Pardubického kraje Z/2003/2006.

6.2.2 Cíl č. 5 – Zdravé stárnutí

Gestorem pro Cíl 5 je Ivana Bohatá ředitelka Centra sociálních služeb a pomoci z Chrudimi.

V roce 2006 si pracovní skupina cíle č. 5 pod vedením Ivany Bohaté definovala pod jednotlivé dílčí úkoly cíle, kterých by chtěla dosáhnout a které viděla jako prioritní v podmínkách Pardubického kraje.

Náplní cíle je do roku 2020 zajistit aby lidé nad 65 let měli možnost plně využívat svůj zdravotní potenciál a aktivně se podílet na životě společnosti.

Dílčí úkol 5.1 Střední délka života a pravděpodobná délka života bez invalidity u 65 letých by se měla prodloužit alespoň o 20%.

Dílčí úkol 5.2 Nejméně o 50% by se měl zvýšit podíl osob nad 80 let, kteří dosahují v domácím prostředí takovou úroveň zdraví, která jim umožní uchovat si autonomii, sebeúctu a své místo ve společnosti.

Jednou z aktivit je přizpůsobení struktury sociálních a zdravotnických služeb změněné věkové struktuře obyvatel a jejich potřebám – podporovat domácí ošetrovatelskou péči, denní centra pro seniory, kluby seniorů, geriatrická lůžková zařízení, rozvoj geriatrických ambulancí, vytváření podmínek pro rodiny, které chtějí pečovat o své nejbližší v domácím prostředí a tísňové volání pro rizikové seniory. Což jsou jedinci, kteří nejsou schopni rychle a účinně se přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svého zdravotního stavu, osoby velmi staré (nad 80 let), osoby vyššího věku v jednočlenných domácnostech, starší lidé žijící v izolaci, bezdětní starší lidé, starší lidé trpící handicapem (fyzickým, psychickým nebo obojím), páry, v nichž jeden z partnerů je vážně nemocný nebo invalidní, starší lidé s minimálními důchody.

V rámci krajského střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb na období 2008-2010 je deklarována podpora seniorů. Snahou je zavádění a poskytování aktivizačních programů v terénních a ambulantních službách.

Cesty k naplňování zdravotní politiky v oblasti seniorů v Pardubickém kraji

- podporovat aktivity v seniorském věku
- vštěpovat obyvatelům vědomí odpovědnosti za své zdraví a zdraví svých dětí (dobré příklady – co udělá s člověkem, když zlepší životní styl svůj i své rodiny – zlepšení kvality života, zvýšení imunity, zmírnění projevu chronických onemocnění atd.)
- podpůrné programy pro pomáhající rodinné pečovatele, odlehčovací péče

Závěr

Myslím si, že obavy ze stárnutí populace a dopadů pro společnost jsou zcela zbytečné pokud změníme pohled na seniory a zajistíme, aby byli aktivními členy společnosti a byla jim poskytnuta dostatečná jak zdravotní tak sociální péče. Vždyť stárnutí obyvatel je zcela přirozené pokud se prodlužuje délka života. Prodlužování délky života je způsobeno postupným zlepšováním životní úrovně, větším zájmem o vlastní zdraví, změnami životního stylu (lepší výživa, nižší spotřeba živočišných tuků, vyšší spotřeba ovoce a zeleniny a v neposlední řadě zvýšení pohybové aktivity), déle potom zkvalitňováním zdravotnické péče a zlepšení stavu životního i pracovního prostředí.

Tím, že se budeme dožívat vyššího věku, bude možné aktivněji prožívat důchodový věk. Vždyť když se podíváme na některé členy naší politické scény nebo do jiných oblastí veřejného života v mnoha případech nejde o žádné mladé, ale o osoby, které mají životní zkušenosti a jen z důvodu seniorského věku nesedí doma na zápraží a nelitují se.

Je třeba posilovat vědomí společnosti, že zaměstnávání starších osob je společensky žádoucí a v zájmu ostatních generací. Pokud bude seniorská populace ekonomicky aktivní, přispěje to ke snížení zátěže mladších generací a jejich ekonomická soběstačnost a prospěšnost společnosti bude pro seniory psychologicky posilující. Lidé však musí být zdravější a spokojenější, aby byli schopni zůstat déle v zaměstnání. Měli by být připravováni pro delší a flexibilnější kariéru a aktivnější přístup k rozvoji svých dovedností.

Staří lidé potřebují blízké a stabilní sociální zázemí. Současné sociální systémy byly budovány pro společnost, která byla mladá. Tyto systémy už nebudou nadále vyhovovat a bude třeba je přizpůsobit nově vzniklým poměrům ve společnosti s vysokým podílem starých osob.

Stále větší část dospělého života budeme prožívat ve stáří. Pokud lidé starší 65 let budou tvořit třetinu populace, přestává mít smysl rozlišovat mezi službami a produkty pro seniory a pro nesenariory. Všechny služby a produkty, nejen specifické služby pro seniory, musí vyhovovat také potřebám, omezením a preferencím starších lidí. Služby musí být kvalitnější a flexibilnější a musí

vyhovovat všem, bez ohledu na jejich zdravotní stav a omezení spojená s věkem.

Správné a prozíravé je udělat maximum pro to, abychom vytvořili podmínky pro důstojný, zdravý a aktivní život v druhé polovině života a pro uplatnění potenciálu a aspirací rostoucího podílu starších osob. Polovina života stále většího počtu lidí se přitom odehraje ve věku nad 50 let. Je třeba se zamyslet nad tím, zda naše instituce, prostředí, způsob myšlení i života jsou připraveny na pozvolný, ale jistý příchod společnosti dlouhověkosti.

V současnosti je důležité a nezbytné vytvářet takové podmínky pro to, aby senioři využívali zejména sociální služby ve svém domácím prostředí a zachovali si tak své přirozené sociální vazby a kontakty.

V Libereckém i Pardubickém kraji se zvyšuje střední délka života, snižuje se úmrtnost, ale zvyšuje se průměrný věk obyvatel. V některých okresech je vyšší zastoupení seniorské populace, v jiných je více mladší.

Významem Zdravotní politiky a programu Zdraví 21, který je zpracován na krajské podmínky, je skutečnost, že veškeré aktivity jsou realizovány s vědomím místní problematiky, struktury obyvatel a jejich potřebami. Provázanost s ostatními resorty kraje (školství, zdravotnictví, kultura, doprava atd.) je v práci při plnění jednotlivých cílů velice dobrá.

V obou krajích byla Zdravotní politika schválena Zastupitelstvem kraje, což jí dává na vážnosti. V Libereckém kraji se podařilo prosadit i posuzování a schvalování ostatních krajských dokumentů z hlediska možných dopadů na zdraví obyvatel. Grantový program kraje pomáhá s financováním jednotlivých úkolů.

Cílem č.5 je Zdravé stárnutí, kdy v obou krajích jde o podporování aktivního stárnutí se zachováním fyzických a psychických dovedností, zajištění zdravotního, sociálního zázemí pro seniory a zajištění dalšího uplatnění ve společnosti. Nedílnou součástí v péči o seniory je zapojení nestátních organizací.

Souhrn

Bakalářská práce je rozdělena do několika částí – obecné (teoretické) a statistické. Obecná část zahrnuje charakteristiku programu Zdraví 21 Světové zdravotnické organizace, jehož hlavním úkolem je ochrana a rozvoj zdraví lidí a je základem Zdravotních politik obou krajů.

Statistická část definuje seniorskou populaci, charakterizuje Liberecký a Pardubický kraj z pohledu současného věkového složení obyvatel a popisuje některé ukazatele zdravotního stavu. Pro možnost srovnání jsou uváděna i data České republiky.

Z dat Českého statistického úřadu je v grafickém provedení zmapována projekce věkové struktury obyvatel v Libereckém a Pardubickém kraji i České republice do roku 2050. Z výsledků projekce je zřejmý nejen postupný úbytek počtu obyvatel, ale rovněž prohloubení populačního stárnutí. Tento proces, jehož hlavní příčina je zejména v nízké porodnosti, bude navíc urychlen přechodem silných populačních ročníků do vyšších věkových kategorií. Na růstu počtu osob ve vyšším věku se rovněž odrazí předpokládané zlepšení úmrtnostních poměrů.

V závěru práce popisují přístup obou krajů v plnění programu Zdraví 21 v oblasti seniorské populace a konstatují fakta, která ukazují na důležitost udělat maximum pro to, aby byly vytvořeny podmínky pro důstojný, zdravý a aktivní život seniorské populace.

Summary

Summary This thesis is divided into two parts – the general (theoretic) part and the statistical part. The general part covers determination of written expressions and a characteristic of a programme Zdraví 21 established by World Health Organisation. The main objective is protection and development of human health and its basic is Health policy of both regions.

The statistical part define senior population, characterizes Liberecký and Pardubický regions in the view of a current age composition of inhabitants and describes some indices of health and a medical service system. For a possibility of comparison data are introduced from Czech Republic.

From the data of The Czech Statistical Office is displayed a projection of an age structure inhabitant in Liberecký and Pardubický regions and also in Czech Republic by the year 2050 in a graphic scheme. Results of the projection show a gradual decrease of population, but as well a cavity of population ageing and rapid changes in group of seniors. In growth body count in higher age with is reflected assumed improvement death rate ratio.

This process, which main cause is especially in low birthrates, will be speeded up by transmigration of a strong population years to the higher age category.

A conclusion of the thesis describes an access of both regions in performance of the programme Zdraví 21 in the area of senior population and claim facts, which point to an importance of doing maximum so that there were established conditions for dignified, healthy and active life of senior population.

Seznam použité literatury

- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, *Zdravotnická ročenka Libereckého kraje 2007*. Praha: ÚZIS ČR, 2008. 171 s. ISBN:978- 80-7280-774- 1.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky /ÚZIS/ ČR, *Zdravotnická ročenka Pardubického kraje 2007*. Praha: ÚZIS ČR ,2008. 162 s. ISBN :978- 80- 7280-775-8.
- ÚZIS ČR, regionální pracoviště Hradec Králové, *Zdravotnictví Pardubického kraje 2007*. Praha: ÚZIS ČR, 2008. 26 s. ISBN 978-80-7280-763-5.
- ÚZIS ČR, regionální pracoviště Hradec Králové, *Zdravotnictví Libereckého kraje 2007*. Praha : ÚZIS ČR, 2008. 26 s. ISBN 978-80-7280-761-1.
- HOLČÍK, J., *Zdraví 21, Výklad základních pojmů Úvod do evropské zdravotní strategie, Zdraví pro všechny v 21.století*. Praha. 1.vydání 2004. 160s. ISBN 80-85047-33-0
- RYCHTAŘÍKOVÁ, J., KUCHAROVÁ, V. *Rodina, partnerství a demografické stárnutí*, Praha, VÚPSV, v.v.i, 2008. 169 s. ISBN 978-80-87007-75-4.
- KALVACH, Z., et.al. *Geriatric a gerontologie*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s. 2004. 825 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KUCHAROVÁ, V. Komplexní analýzy sociálně ekonomických podmínek života ve stáří :Závěrečná zpráva o výzkumu, 2002, Socioklub, 66s.
- Mezinárodní geriatrická a gerontologická asociace, *Program výzkumu v oblasti stárnutí pro 21.století*, překlad Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2008. 18 s. ISBN 92- 95038-01-0.
- FLEISCHMANNOVÁ, P. Stárneme právě a včas? *Zdravotnické noviny ČR*, 2003, roč.52, č.18, s.12.
- TOPINKOVÁ, E. Dlouhověkost – hrozba nebo triumf ? *Zdravotnické noviny ČR*, 2003, č. 50, mimoř.příloha s. 50-51.
- KALVACH, Z. Zdravotnické aspekty stárnutí populace. *Med.Tribune*, 2005, roč.1, č. 16, s. 12-14.
- KALVACH, Z. Senioři, stárnutí populace a zdravotnické služby. *Med.Tribune*, 2005, roč.1, č.16, s.1-3.
- WEBER, P. Demografický vývoj a stárnutí populace, *nemocniční listy FN Brno*, 2005, roč.6, č.2, s.8-9.
- GABRIEL, J. Také zdravotnictví musí reagovat na stárnutí populace, *Zdravotnické noviny ČR*, 2002, roč.51, č.24, s.12.
- PRÁŠILOVÁ, H. Starší lidé na počátku třetího tisíciletí. *Psychologie dnes*, 2001, roč. 7, č.10, s.16-17.
- PAVLÍK, Z. Stárnutí populace – důsledek demografické revoluce. *Geriatric*, 2000, č.50, mim.příloha s. 55-56
- Ústav zdravotnických informací a statistiky / ÚZIS/ Praha.: Data presentation System. [on-line]. Praha. 2007, Dostupnost z www: <<http://www.uzis.cz/cz/dps/index.html>>
- Český statistický úřad. : Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2050. [on-line] . Praha. 2003, Dostupnost z www: <<http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/p/4021-03>>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí : Věková diskriminace – ageizmus:úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. [on-line]. ČR. Brno. 2005. Dostupnost z www: <[http](http://praha.vupsv.cz/fulltext/vz_158.pdf)>//praha.vupsv.cz/fulltext/vz_158.pdf>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí : Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti. Zpráva z empirického výzkumu. [on-line]. Brno. Výzkumné centrum Brno.2003. Dostupnost z www: <[http](http://praha.vupsv.cz/fulltext/vidrab.pdf)>//praha.vupsv.cz/fulltext/vidrab.pdf>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí : Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru. [on-line]. Praha.2008.Dostupnost z www: <[http](http://praha.vupsv.cz/fulltext/vz_260.pdf)>//praha.vupsv.cz/fulltext/vz_260.pdf>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí : Komplexní analýzy sociálně ekonomických podmínek života ve stáří. : Závěrečná zpráva o výzkumu. Praha – Socioklub. 2002 Dostupnost z www: <[http](http://praha.vupsv.cz/fulltext/Do_1503)>//praha.vupsv.cz/fulltext/Do_1503>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí : Čeští senioři včera, dnes a zítra. [on-line]. Brno.2004.Dostupnost z www: <[http](http://praha.vupsv.cz/fulltext/vz_149.pdf)>//praha.vupsv.cz/fulltext/vz_149.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí : Zpráva o činnosti Rady vlády pro seniory a stárnutí populace v roce 2008. [on-line]. Praha.2009. Dostupnost z www: <[http](http://www.mpsv.cz/cs/4278)>//www.mpsv.cz/cs/4278>

Krajská hygienická stanice se sídlem v Liberci : Zdravotní politika Libereckého kraje 2007. [on-line]. Liberec.2008. Dostupnost z www: <[http](http://www.khslbc.cz/politika/politika/.pdf)>//www.khslbc.cz/politika/politika/.pdf>

Krajský úřad Pardubického kraje : Program „Zdraví 21“v podmínkách Pardubického kraje hodnotící zpráva (2006 – 07). [on-line]. Pardubice.2008. Dostupnost z www: <[http](http://www.pardubickykraj.cz/article.asp?thema=3819&item=50484)>//www.pardubickykraj.cz/article.asp?thema=3819&item=50484>

Výzkumný ústav práce a sociálních věcí : Mainstreaming věku jako strategie managementu populací se stárnoucí demografickou strukturou. [on-line]. Brno.2007.VUPSV Praha. Dostupnost z www: <[http](http://praha.vupsv.cz/fulltext/vz_232.pdf)>//praha.vupsv.cz/fulltext/vz_232.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR : Zpráva o činnosti Rady vlády pro seniory a stárnutí populace v roce 2007. [on-line]. Praha.2008. Dostupnost z www: <[http](http://mpsv.cz/fines/clanky/5444/zprava_2007.pdf)>//mpsv.cz/fines/clanky/5444/zprava_2007.pdf>
Všeobecná zdravotní pojišťovna: Statistická ročenka 2007. [on-line].Praha 2008.VZP Praha. Dostupnost z www: <[http](http://vzp.cz/cms/internet/cz/vseobecne/o-nas/rocenky/rocenka_vzp_2007.pdf)>//vzp.cz/cms/internet/cz/vseobecne/o-nas/rocenky/rocenka_vzp_2007.pdf>