

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Bc. Lucie Švehlová

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu

Katedra managementu



Management pacientů s diagnózou G30

Alzheimerova nemoc

Autor diplomové práce:

Bc. Lucie Švehlová

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Ondřej Lešetický

Rok obhajoby:

2013

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „**Management pacientů s diagnózou G30 Alzheimerova nemoc**“ jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další prameny jsem řádně označila a uvedla v příloženém seznamu.

V Jindřichově Hradci, dne

.....

podpis

Anotace

Cílem diplomové práce je analýza problematiky Alzheimerovy choroby, identifikace a přibližná kvantifikace nákladů metodou Cost of Illness z pohledu pacienta a zjištění úrovně informovanosti ošetřujícího personálu o Alzheimerově chorobě.

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu práce, panu Ing. Ondřeji Lešetickému, za ochotu a cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Dále chci poděkovat všem zařízením, které umožnily výzkum a všem respondentům za vyplnění dotazníku.

Obsah

Úvod	1
1 Management.....	3
1.1 Management ve zdravotnictví	4
2 Demence.....	6
2.1 Vymezení pojmu demence	6
2.2 Druhy demencí.....	6
3 Alzheimerova choroba	9
3.1 Vývoj pojmu Alzheimerovy choroby	9
3.2 Charakteristika Alzheimerovy choroby	9
3.2.1 Příznaky nemoci	9
3.2.2 Časná a pozdní forma nemoci	10
3.2.3 Stádia nemoci	11
3.3 Epidemiologie Alzheimerovy choroby.....	12
3.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby.....	15
3.4.1 Mini-Mental State examination MMSE (Hrdlička, Hrdličková, 1999)	16
3.4.2 Test hodin (Testovník, ČALS, 2003)	17
3.5 Farmakologická léčba Alzheimerovy choroby	17
3.5.1 Inhibitory acetylcholinesteráz	18
3.5.2 Léčiva tlumící excitotoxicitu	19
3.6 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy choroby	21
3.7 Prevence Alzheimerovy choroby	24
3.8 Pobyťová zařízení pro seniory v ČR	25
3.9 Česká alzheimerovská společnost.....	26
4 Nákladové analýzy.....	29

4.1	Náklady na onemocnění (Cost of Illness, COI)	30
5	Náklady na onemocnění konkrétního pacienta	31
5.1	Náklady za rok 2012	32
5.1.1	Vyšetření.....	32
5.1.2	Léky.....	32
5.1.3	Pomůcky	33
5.1.4	Náklady hrazené pacientkou	34
5.1.5	Celkové náklady roku 2012.....	35
5.2	Odhad ročních nákladů.....	37
5.2.1	Vyšetření.....	37
5.2.2	Léky.....	37
5.2.3	Pomůcky	37
5.2.4	Náklady hrazené pacientkou	38
5.2.5	Odhad celkových ročních nákladů	39
6	Dotazníkový výzkum.....	41
6.1	Charakteristika respondentů	42
6.2	Vlastní výsledky výzkumu	48
7	Výsledky hypotéz	61
	Závěr	63
	Seznam literatury	66
	Seznam tabulek	69
	Seznam grafů.....	71
	Přílohy.....	72

Úvod

Každý si můžeme svůj život do detailu naplánovat, ale jaký bude ve skutečnosti, to ovlivnit nemůžeme. Pokud se nám do našich plánů připlete nějaká nemoc, se kterou nikdo nepočítá, naše představy se sesypou, jako domeček z karet.

Nikoho asi nenapadne, že ta nemoc, která mu obrátí život naruby, by mohla být Alzheimerova choroba. O této nemoci se dovídáme z vtipu „Jak se jmenuje ten Němec, co mi schovává věci?“. Ale poslední dobou jakoby se se zprávami o Alzheimerově chorobě roztrhl pytel. Tato civilizační choroba už není neobvyklá a vzácná, dotýká se stále většího počtu lidí. S přibývajícím počtem seniorů se z ní stává jedna z nejčastějších příčin úmrtí. Jedná se o velmi závažný společenský problém. Prodlužování věku dožití sebou nese velké riziko, že Alzheimerova choroba může potkat i vás.

Nevyléčitelné degenerativní poškození mozku, tak taková je Alzheimerova choroba. Člověk trpící tímto onemocněním nemůže dostat léky, které by ho nemoci zbavili. Takové léky neexistují, příčina Alzheimerovy choroby dosud není známa. Nemocnému můžeme pomoci jen poskytováním kvalitních služeb. Vysokou kvalitu služeb dosáhneme, pokud budeme o této chorobě dostatečně informováni.

Téma mé diplomové práce „Management pacientů s diagnózou G30 Alzheimerova choroba“ jsem si zvolila z důvodu rodinné zkušenosti s touto chorobou a také z toho důvodu, že je to téma velmi zajímavé. Studium této problematiky mi pomohlo pochopit některé chování nemocných.

V teoretické části práce se zabývám pojmy management, demence, Alzheimerova choroba a náklady na onemocnění. Zaměřuji se na vymezení pojmu demence, druhy demencí, vývoj pojmu Alzheimerova choroba, její charakteristika, epidemiologie, diagnostika, léčba a prevence. Zmiňuji se také o úloze České alzheimerovské společnosti.

V praktické části práce zjišťuji přímé náklady pacienta na onemocnění metodou Cost of Illness. Formou dotazníkového výzkumu zkoumám úroveň informovanosti zdravotních sester a dalšího ošetřujícího personálu o Alzheimerově chorobě. Dotazník byl podáván v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

Jen pokud budeme dostatečně informováni a seznámeni s touto nemocí, můžeme nemocným poskytnout kvalitní a odpovídající péči. V České republice je zapotřebí podpořit výzkum, protože nikdo neví, kolik lidí s Alzheimerovou chorobou zde vůbec žije. Jen díky zahraničním pramenům se odhaduje, že v České republice žije asi 130 000 a více lidí trpících tímto onemocněním.

Cíle práce

Cílem diplomové práce je analýza problematiky Alzheimerovy choroby, identifikace a přibližná kvantifikace nákladů metodou Cost of Illness z pohledu pacienta a zjištění úrovně informovanosti ošetřujícího personálu o Alzheimerově chorobě.

Hypotézy

Hypotéza č. 1: Odhad přímých nákladů na pacienta dosahuje více než 20 000 Kč za rok.

Hypotéza č. 2: Více než 75 % respondentů je dostatečně informováno o Alzheimerově chorobě.

Hypotéza č. 3: Na informovanost o Alzheimerově chorobě má vliv délka praxe ve zdravotní/sociální oblasti.

Hypotéza č. 4: Nejvyšší informovanost o Alzheimerově chorobě dosahují respondenti z domovů se zvláštním režimem.

Hypotéza č. 5: Nejnižší informovanost o Alzheimerově chorobě dosahují respondenti z domovů pro seniory.

Hypotéza č. 6: Každý z dotazovaných se pravidelně setkává s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou.

Hypotéza č. 7: Respondentů, kteří někdy navštěvovali kurz o Alzheimerově chorobě, je více než těch, kteří se ho nikdy nezúčastnili.

Hypotéza č. 8: Více než 50 % respondentů si myslí, že úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou je v ČR neuspokojivá.

1 Management

Weihrich a kol. (2008) uvádí, že management je proces tvorby a udržování prostředí, ve kterém jednotlivci pracují společně ve skupinách a účinně dosahují vybraných cílů. Tato základní definice musí být rozšířena o:

- Manažery vykonávající manažerské funkce.
- Management se vztahuje k jakémukoliv typu organizace.
- Definice platí pro manažery na všech organizačních úrovních.
- Cíl všech manažerů je stejný: dosažení zisku.
- Management se dotýká produktivity a s ní související účinnosti a efektivity.

Gustafson definuje management jako proces plnění pracovních cílů prostřednictvím jiných pracovníků řádně, včas a v rámci daného rozpočtu. (Střítecký)

Funkce managementu (Gladkij a kol., 2003)

- Plánování
- Organizování
- Personální zajištění
- Vedení
- Kontrola

Plánování je výchozím bodem pro všechny funkce managementu. Plán nám předurčuje cestu, jak dosáhnout předem stanovených cílů. Plány vymezují poslání organizace, její úkoly a cíle, strategie, taktiky, postupy, pravidla, programy a rozpočty.

Organizování je další významnou činností manažera. Navazuje na plánování, ze kterého vychází celkové uspořádání organizace, organizační struktura a organizační úrovně.

Personální zajištění je velmi důležité, protože lidský kapitál dokáže rozpohybovat další zdroje. Úkolem personalistiky je zajištění pracovní síly, její kvalifikace, umístění ve struktuře a hierarchii organizace. Personální management se zabývá personálním marketingem, personální strategií a plánováním, personální činností, sociálním konsensem, kariérovými postupy.

Vedení je činnost, která si klade za cíl ovlivňovat lidi za účelem naplnění předem stanovených cílů. Na všech stupních řízení je základem řízená komunikace mezi lidmi.

Kontrolu definujeme jako proces neustálého zjišťování skutečného stavu vykonávání plánů a cílů společnosti. Kontrola plní činnost zpětné vazby. Pokud manažer zjistí odchylky od požadovaného stavu, musí tyto neshody eliminovat, aby se už znovu neopakovaly. Plní tak funkci poznávací, ovlivňující i preventivní.

1.1 Management ve zdravotnictví

Shortell a Kaluzny (2006) definuje management jako výraznou funkci, která se prolíná všemi ostatními činnostmi a subsystemy. V jistém smyslu je hlavou, která organizuje, řídí a dohlíží na všechny ostatní činnosti. Ve většině organizací zdravotních služeb je reprezentován vrcholovým vedením a klíčovými středními manažery.

Střítecký uvádí, že management ve zdravotnictví vychází z teorie splnění dvou inkonzistentních cílů:

- medicínský (profesionální)
- ekonomický

Úkolem managementu je nalézt kompromis mezi těmito hlavními cíly.

Požadavky na vlastnosti manažera řídícího poskytování zdravotnických služeb se liší od nároků na vlastnosti manažerů v jiných oborech. Manažer je ovlivněn zdravotnickým odvětvím, které je mnohem více sledováno veřejností. Lékař by měl z etického hlediska myslet především na svého pacienta a neohlížet se na finanční pokrytí poskytnuté služby. Tato etická norma je ale v rozporu s ekonomickými požadavky kladenými na manažery. Do kontrastu se dostávají přínosy pro pacienta a přínosy pro společnost. (Gladkij, 2003)

Plevová a kol. (2012) uvádí, že management ve zdravotnictví se od managementu v jiných oborech odlišuje svou filozofií služeb. Uplatňuje se zde speciální přístup, jelikož obor zdravotnictví sebou nese odpovědnost za zdraví a nemoci jednotlivců. V ošetrovatelství si management klade dva základní cíle: kvalitu služeb a kvalitu personálu. Manažery se stávají lékaři a sestry, které svou řídicí funkci vykonávají na třech úrovních: vrcholový, střední a liniový management.

Vrcholový management se podílí na strategickém plánování, koordinuje hlavní činnosti. Ve vrcholovém managementu vystupuje např. ředitel nemocnice a hlavní sestra.

Střední management vytváří taktické a střednědobé plány, koordinuje operativní úkoly, plní informativní funkci, musí zvládat mezilidské vztahy. Zástupcem středního managementu jsou primáři a vrchní sestry.

Liniový management řídí běžné každodenní činnosti. Zásadním cílem je zvládnutí komunikace mezi vedením organizace a jejími pracovníky. Plány se vytváří denní či týdenní. S funkcí liniového managementu jsou spjatí vedoucí lékaři a staniční sestry.

Devět sil ovlivňujících poskytování zdravotní péče a jejich vliv na management
(Shortell a Kaluzny, 2006)

- Finanční podněty odměňující vysoký výkon
- Zvýšená zodpovědnost za výkon
- Technologické pokroky v biologických a klinických vědách
- Stárnutí populace a přidružené zvýšení chronických onemocnění
- Zvýšená etnická a kulturní rozmanitost populace
- Změny v nabídce a vzdělání profesionálů ve zdravotnictví
- Sociální nemocnost (AIDS, drogy, násilí, bioterorismus)
- Informační technologie
- Globalizace a rozvoj světové ekonomiky

2 Demence

2.1 Vymezení pojmu demence

„Demenci představuje skupina onemocnění, která jsou charakterizována globálním úbytkem intelektových schopností, poruchami osobnosti, chování, společenského začlenění a pracovních aktivit. Jde o chronické progredující onemocnění s vysokým potenciálem invalidity a významným celospolečenským dopadem z pohledu lidského utrpení pacientů i rodinných příslušníků, i z pohledu celospolečenských nákladů.“ (Vlček a Fialová, 2010, str. 276)

V současné době jsou velké nedostatky v rané diagnostice, léčbě i péči o demenční pacienty. A to i přesto, že demence patří k nejčastějším příčinám úmrtí, zaujímá 4. až 5. místo.

(Vlček a Fialová, 2010)

2.2 Druhy demencí

Demence u Alzheimerovy nemoci

Alzheimerova nemoc je degenerativní onemocnění mozku. Hlavním rysem je progresivní rozvoj demence. V současné době patří k nejčastější příčině demence na celém světě. Alzheimerova nemoc tvoří asi 65 – 75 % všech demencí. (Preiss, Kučerová a kol., 2006)

Vaskulární demence

Vaskulární demence je druhým nejčastějším typem demence, hned po Alzheimerově chorobě. Vaskulární demence je vyjádřena jako kognitivní deficit, který souvisí s cévním onemocněním mozku. Může vznikat onemocněním velkých tepen. Důsledkem postižení těchto tepen jsou teritoriální infarkty, tzv. multiinfarktová demence. Další možností je onemocnění malých tepen, tzv. subkortikální ischemická vaskulární demence. Léčba by měla začínat prevencí cévního onemocnění, jde především o snížení rizika hypertenze, diabetu, vysokého cholesterolu, obezity a kouření. (Preiss, Kučerová a kol., 2006)

Tabulka 1: Odlišná diagnostika mezi demencí Alzheimerovou a vaskulární

	Alzheimerova nemoc	Vaskulární demence
Heredita	Obvykle bývá	Obvykle není
Premorbidní osobnost	Bývá narušena	Nebývá narušena
Tělesné potíže	Nebývají	Častá hypertenze v anamnéze
Začátek poruchy	65 let a výše	50 let a výše
Tranzitorní stavy zmatenosti na počátku	Zřídka	Častěji
Klinické projevy	Psychika je narušena vcelku	Psychika narušena ostrůvkovitě
Vědomí choroby	Chybí	Zpočátku bývá
Emotivita	Častěji euforie (moria)	Častěji depresivní
Somatické potíže	Nemusí být	Jsou časté
Oční pozadí	Na počátku změny malé	Od počátku změny výrazné
Biochemické změny	Nemusí být	Bývá zvýšen cholesterol

Zdroj: Dušek, Večeřová-Procházková, 2010

Demence u Parkinsonovy nemoci

U lidí trpících Parkinsonovou nemocí se může rozvinout demence. Statisticky se demence objeví u 10 až 30 % pacientů s Parkinsonovou nemocí. (Fišar, 2009)

Demence u Pickovy choroby

Tato nemoc byla poprvé definována českým profesorem Arnoldem Pickem. Jde o vzácné onemocnění, které se dříve zaměňovalo s ranou formou Alzheimerovy nemoci. Rozdílem je značnější atrofie mozku u Pickovy choroby. Na samém počátku této choroby se nachází bolesti hlavy, poruchy spánku a změny povahy. Po několika letech nemoci se objevují poruchy řeči a třeba i dlouhodobé nehybné sezení na jednom místě. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

Demence u Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci

Toto vzácné onemocnění se vyskytuje kolem padesátého roku věku. Byla prokázána souvislost mezi touto nemocí a nemocí „kuru“, která byla popsána u domorodců v Nové Guinei. Výzkumy potvrdily, že se jedná o onemocnění virového původu. Za tento objev byla v roce 1976 D. C. Gajduskovi udělena Nobelova cena za medicínu. Několik posledních let se o Creutzfeldově-Jakobově nemoci mluví v souvislosti s BSE, kdy byl určen přenos na lidi ze zkaženého masa hovězího dobytka. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

Demence u Huntingtonovy nemoci

Huntingtonova nemoc se vyskytuje už mezi 20. a 30. rokem života u obou pohlaví. Na počátku se objevují deprese, paranoidita a sebevražedné úmysly. Příznaky přichází pomalu, nemocný o nich nemusí vědět, ale demence se neustále zhoršuje. Onemocnění může trvat 5 let, ale i 30 let. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010)

Demence při AIDS

Demence je nebezpečná komplikace AIDS. Demence se rozvine působením viru HIV nebo vlivem dalších faktorů, které se objeví jako následek selhávání imunitního systému. Tato demence se nejčastěji vyskytuje v mladém a středím věku života. Statisticky se dotkne 7 až 50 % nemocných AIDS. (Fišar, 2009)

Seznam demencí podle MKN (mezinárodní statistická klasifikace nemocí) je uveden v Příloze 2.

3 Alzheimerova choroba

3.1 Vývoj pojmu Alzheimerovy choroby

Vývoj pojmu Alzheimerovy choroby byl dlouhý a stále ještě neskončil. Mnichovský neuropatolog, Alois Alzheimer, popsal změny v mozkové tkáni zemřelé ženy. Tento objev považovali jeho spolupracovníci za tolik odlišný od senilní demence, že prosadili pojmenování nemoci po Aloisi Alzheimerovi. Alzheimer o svém objevu přednášel na schůzi jihoněmeckých psychiatrů v roce 1907. Jeho přednáška nesla název O svérázném onemocnění mozkové kůry. Za počátek výzkumu Alzheimerovy nemoci se považuje právě tato přednáška a vydání Alzheimerovy práce. V roce 1976 byl sloučen pojem presenilní Alzheimerovy choroby a senilní demence Alzheimerova typu. Vývoj pojmu této nemoci ještě není ukončen. Příčina nemoci totiž není známa. Proto neexistují léky, které by tuto nemoc vyléčily. (Koukolík, 1999)

3.2 Charakteristika Alzheimerovy choroby

„Alzheimerova nemoc způsobuje progresivní odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře.“
(AL, Patricia R. Callone, 2008)

Alzheimerova nemoc je nejčastějším typem demence. Při demenci dochází ke snížení kognitivních (poznávacích) funkcí. Tyto funkce zajišťují paměť, pozornost, vnímání, řeč, motivaci, plánování a další. Mimo snížení kognitivních funkcí zasahuje demence do aktivit denního života, způsobuje poruchy chování, emocí, spánku. Nemocný se postupně nedokáže o sebe sám postarat a je odkázán na péči druhých. (Jirák a kol. 2009)

3.2.1 Příznaky nemoci

V této podkapitole jsem čerpala z webových stránek www.alzheimer-europe.org

Ztráta paměti

Ztráta paměti má vliv na každodenní život. Souvisí s problémy v komunikaci, poruchami chování a ohrožuje bezpečnost nemocného. Lidé s Alzheimerovou chorobou nemají na začátku problémy s dlouhodobou pamětí, ale co dělali před pěti minutami, to si už nevybaví. V pokročilejší fázi mají potíže i s dlouhodobými vzpomínkami. Dále může být narušeno chápání významu slov, které znemožňuje smysluplnou konverzaci. Dochází k poruchám procedurální paměti, která nám napomáhá provádět rutinní činnosti, jako je oblékání, mytí a vaření.

Syndrom Apraxia – Afázie – Agnosia

Apraxia je pojem neschopnosti vykonávat účelné pohyby, ačkoliv svaly a citlivost jsou neporušeny (např. nemožnost zavázat si tkaničky, přepnutí rádia). Afázie je termín popisující potíže s mluvením a porozuměním mluveného či psaného jazyka. Postižený může také během komunikace používat jedno stejné slovo či frázi, druzí jeho věty obtížně pochopí. Agnosia popisuje ztrátu schopnosti rozpoznat objekty a k čemu se používají (např. použití vidličky místo lžice, nože místo tužky).

Komunikace

Lidé s Alzheimerovou chorobou mají potíže v oblasti vytváření slov a chápání jazyka, což vede k dalším potížím. Mnoho pacientů přichází o schopnost číst a rozpoznávat znaky.

Změny osobnosti

Alzheimerova choroba mění osobnost člověka. Tichá a přátelská osoba se může změnit v agresivní až sprostou. Pokud byla již dříve jeho povaha tvrdohlavá a dominantní, nemocí může ještě vygradovat. Typická je i náladovost.

Chování

Klasickým příznakem je bloudění, toulání se během dne i noci. Běžné je agresivní chování, inkontinence a dezorientace v čase a prostoru.

Fyzické změny

Fyzickou změnou může být úbytek váhy, chřadnutí svalů, proleženiny v případě pacienta upoutaném na lůžku. V souvislosti se stárnutím se zvyšuje náchylnost k infekcím.

3.2.2 Časná a pozdní forma nemoci

Časná forma nemoci

Časná neboli presenilní forma se objevuje u mladších lidí, kteří ještě nedosáhli 65 let. Příznakem je zhoršení paměti, deprese, snížená výkonnost. Později se ztrácí schopnost číst a počítat. V poslední fázi jsou potlačeny potřeby jídla a pití, zanikají emoce. Pacient umírá na selhání centrální nervové soustavy. (Halová, 2010)

Pozdní forma nemoci

Pozdní neboli senilní forma se oproti časně objevuje u lidí starších 65 let. S rostoucím věkem se riziko vzniku nemoci zvyšuje. Již od počátku nemoci dochází ke značným poruchám paměti a degeneraci osobnosti. Nemocný zanedbává hygienické návyky, je zmatený, neklidný a nezvládá činnosti běžného života. (Halová, 2010)

3.2.3 Stádia nemoci

Stádium mírné demence

Při počínající, mírné demenci je člověk ještě docela samostatný a soběstačný, nepotřebuje pomoc od druhých. Nemocného trápí poruchy paměti a nedokáže se plně soustředit. Podle Jiráka se tato problematika týká až 20 % lidí starších 65 let. V této fázi se klade důraz na prevenci rozvoje demence. Mezi preventivní opatření patří dostatek pohybu, kognitivní cvičení, čtení, omezení alkoholu a kouření, zdravá strava, terapie deprese a užívání ginkgo biloby. Podmínkou správného managementu Alzheimerovy choroby je včasná diagnóza. Ze studií se dovídáme, že od prvotních symptomů nemoci po řádnou diagnózu někdy uběhnou asi dva roky. Důvodem je nedostatečná informovanost, lidé berou demenci jako přirozenou součást stárnutí. Alzheimerova choroba je celosvětový problém a řadí se mezi první místa v nejčastějších příčinách úmrtí. Není jí věnována dostatečná pozornost, jako je tomu třeba u onkologických onemocnění. Veřejnost není motivována k brzké návštěvě lékaře. Na odborníka se obrátí až při rozvinuté formě demence a tam už je na prevenci pozdě. Diagnóza v rané fázi je zásadní také pro naplánování budoucího života, kdy mu to jeho stav ještě dovolí. (Jirák a kol., 2009)

Stádium rozvinuté demence

V rozvinutém stádiu demence už člověk nedokáže být samostatný, vyžaduje neustálou pomoc a péči. V této fázi je zapotřebí individuální přístup. Vyskytují se potíže s chováním a bloudění. Člověk, jež bydlí sám, je sám sobě nebezpečným. Problematické chování je způsobeno jeho nemocí, on za něj nemůže. (Jirák a kol., 2009)

Stádium pokročilé a terminální demence

V této fázi dochází ke značnému úbytku komunikačních schopností. Nemocný přestává poznávat své blízké nebo si nepamatuje jejich jména, je zcela inkontinentní, nedokáže se najíst, obléct. Je absolutně odkázán na péči druhých. Všechny funkce se zhoršují až do terminální fáze. Terapie by měly být prováděny, jen pokud z nich plyne nějaký přínos a nezhorší jeho kvalitu života. Terminální stádium většinou trvá jen několik týdnů a pacient je upoután na lůžko. Mezi projevy této fáze se řadí poruchy polykání a křeče. Léčebné metody už nemají smysl, jen by vyvolávaly diskomfort. Nejdůležitější je, aby se pacient cítil spokojeně. Na místě je citlivá ošetrovatelská péče a vyhovění základním lidským potřebám. I člověk v terminálním stádiu má emoce, jen o nich nedokáže mluvit. (Jirák a kol., 2009)

3.3 Epidemiologie Alzheimerovy choroby

V roce 2012 vydala Světová zdravotnická organizace WHO ve spolupráci s Alzheimer's Disease International zprávu s názvem Dementia: A public health priority (Demence: priorita pro systém zdravotnictví). Ze zprávy vyplývají tyto údaje:

- Nejčastější typ demence je Alzheimerova choroba (60 až 70 % případů demence). Druhým nejčastějším typem demence je vaskulární demence. Na dalším místě se umístila demence s Lewyho tělísky a nemoci, které přispívají k frontotemporální demenci.
- V roce 2010 žilo po celém světě 35,6 milionů obyvatel s demencí. Do roku 2030 by se měl tento počet zdvojnásobit a do roku 2050 se počítá dokonce s trojnásobkem. Roční incidence představuje asi 7,7 milionů případů. Dalo by se tak říci, že jeden nový případ se objevuje každou čtvrtou vteřinou. Z celosvětové incidence připadá 3,6 milionů na Asii, 2,3 milionů na Evropu, 1,2 milionů na Ameriku a 0,5 milionů na Afriku.
- V roce 2050 budou na světě 2 miliardy lidí starších 60 let a budou tvořit asi 22 % obyvatel světa.
- Demence není přirozenou součástí stárnutí. Prevalence demence se s růstem věku zvyšuje. Po dosažení 65 let se s dalšími přibývajících pěti lety života prevalence demence zdvojnásobuje.

- Incidence je vyšší u žen než u mužů (13,6 a 10,6 případů ročně na 1000 osob).
- Náklady související s tímto onemocněním byly v roce 2010 vyčísleny na 604 miliard USD. Náklady porostou rychleji než prevalence. Všechny země se musí připravit na ekonomické a sociální dopady.
- Ve vyspělejších státech se náklady na demenci skládají z nákladů na neformální péči, tj. péči poskytovanou především rodinou (45 %), na sociální péči (40 %) a na lékařskou péči (15 %).
- Demence je hlavním důvodem potřeby péče ve více i méně vyspělých státech. Demence je také zodpovědná za 11,9 % let života prožitých s disabilitou kvůli chronickému onemocnění.
- Doba přežití s Alzheimerovou chorobou je odhadnuta na 7,1 let, s vaskulární demencí na 3,9 let. Život s demencí je individuální záležitostí. Úmrtí může být způsobenou přímo demencí, tím že dojde k selhání životních funkcí. Ve většině případů ale člověk s demencí zemře na jiné přidružené onemocnění.
- Demence 2,5 krát zvyšuje nebezpečí úmrtnosti. Ve zprávě Dementia UK je uvedeno, že demence způsobuje 10 % úmrtí mužů a 15 % úmrtí žen starších 65 let.
- Mezi hlavní body správné péče o lidi s demencí patří včasné stanovení diagnózy, optimalizace tělesného zdraví, řešení psychologických příznaků a poruch chování, poskytování informací a podpory neprofesionálním pečovatelům.

Tabulka 2 zobrazuje prevalenci demence v Evropě v roce 2009 podle věku, s rozdělením na muže a ženy. Projevuje se zde již zmíněné, že s přibývajícimi roky života se zvyšuje riziko vzniku demence.

Tabulka 2: Prevalence demence v Evropě v roce 2009¹

Věk	Prevalence	
	Muži	Ženy
60 – 64	0,2 %	0,9 %
65 – 69	1,8 %	1,4 %
70 – 74	3,2 %	3,8 %
75 – 79	7,0 %	7,6 %
80 – 84	14,5 %	16,4 %
85 – 89	20,9 %	28,5 %
90 – 94	29,2 %	44,4 %
> 95	32,4 %	48,8 %

Tabulka 3 popisuje vzestup případů demence v České republice do roku 2050. Z předpokládaného výhledu je patrné, že se v roce 2050 zdvojnásobí počet lidí s demencí.

Tabulka 3: Vzestup případů demence v ČR do roku 2050

Rok	Počet lidí s demencí
2000	88 000
2001	95 000
2010	111 000
2015	124 000
2020	138 000
2025	157 000
2030	180 000
2035	202 000
2040	213 000
2045	218 000
2050	227 000

Zdroj: Válková a kol., 2010

¹Zdroj: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>

3.4 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Diagnóza Alzheimerovy choroby se podceňuje. Příznaků této nemoci si většinou blízcí pacienta nevšimnou, berou je jako běžnou součást stárnutí. Při náznaku choroby je zapotřebí navštívit lékaře. Na procesu diagnostiky se podílí nejen lékař, ale i pacient se svým pečovatelem či blízkým.

Pacient si svou nemoc většinou neuvědomuje nebo ji nechce řešit. Často ho k návštěvě lékaře přinutí rodinný příslušník či pečující osoba, která ho tam i doprovodí. Pečující osoba lékaři zodpoví otázky týkající se anamnézy, vzniku a průběhu onemocnění, demence v rodině, deprese, užívaných léků, změny chování.

Lékař vyšetřující pacienta je nejčastěji neurolog, psycholog či psychiatr. Provede vyšetření kognitivních funkcí, které jsou u této nemoci narušené. Diagnózu bez těchto testů určit nelze, i když je jen orientační. Se stoprocentní jistotou se nikdy nedá říci, že někdo trpí Alzheimerovou chorobou, důkazy této nemoci mohou být zjištěny až posmrtně na základě pitvy.

Každý pacient potřebuje individuální přístup, abychom mohli správně posoudit jeho celkový stav a diagnostikovat poruchy kognitivních funkcí. Lékař by měl nejen sdělit diagnózu, ale také informovat pacienta o pravděpodobném průběhu onemocnění, o možnostech pomoci, odpovědět na jeho otázky.

Nejvyužívanějším testem je Folsteinův test MMSE (Mini-Mental State examination). Jde o krátký test, který zkoumá orientaci místem i časem, zapamatování, počítání, poznávání, splnění úkolu, opakování věty a překreslení obrazce. MMSE je snadný a mezinárodně srovnatelný test. (Česká alzheimerovská společnost, 2003)

Dalším praktickým a druhým nejčastěji používaným je Test malování hodin. Pacient musí nakreslit ciferník hodin a do něj postavení ručiček v určené době. Tento test má za úkol porovnat výkon pacienta v čase. Dále podává informace o jeho prostorovém rozlišování, se kterým je spojen stav kognitivních funkcí. (Česká alzheimerovská společnost, 2003)

K diagnostice Alzheimerovy choroby se také používají zobrazovací metody (počítačová tomografie mozku a magnetická rezonance).

3.4.1 Mini-Mental State examination MMSE (Hrdlička, Hrdličková, 1999)

První část

- Orientace

Který je rok, roční období, datum, den v týdnu, měsíc? V jakém jsme státě, okrese, městě, ústavu, poschodí? Za každou správnou odpověď 1 bod. Max. 10 bodů.

- Zapamatování

Pokuste se zopakovat názvy tří předmětů, které vám vyjmenuji: jablko, stůl, halíř. Úlohu opakujte tak dlouho, dokud si pacient nezapamatuje všechny tři předměty, ale maximálně 6x. Za každý správně zopakovaný předmět 1 bod. Max. 3 body.

- Pozornost a mentální aritmetika

Požádejte pacienta, aby od čísla 100 postupně odečítal číslo 7. Skončete po 5. odpovědi. Za každé správné odečtení 1 bod. Max. 5 bodů.

- Výbavnost

Zeptejte se pacienta, jestli může zopakovat tři názvy předmětů, které si měl před chvílí zapamatovat. Za každou správnou odpověď 1 bod. Max. 3 body.

Druhá část

- Řeč

Ukažte pacientovi tužku. Zeptejte se: „Co je to?“ To samé udělejte s hodinkami. Za každý správně pojmenovaný předmět 1 bod. Max. 2 body.

Požádejte pacienta, aby zopakoval slovní obrat: „První pražská paroplavba.“ Je dovolen jen jeden pokus za 1 bod.

Dejte pacientovi pokyn, aby si vzal list papíru do pravé ruky, přeložil na polovinu a položil ho na podlahu. Po splnění všech třech úkonů získá 3 body.

Ukažte pacientovi papír, na kterém je napsáno: „Zavřete oči.“ Řekněte mu, ať si větu přečte a řídí se jí. Pokud zavře oči – 1 bod.

Požádejte pacienta, aby napsal větu. Za 1 bod je smysluplná věta s podmínkou i přísudkem.

- Kresba

Požádejte pacienta, aby nakreslil dva protnuté pětiúhelníky podle předlohy. K započtení 1 bodu je zapotřebí nakreslení všech 10 úhlů a protnutí dvou z nich.

Hraniční hodnotou, která poukazuje na demenci, je dosažení 25 bodů. Demence se rozlišuje podle výsledku testu: 24-10 bodů: mírná až středně těžká demence, 9-6 bodů: středně těžká až těžká demence, méně než 6 bodů: těžká demence.

3.4.2 Test hodin (Testovník, ČALS, 2003)

- Číslice jsou na správném místě i pořadí. Ručičky ukazují zadaný čas. Pacient neudělal žádnou chybu, test hodin je tak negativní.
- Číslice jsou rozmístěny nerovnoměrně nebo mimo ciferník. Pacient si pomáhá pomocnými čarami či otáčí papír i číslicemi. Jde o lehkou prostorovou chybu.
- Špatné zakreslení času. Pacient čas buď vůbec nezakreslí, nebo jen jednu ručičku.
- Střední stupeň prostorové dezorientace, kdy pacient nezakreslí čas, zapomene čísla, opakuje kruh či číslice zaznamenaná jen na jednu stranu od 12.
- Těžký stupeň prostorové dezorientace, podobný střednímu stupni, ale značněji vyjádřeno.
- Pacient nenakreslí nic nebo něco jiného než hodiny.

3.5 Farmakologická léčba Alzheimerovy choroby

V současnosti neexistují léky, které by Alzheimerovu chorobu zcela vyléčily. Existují pouze látky, které zlepšují metabolismus mozku a zabraňují většímu rozvoji nemoci.

Základní léčbou Alzheimerovy choroby je především terapie kognitivních funkcí a terapie podpůrná. Léky zaměřené na kognitivní funkce mohou mít příznivý vliv i na léčbu nekognitivních příznaků a podpůrné léky mohou zdokonalit podmínky pro kognitivní terapii. V současnost době je nejúspěšnějším a nejvíce využívaným způsobem léčby Alzheimerovy choroby ovlivnění acetylcholinergního systému. (Pidrman, 2007)

Skupina léků pro farmakoterapii Alzheimerovy choroby se nazývají kognitiva. V klasifikaci ATC se nazývají antidemencia. Patří sem inhibitory cholinesteráz a látky tlumící excitotoxicitu.

3.5.1 Inhibitory acetylcholinesteráz

Inhibitory acetylcholinesteráz se k léčbě Alzheimerovy choroby využívají kvůli chybějícímu acetylcholinu v mozku nemocných. Inhibitory tak snižují odbourávání acetylcholinu. Jsou lékem první volby v mírném až středním stádiu demence. Účinek léčby byl potvrzen i u těžších stádií Alzheimerovy choroby. Léčba zpomaluje tempo poklesu kognitivních funkcí, prodlužuje samostatnost a tlumí poruchy chování. Efektivita léčby byla prokázána u 60 až 70 % pacientů. Farmakoterapie zmírňuje zátěž pečovatele a také se díky ní prodlužuje nástup do pobytového zařízení ústavní péče. (Vlček a Fialová, 2010)

Nemocným s výsledky MMSE testu od 13 do 20 bodů je léčba hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Těžká stadia Alzheimerovy choroby se sice mohou léčit inhibitory acetylcholinesteráz, ale ze zdravotního pojištění hrazena nejsou. Důležitá je včasnost zahájení léčby hned po stanovení diagnózy. Neléčená Alzheimerova choroba rychle postupuje do těžkých stádií. Úspěšnost léčby je prokázána u donepezilu, rivastigminu a galantaminu. (Vlček a Fialová, 2010)

Donepezil

V celém světě je nejvíce zkušeností s donepezilem (ATC skupina N06DA02), protože byl na trhu jako první. Na počátku léčby se podává 5 mg denně, po delším užívání se denní dávka zvyšuje na 10 mg denně. „Je reverzibilním inhibitorem acetylcholinesterázy. Reverzibilní inhibice znamená, že podmínkou pro to, aby lék byl účinný, je jeho přítomnost v plazmě. V té době dochází k blokování molekul cholinesteráz.“ (Pidrman, 2007, str. 117)

Rivastigmin

Rivastigmin (ATC skupina N06DA05) je inhibitor acetylcholinesteráz a butyrylcholinesteráz. Lék se podává 2x denně. Během prvního měsíce se dává 2x denně 1,5 mg, druhý měsíc 3 mg, třetí měsíc 4,5 mg a další měsíce 6 mg za den.²

Galantamin

Galantamin (ATC skupina N06DA04) je inhibitor acetylcholinesteráz, který se podává během prvního měsíce 2x denně 4 mg, druhý měsíc 2x denně 8 mg a další měsíce 2x denně 12 mg.²

²Zdroj: <http://www.remmedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Farmakoterapie-Alzheimerovy-choroby/6-L-L6.magarticle.aspx>

Tabulka 4: Kognitiva užívaná pro léčbu demence – inhibitory cholinesteráz

léčivo/obchodní název léku	mechanismus působení	poločas eliminace	doporučená dávka	léková forma
donepezil (ARICEPT, DONEPEZIL-TEVA, DONEPEZIL- SYNTHON, DONPETHON)	reverzibilní inhibice acetylcholinesteráz	72h	Zahajovat 5 mg 1krát denně večer, po měsíci zvýšit a udržovací dávku 10 mg večer	tbl. 5 a 10 mg
rivastigmin (EXELON, PROMETAX)	pseudoireverzibilní inhibice acetylcholinesteráz a butyrylcholinesteráz	8 h	Zahajovat 1,5 mg 2krát denně, pak pomalu titrovat po 14 dnech až měsíci do celkové dávky 6 mg 2krát denně	Cps. 1,5; 3; 4; 5 a 6 mg sol. 2 mg/ml emp. 4,6 mg/24 h; 9,5 mg/24 h
galantamin (REMINYL, APO- GALANT, FLASHMEL, GALAMED, GALANTAMIN- SANDOZ, GALANTAMIN- RATIOPHARM, GALANTAMIN- TEVA, KUROMENT, OXYGAL, ZAPTRON)	reverzibilní inhibice acetylcholinesteráz a alosterická modulace nikotinových receptorů	7 – 8 h	Zahajovat 4 mg 2krát denně, pomalu titrovat po 2 – 4 týdnech, zvyšovat na 8 mg 2krát denně, při toleranci až na 12 mg 2krát denně	tbl. 4, 8, 12 mg (2krát denně) tbl. 16, 24 mg (1krát denně) sol. 4 mg/ml

Zdroj: (Vlček a Fialová, 2010)

3.5.2 Léčiva tlumící excitotoxicitu

Těžší stádia Alzheimerovy choroby jsou léčena memantinem. „Memantin je látka nekompetitivně blokující NMDA-receptory, které jsou u demenčních pacientů nadměrně aktivovány nadbytkem excitotoxicky působícího glutamátu. Tím je usnadněn synaptický přenos a zlepšuje se funkce neuronu.“ (Vlček a Fialová, 2010, str. 287)

Léčba memantinem u těžkých stádií onemocnění má totožné účinky jako léčby inhibitory acetylcholinesteráz u mírných a středních forem Alzheimerovy choroby. Výsledky studií prokazují udržení kognitivních funkcí, zpomalení postupu Alzheimerovy choroby, prodloužení samostatnosti a zlepšení poruch chování. (Vlček a Fialová, 2010)

Farmakoterapie léčivou látkou memantin je také indikována při netoleranci k inhibitorům acetylcholinesteráz. Léčba je ze zdravotního pojištění hrazena při dosažení 7 až 17 bodů z testu MMSE. (Vlček a Fialová, 2010)

Tabulka 5: Kognitiva užívaná pro léčbu demence – antagonisté NMDA-receptorů

léčivo/obchodní název léku	doporučená dávka	léková forma	poznámky
Memantin (Ebixa, Axura)	Zahajovat 5 mg 1krát denně večer, postupně po 1-2 týdnech titrovat na udržovací dávku 20 mg 1krát denně.	tbl. 10 mg, gtt. 10 mg/g (= 20 kapek)	Modulátor glutamátové transmise v CNS; je nutná postupná titrace NÚ; insomnie, závratě, průjem. Riziko interakcí je nevýznamné. Kontraindikován u renální insuficience.

Zdroj: (Vlček a Fialová, 2010)

Extrakt z listů Ginkgo biloby obsahuje řadu účinných látek. Z některých klinických studií se můžeme dozvědět, že působí příznivě na nemocné Alzheimerovou chorobou. Jiné studie tuto informaci vyvracejí. Účinek extraktu z listů Ginkgo biloby se opírá o nízkou sílu důkazů. Je vhodný jen jako podpůrný prostředek k léčbě inhibitory acetylcholinesteráz.³

³ Zdroj: <http://www.remedia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Farmakoterapie-Alzheimerovy-choroby/6-L-L6.magarticle.aspx>

3.6 Nefarmakologická léčba Alzheimerovy choroby

Metody a přístupy k pacientům s Alzheimerovou chorobou podle Jiráka a kol. (2009):

Programované aktivity

Lidé v rozvinuté fázi demence se ještě mohou účastnit různorodých aktivit. Pokud jim tyto aktivity nejsou nabízeny, mohou se u nich objevovat poruchy chování. Tyto následky jsou problematické jak pro rodinné příslušníky, kterým takové chování stěžuje život, tak i pro ošetřující personál ve zdravotních či sociálních zařízeních. Nemocní Alzheimerovou chorobou si zakládají na svém pravidelném denním režimu a jakékoliv změna je může vyvést z míry a rozčílit. Je zapotřebí jejich přání respektovat, ale zároveň je nenásilně vést k činnostem, které zachovávají jejich soběstačnost.

Individualizované aktivity

Ve stádiu rozvinuté demence je vhodné programování aktivit. S rozvojem nemoci je na místě spíše individualizovaný režim. Nemocný ztrácí zájem, snáze se unaví a programování aktivit by mohlo jeho stav více zhoršit. V pokročilém stádiu demence už pacient není tak neklidný a více spí. Je zapotřebí mu stále poskytovat různorodé činnosti, ale musí být snadné. Nemocný je na pomoci od druhých odkázán stále více a více.

Reflektivní podpora

Reflektivní podpora je komplexní přístup, který vychází z výsledků moderní vědy. Zároveň je založena na těchto principech:

- Osoba trpící demencí je jedinečná lidská bytost, proto se k ní tak chováme, i když nám není schopna poskytnout odpovídající reakci.
- Stále se snažíme napomáhat k důstojnosti a soběstačnosti osoby s demencí.
- K osobě trpící demencí se chováme podle jejího dříve vysloveného přání.
- Během péče a terapie bereme ohledy na aktuální stav a potřeby pacienta.
- Snažíme se pacientovi nabízet jen to co je mu příjemné, naopak tomu co je pro něj nepříznivé se snažíme vyhnout.

- Verbální či neverbální komunikací se snažíme pacienta podporovat, dát mu pocit bezpečí, jistoty.
- Všichni ošetřující, ať už jsou to profesionálové nebo rodinní příslušníci, bez ohledu na jejich role, si jsou rovni.

Orientace realitou

V současnosti se používají jen některé složky orientace realitou. Člověk s demencí je dezorientován. Při snaze o usnadnění jeho orientace se jeho vnímání reality může zlepšit, ale za cenu nepohodlí a zhoršení stavu. Lidé s demencí si např. mohou myslet, že jejich dávno zemřelí příbuzní stále žijí. Pokud jim vysvětlíme skutečnou realitu, budou z toho zarmouceni. Hned na to sice zapomenou, ale pocit smutku v nich přetrvává. Proto není zapotřebí vše vysvětlovat, ale přizpůsobit se jejich vnímání. Z techniky orientace realitou používáme například hodiny a kalendář, kterým se snažíme nemocného přimět vnímat skutečný čas.

Validace

Základem validace je respekt a úcta k člověku trpícím demencí a přijetí jeho tématu hovoru. Pokud se člověk s demencí nechce zapojit do dané činnosti, protože mluví o svém blízkém a třeba na něj čeká, měli bychom si s nemocným o jeho blízkém promluvit, o jejich společných zážitcích a postupně ho zklidnit, aby se zapojil do činnosti.

Kognitivní trénink

Kognitivní trénink nemůžeme považovat za terapii, jde spíše o zábavnou činnost, protože z důvodu zhoršování onemocnění se kognitivní funkce zlepšit nemohou. Pro člověka v mírném stádiu demence může být kognitivní trénink i velmi nepříjemný a stresující. Úkoly musí být vhodně zvolené a na konci musí pacienta čekat pochvala za správné provedení úlohy.

Reminiscence

Reminiscence je metoda, která pracuje se vzpomínkami. Mezi pomůcky reminiscence můžeme zařadit životopis, staré fotografie, upomínkové předměty, staré filmy a hudbu. Prostě vše, co pečovateli a nemocnému pomůže spolu komunikovat a najít vhodné téma hovoru a následného sblížení. Při této metodě bychom se měli vracet do mládí a středních let, které si člověk s demencí vybavuje ve své paměti nejvíce. Reminiscence by měla napomáhat udržet lidskou důstojnost člověka trpícího demencí.

Naučený postup

Tato metoda nám přibližuje běžné postupy individuálního člověka. Jde o popis aktivit běžného dne, co má či nemá rád. V případě, že se nemocný ocitá v neznámém prostředí, např. nemocnici, kde nejsou respektovány jeho zvyky, dochází nejčastěji k nežádoucím situacím jako je bloudění, agresivní chování a neklid, které vedou ke zhoršení stavu pacienta.

Prostředí pro lidi s demencí

Prostředí pro lidi s demencí by mělo být co nejvíce domácí. Je zapotřebí pamatovat především na opatření, která zlepší bezpečnost pacienta (např. odstranění bariér a nástrah, lepší orientace pomocí nápisů a barev). Ideální zařízení pro pacienty s demencí by mělo obývat 15 až 20 obyvatel. Nejlépe s jednolůžkovými pokoji s vlastním příslušenstvím, prostory pro společné činnosti. Celý prostor by měl být přehledný, ale útulný. Vše by mělo být jasně označené s výjimkou hlavních dveří. Nemocní by ale v žádném případě neměli být zamykáni ve svých pokojích. Prostor by se neměl moc často měnit, aby se tu lidé s demencí mohli dobře orientovat a zvyknout si.

Kinezioterapie a taneční terapie

Kinezioterapie pomáhá i lidem s demencí, udržuje jejich svalovou sílu a zabraňuje problémovému chování. Kinezioterapie se hodí mezi programové aktivity i individualizované aktivity. Patří sem různé jednoduché cviky a procházky s ohledem na možnosti pacienta. Do denního programu můžeme zařadit i taneční terapii. Poslech hudby a snadno zvládnutelné pohyby jsou vhodnou volbou, která na pacienta působí velmi pozitivně.

3.7 Prevence Alzheimerovy choroby

V této podkapitole jsem čerpala z Kučerové (2006).

Nejlepší prevencí, jako u všech nemocí, je zdravý životní styl. Prevencí nemoci je tedy dostatek spánku, pohybu, kvalitní strava a žádný stres. Život sebou ale přináší nejen radosti, ale i strasti. Proto se stresovým situacím velmi těžko vyhneme. Naším úkolem je tyto situace zvládnout a poradit si s nimi. V nesnadných životních situacích si můžeme pomoci sami nebo nás podrží rodina či někdo blízký. Pokud ale stres nezvládneme vůbec, je na místě zajistit odbornou pomoc v podobě psychologa či psychiatra. Mít někoho blízkého, ať už rodinu či přátele, je také užitečnou prevencí.

Důležitá je také dostatečně kvalitní léčba různých nemocí, se kterými se pacient během svého života setkal. Ať už se jedná o běžné infekční a virové choroby nebo o vážnější diabetes a hypertenzi. S poruchou paměti souvisí i nepravidelné či žádné užívání léků, což je opravdový problém. Nesprávné užívání léků může vyvolat vážné důsledky. Například pacient trpící diabetem si nesprávným aplikováním inzulínu může způsobit hypoglykemické kóma nebo vážné dlouhodobé zdravotní problémy.

I pacient, který už Alzheimerovou chorobou trpí, by měl dodržovat zdravý životní styl. To jak důsledně ho může splňovat, závisí na pokročilosti nemoci a dalších podmínkách. Nemocný by měl spát v noci, přes den si může jen odpočinout. Důležité je také dbát na pobyt na vzduchu, chodit na procházky. Pečovatelé by měli pacienta zapojit do různých aktivit, protože demence narušuje jejich soustředění a nemocnému se nechce nic dělat, což mozku neprospívá.

Staří lidé mohou být dehydratováni, protože jim chybí pocit žízně, a tak se často zapomenou napít. Dementní lidé zapomínají i jíst, proto je třeba dbát na jejich pravidelný stravovací režim, stravu bohatou na živiny a vitamíny.

3.8 Pobytová zařízení pro seniory v ČR

Pomoc pacientovi zajišťuje jeho rodina nebo je mu poskytnuta odborná péče. Pro pacienta je nejlepší domácí péče, kdy se nachází ve společnosti svých blízkých. Pokud se rodina nemůže o nemocného starat, je nejčastěji umístěn do domova pro seniory nebo léčebny pro dlouhodobě nemocné. Alzheimerova choroba je specifická, proto vyžaduje zvláštní péči, kterou jí tato zařízení nemohou poskytnout. Vhodnější jsou domovy se zvláštním režim, které se mohou zaměřovat na cílovou skupinu osob trpících demencí. Zvláštním typem jsou Alzheimercentra, která se specializují na nemocné Alzheimerovou chorobou. Po České republice můžeme nalézt jen 5 zařízení tohoto typu. Problémem je několikanásobně převyšující poptávka po specializované péči o lidi trpící Alzheimerovou chorobou. Pokud vybíráme pro svého blízkého vhodnou odbornou péči, měli bychom se řídit kritérii kvalitní ústavní péče, které jsou uvedeny v Příloze 1.

Zde uvádím nabídku poskytovaných služeb seniorům v České republice:

Domov pro seniory

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobý pobyt seniorům, kteří potřebují pomoc druhé osoby. Seniorům jsou poskytnuty ubytovací a stravovací služby, úkony sociální a zdravotní péče, doplňkové služby. Do sociální péče spadá pomoc při zvládnutí běžných činností, pomoc při osobní hygieně, vytváření společenského kontaktu, terapeutické a aktivizační úkony. Zdravotní péče se poskytuje v rámci ošetrovatelství. Klíčovými úkony se řadí ošetrovatelská intervence, péče o ránu, použití léčebné či inhalační terapie. Mezi doplňkové služby patří fakultativní služby, které si jednotliví klienti vybírají podle sebe. Poskytování fakultativních služeb je zpoplatňováno. S těmito službami může souviset i fyzioterapeutická a rehabilitační péče, která není hrazena ze zdravotního pojištění. (Kalvach, 2011)

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem poskytuje pobyt osobám se sníženou soběstačností. Důvodem pro umístění do domova se zvláštním režimem je chronické psychické onemocnění, závislost na návykových látkách, Alzheimerova nemoc a další typy demence. Osoby trpící některým z těchto onemocnění potřebují stálou péči. Zvláštní režim v domově je upraven potřebám těchto osob. Ještě nedávno, před rokem 2007, byly tyto služby poskytovány v domovech pro seniory.

V domovech pro seniory existovala speciální ošetrovatelská lůžka či oddělení pro nesoběstačné osoby se zvýšenou potřebou zdravotní péče. Počet lůžek byl v pravomoci managementu domova. V domovech se zvláštním režimem by měla být přesně definována cílová skupina osob, které mohou být služby poskytnuty. (Kalvach, 2011)

Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebnou pro dlouhodobě nemocné (LDN) a nemocnicí následné péče (NNP) jsou nazývány zařízení, které poskytují zdravotní služby pro pacienty, jež nevyžadují akutní péči v nemocnici, ale zároveň nemohou být posláni do domácí péče. Pacienti v těžkém stádiu demence jsou často posíláni do léčeben pro dlouhodobě nemocné k paliativní péči. (Kalvach, 2011)

Hospice

Hospice poskytují především paliativní péči. Podle WHO je paliativní péče přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin tím, že čelí životu ohrožujícímu onemocnění prostřednictvím prevence a zmírnění utrpení včasnou identifikací a dokonalým posouzením léčby bolesti a jiných problémů v oblasti fyzické, psychosociální a duchovní.

3.9 Česká alzheimerovská společnost

Údaje o České alzheimerovské společnosti jsem čerpala z webových stránek www.alzheimer.cz

Česká alzheimerovská společnost je občanské sdružení, které vzniklo v roce 1997 a jeho sídlem je Gerontologické centrum v Kobylisích v Praze. ČALS je členem mezinárodních organizací Alzheimer Europe a Alzheimer's Disease International. Členy společnosti jsou profesionálové v obou gerontologie. Hlavním cílem je pomáhat a podporovat lidi postižené demencí a jejich rodiny. Předsedkyní společnosti je doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., gerontoložka a spoluzakladatelka tohoto občanského sdružení.

ČALS je financována z různých projektů, dotací, grantů, firem a individuálních darů. Každý rok pořádá veřejnou sbírku s názvem Pomerančový týden. Společnost není závislá na farmaceutických firmách, ale podpora těchto firem je důležitá.

Alzheimer's Disease International pojmenovala 21. září jako Mezinárodní den Alzheimerovy nemoci. ČALS ho od roku 2001 vyznává jako Pomerančový den. V tento den poukazuje na Alzheimerovu nemoc distribucí letáků, pořádáním akcí a veřejné sbírky.

Kontaktní místa ČALS můžeme nalézt ve všech krajích. Tyto místa poskytují služby pro postižené demencí a jejich rodiny. Kontaktním místem se může stát jen kvalitní sociální či zdravotní zařízení. Kvalita je zaručena vlastním certifikačním systémem Vážka. V roce 2005 ČALS přemístila Pomerančový den na 21. června, kdy má svátek Alois⁴. A v roce 2012 se vrátila zpět k datu 21. září.

Mezi služby ČALS patří především sociální služby, do kterých se řadí poradenství trpícím demencí a jejich rodinám a také respitní péče čili odlehčovací služba v domácnosti. Dále poskytuje konzultace profesionálům. Její další činností je pořádání přednášek a konferencí. Důležitou službou jsou vzdělávací programy, jelikož ČALS je akreditovaným vzdělávacím zařízením Ministerstva práce a sociální věcí ČR.

Již zmíněný certifikační systém Vážka je určen poskytovatelům služeb pro nemocné demencí. Certifikát je udělen po splnění kritérií na dobu nejdéle 18 měsíců.

Hodnocené oblasti pro získání certifikátu Vážka⁵:

- *Filosofie a strategie péče*
- *Aktivita*
- *Spolupráce s rodinou a přáteli*
- *Individualizovaná péče*
- *Důstojnost*
- *Zdravotní péče*
- *Zvládání problematického chování, používání omezovacích prostředků*
- *Bezpečnost*
- *Výživa a hydratace*
- *Celkový pohled na zařízení, jeho funkčnost*

⁴ Alois Alzheimer

⁵ Zdroj: <http://seniorcentrumblansko.webnode.cz/certifikat-vazka/>

- *První dojem po vstupu do zařízení*
- *Společné prostory*
- *Pokoje*
- *Hygiena*
- *Orientace*
- *Zázemí pro personál*
- *Počet a kvalifikace pracovníků*
- *Kvalifikace v demencích*
- *Potřeby personálu a jejich podpora*
- *Zaškolení a další vzdělávání*
- *Kompetence pracovníků*

4 Nákladové analýzy

Metoda Cost of Illness je jednou z několika nákladových analýz sloužících k farmakoekonomickému hodnocení. Mezi další nákladové analýzy se řadí:⁶

Analýza užitečnosti nákladů (Cost-Utility Analysis, CUA) se uplatňuje, pokud má hodnocená intervence dopad na kvalitu a délku života. Dále se používá, jestliže má intervence vliv na více kritérií účinnosti. Dochází zde k porovnání nákladů a přínosů. Přínosy jsou zastoupeny hodnotou roku života plného zdraví, čili QALY (Quality-Adjusted Life Year). Přínos může být měřen pomocí metody roku zdravého života, času stráveném bez příznaků nemoci a toxicity léčby nebo roku života o snížené kvalitě.

Analýza nákladové efektivity (Cost-Effectiveness Analysis, CEA) je podobná analýze užitečnosti nákladů. Rozdílem jsou přínosy vyjádřené jinak než pomocí QALY. Přínosy jsou vyjádřeny např. snížením krevního tlaku a počtem získaných roků života. CEA se používá při porovnání několika intervencí s totožnými výsledky léčebné terapie. Význam této analýzy se snižuje, pokud dojde ke srovnání mezi různými diagnózami.

Analýza minimalizace nákladů (Cost-Minimization Analysis, CMA) je užitečnou metodou v případě, že hodnocené a porovnávané intervence jsou v podstatě totožné. K analýze minimalizace nákladů je zapotřebí přidat doklad o stejné efektivitě a bezpečnosti zkoumané intervence. Tato metoda je v praxi méně využívána, je vhodná pro hodnocení chirurgických zákroků a zdravotnických potřeb.

Analýza dopadu na rozpočet (Budget Impact Analysis, BIA) je součástí již zmíněných metod. Jejím cílem je vyčíslit náklady, které souvisejí se zavedením nové intervence. BIA je provedena pro období 3 až 5 let.

Analýza prospěšnosti nákladů (Cost-Benefit Analysis, CBA) porovnává finanční náklady a přínosy dané intervence. Metodika této analýzy není stanovena.

Analýza nákladů a dopadů (Cost-Consequence Analysis, CCA) je určitým základním kamenem k provedení CEA nebo CUA. Náklady a přínosy jsou představovány zvlášť.

⁶ Zdroj: http://www.farmakoekonomika.cz/vyzkum_161.htm

4.1 Náklady na onemocnění (Cost of Illness, COI)

Tato podkapitola vychází z Joel E. Segel, B. A., (2006).

Nákladová analýza Cost of Illness vznikla v 60. letech ve Spojených státech amerických. Studie Cost of Illness měří ekonomickou zátěž onemocnění. V průběhu posledních 30 let bylo provedeno mnoho těchto studií, které se staly nápomocnými v diskuzích politik veřejného zdraví. Znalost nákladů na onemocnění napomáhá k rozhodování o tom, která nemoc se má stát prioritou. Tato metoda může být také přínosem pro další nákladové analýzy, jako jsou například Cost-Benefit analýzy a Cost-Effectiveness analýzy.

Jeden ze způsobů, jak k metodě přistupovat, je založen na incidenci onemocnění (incidence-based studies). Metoda zahrnuje náklady od začátku až do konce, tedy od stanovení diagnózy po vyléčení či úmrtí pacienta. Způsob založený na incidenci není tak často používaný, jelikož je náročnější. Další způsob přístupu k metodě Cost of Illness je založen na prevalenci onemocnění (prevalence-based studies). Tento přístup zahrnuje náklady související s určitým časovým obdobím, nejčastěji jedním rokem. Způsob založený na prevalenci nemoci se používá častěji než způsob vyplývající z incidence nemoci.

V Cost of Illness analýzách hrají hlavní roli přímé náklady. Přímé náklady se dělí na medicínské a nemedicínské. Mezi medicínské se řadí náklady spjaté s diagnózou, léčbou, ale i prevencí nemoci. Konkrétně se jedná o léky, nemocniční péči, ambulantní péči, následnou péči, rehabilitace, zdravotní materiál, ortopedické pomůcky, mzdové náklady, atd. Příímým nemedicínským nákladem může být transport do nemocnice, náklady na dopravu, na speciální dietu, výzkum, školení, domácí péče atd.

Nepřímé náklady není snadné vyjádřit, proto se v Cost of Illness analýzách často neobjevují. Dále se dělí na náklady mortality a morbidity. Náklady mortality vyjadřují hodnotu příjmů ztracených v důsledku smrti pacienta. Náklady morbidity představují ztrátu času, kterou pacientovi onemocnění přineslo. Ztracený čas mohl pacient využít lépe. Léčba nemoci mu přinesla omezení jiných aktivit.

5 Náklady na onemocnění konkrétního pacienta

Pro identifikaci a přibližnou kvantifikaci nákladů metodou Cost of Illness z pohledu pacienta jsem zvolila konkrétního pacienta, kterým je paní Marie.

Při výpočtu nákladů na onemocnění jsem čerpala z Přehledu úhrad zdravotní péče. Všeobecná zdravotní pojišťovna poskytla paní Marii výpis s osobního účtu pojištění za rok 2012. Výpis se skládá se 3 částí: přehled úhrad, detailní přehled úhrad zdravotní péče, poplatky a doplatky. Pomocí těchto přehledů jsem mohla vyčíslit náklady spojené s Alzheimerovou chorobou.

Paní Marii je 79 let, je diabetik a několikrát denně si aplikuje hormon inzulin v injekcích. Rodina si začala všímat, že její paměť už není to, co bývala. Přidaly se problémy se zvládáním běžných každodenních činností a inkontinencí (3. stupeň postižení). Paní Marie žila ve svém domě sama a pravidelně neužívala léky a neaplikovala si inzulin. Proto se nastěhovala ke své dceři, kde je pod stálým dohledem. V červenci 2012 jí byla na základě komplexního neurologického vyšetření diagnostikována Alzheimerova choroba.

V srpnu 2012 byla rychlou záchrannou službou převezena do nemocnice, z důvodu nevolnosti a odmítání potravy. V nemocnici byla zjištěna perforace appendixu. Na pobyt v nemocnici si nepamatuje.

V této práci identifikuji a kvantifikuji náklady paní Marie související s Alzheimerovou chorobou za rok 2012. Vzhledem k tomu, že nemoc byla diagnostikována v červenci 2012, jde o analýzu nákladů za půl roku. Proto bych ráda dále uvedla odhadované náklady paní Marie za běžný rok s Alzheimerovou chorobou. Rozhodla jsem se zohlednit přímé náklady z pohledu pacienta. Konkrétně náklady na vyšetření, léky, pomůcky a náklady hrazené pacientkou.

5.1 Náklady za rok 2012

5.1.1 Vyšetření

V červenci 2012 byla paní Marii diagnostikována Alzheimerova choroba. Během komplexního vyšetření neurologem proběhl rozhovor s pečující dcerou. Součástí vyšetření byl Folsteinův test MMSE (Mini-Mental State Examination) a Test malování hodin. Další vyšetření neurologem bylo provedeno v říjnu. Vyšetření jsou hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Komplexní vyšetření neurologem stálo 578,70 Kč a cílené vyšetření neurologem dosahovalo 294,30 Kč. Neurologická ambulance vykázala v roce 2012 zdravotní péči v hodnotě 873 Kč.

Tabulka 6: Vyšetření

Datum	Kód	Popis	Cena
17. 07.	29021	Komplexní vyšetření neurologem	578,70 Kč
31. 10.	29022	Cílené vyšetření neurologem	294,30 Kč
Celkem			873,00 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.1.2 Léky

Po diagnostice Alzheimerovy choroby byly paní Marii předepsány potahované tablety Alzil 5 mg, s účinnou látkou monohydrát donepezil-hydrochloridu.

Charakteristika léku Alzil 5 mg:

- ATC skupina N06D léčba kognitivních poruch
- ATC skupina N06DA inhibitory acetylcholinesterázy
- ATC skupina N06DA02 donepezil

Během říjnového cíleného vyšetření neurologem došlo ke změně léčebné terapie. Nebyl předepsán lék Alzil 5 mg, ale lék Donepezil Actavis 5 mg, s účinnou látkou donepezil-hydrochlorid, ze stejné ATC skupiny N06DA02 donepezil.

Balení potahovaných tablet Alzil 5 mg stálo 541,54 Kč. Předepsaná 2 balení potahovaných tablet Donepezil Actavis 5 mg měla hodnotu 1095,07 Kč. Všechna balení předepsaných léků k farmakologické léčbě Alzheimerovy choroby měla hodnotu 1636,61 Kč.

Z veřejného zdravotního pojištění byly uhrazeny oba léky. Léčivá látka donepezil ze skupiny inhibitorů acetylcholinesteráz je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění všem pacientům, kterým byla diagnostikována Alzheimerova choroba a v testu MMSE dosáhli skóre v rozmezí od 25 do 13 bodů včetně. Paní Marie tuto podmínku splnila, proto jsou tyto léky hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 7: Předpis léků

Datum	Kód	Popis	Cena
18. 07.	0154025	Alzil 5 mg	541,54 Kč
31. 10.	0151581	2x Donepezil Actavis 5 mg	1095,07 Kč
Celkem			1636,61 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.1.3 Pomůcky

Jedním z projevů Alzheimerovy choroby je také inkontinence, která se projevuje v těžších nebo již mírných stádiích nemoci. Poukaz na pomůcky pro inkontinenci předepsal ošetřující praktický lékař. Navlékací kalhotky se používají při 3. stupni inkontinence. První poukaz byl předepsán v červenci a jednalo se o 4 balení (1 balení obsahuje 13 ks) za 1511,60 Kč. Další poukaz byl vyplněn v srpnu na 8 balení za 3023,20 Kč. Poté byl poukaz předepisován každé dva měsíce po 8 balení za 3024 Kč. Celková částka za absorpční navlékací kalhotky Abri Flex L1 předepsané v roce 2012 byla 10 582,80 Kč. Tyto inkontinenční pomůcky jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 8: Předpis poukazů na zdravotní pomůcku

Datum	Kód	Popis	Cena (v Kč)
13. 07.	0088130	Kalhotky absorpční navlékací Abri Flex L1 (4 balení)	1511,60 Kč
13. 08.	0088130	Kalhotky absorpční navlékací Abri Flex L1 (8 balení)	3023,20 Kč
10. 10.	0088130	Kalhotky absorpční navlékací Abri Flex L1 (8 balení)	3024,00 Kč
12. 12.	0088130	Kalhotky absorpční navlékací Abri Flex L1 (8 balení)	3024,00 Kč
Celkem			10582,80 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.1.4 Náklady hrazené pacientkou

Paní Marie navštívila neurologickou ordinaci v červenci a v říjnu 2012. Při obou návštěvách jí byl účtován regulační poplatek za návštěvu. Dále jí byly započteny regulační poplatky za recept. Celkem v roce 2012 zaplatila za regulační poplatky 120 Kč.

Tabulka 9: Poplatky

Datum	Kód	Popis	Cena
17. 07.	09543	Regulační poplatek za návštěvu	30,00 Kč
17. 07.	09540	Regulační poplatek za recept	30,00 Kč
31. 10.	09543	Regulační poplatek za návštěvu	30,00 Kč
31. 10.	09540	Regulační poplatek za recept	30,00 Kč
Celkem			120,00 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

Na doporučení lékaře užívá paní Marie vitamín B.

Tabulka 10: Vitamin B

Datum	Popis	Cena
červenec	Vitamin B	35,00 Kč
srpen	Vitamin B	35,00 Kč
září	Vitamin B	35,00 Kč
říjen	Vitamin B	35,00 Kč
listopad	Vitamin B	35,00 Kč
prosinec	Vitamin B	35,00 Kč
Celkem		210,00 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.1.5 Celkové náklady roku 2012

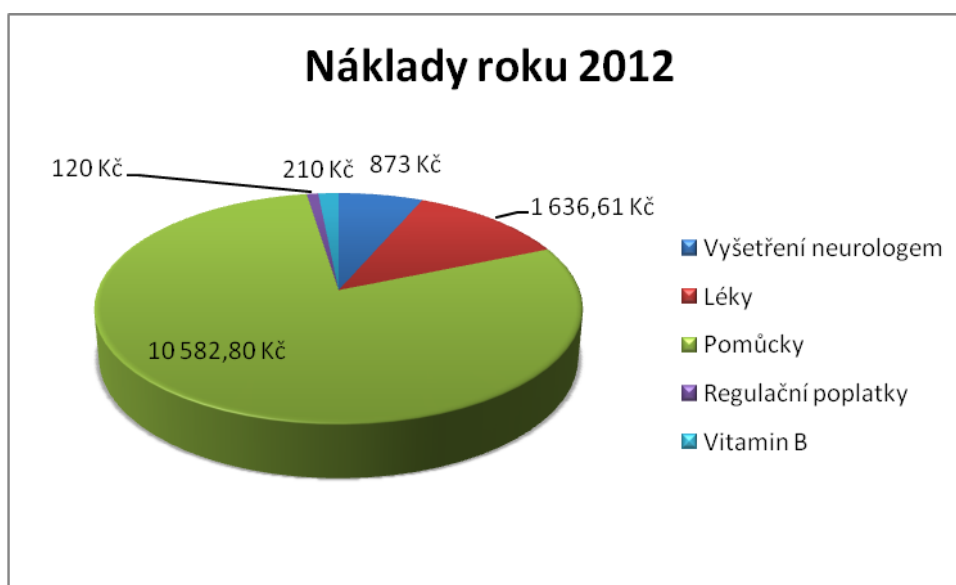
Celkové náklady za 6 měsíců roku 2012 činily 13 422,41 Kč. Z toho největší část zaujímají inkontinenční pomůcky v hodnotě 10 582,80 Kč. Léky stály 1636,61 Kč, vyšetření neurologem 873 Kč, vitamin B 210 Kč a regulační poplatky dosáhly 120 Kč.

Tabulka 11: Celkové náklady roku 2012

Popis	Cena
Vyšetření neurologem	873,00 Kč
Léky	1636,61 Kč
Pomůcky	10582,80 Kč
Regulační poplatky	120,00 Kč
Vitamin B	210,00 Kč
Celkem	13422,41 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 1: Náklady za 6 měsíců roku 2012



Zdroj: Vlastní výpočet

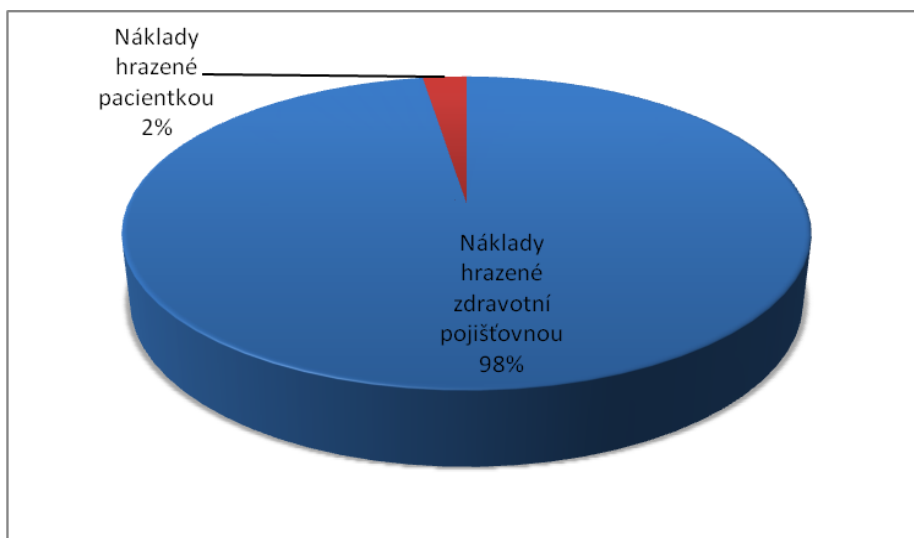
Po rozdělení celkových nákladů na náklady hrazené pacientkou a náklady hrazené zdravotní pojišťovnou vyplývá, že zdravotní pojišťovna hradí většinu zdravotní péče. Zdravotní pojišťovna zaplatila za pacientku v roce 2012 13 092,41 Kč, tedy 98 %. Pacientka uhradila jen 330 Kč, tedy 2 % z celkových 13 422,41 Kč.

Tabulka 12: Podíl nákladů hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou

Popis	Cena
Náklady hrazené zdravotní pojišťovnou	13092,41 Kč
Náklady hrazené pacientkou	330,00 Kč
Celkem	13422,41 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 2: Podíl nákladů hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou



Zdroj: Vlastní výpočet

5.2 Odhad ročních nákladů

5.2.1 Vyšetření

Návštěva neurologické ambulance probíhá 4x do roka. 1 vyšetření stojí 294,30 Kč. Cena za 4 vyšetření za rok je 1177,20 Kč.

Tabulka 13: Cena vyšetření za rok

Druh vyšetření	Cena za 1 vyšetření	Cena za 4 vyšetření za rok
Cílené vyšetření neurologem	294,30 Kč	1177,20 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.2.2 Léky

Lék Donepezil Actavis 5 mg je předepisován neurologem při vyšetření, které probíhá 4x do roka. Cena za 1 recept je 1095,07 Kč. Léky stojí 4 380,28 Kč za rok.

Tabulka 14: Cena léků za rok

Léky	Cena za 1 recept	Cena za 4 recepty za rok
Donepezil Actavis 5 mg	1095,07 Kč	4380,28 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.2.3 Pomůcky

Poukaz na inkontinenční pomůcku předepsaný ošetřujícím praktickým lékařem 1x za 2 měsíce, vždy po 8 balení. Cena za 8 balení je 3024 Kč. Ročně je vysáno 6 poukazů za 18 144 Kč.

Tabulka 15: Cena pomůcek za rok

Pomůcky	Cena za 1 poukaz	Cena za 6 poukazů/rok
Kalhotky absorpční navlékací Abri Flex L1	3024,00 Kč	18144,00 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.2.4 Náklady hrazené pacientkou

Regulační poplatek za návštěvu a regulační poplatek za recept je uhrazen 4x do roka. Ročně stojí regulační poplatky za návštěvu a za recept celkem 240 Kč.

Tabulka 16: Cena poplatků za rok

Regulační poplatky	1 poplatek	4 poplatky za rok
Regulační poplatek za návštěvu	30,00 Kč	120,00 Kč
Regulační poplatek za recept	30,00 Kč	120,00 Kč
Poplatky celkem		240,00 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

Vitamín B je zakoupen každý měsíc, tedy 12x do roka. Cena balení je 35 Kč. Roční spotřeba dosahuje 12 balení za 420 Kč.

Tabulka 17: Cena vitamínu B za rok

Vitamin	1 balení	12 balení za rok
Vitamin B	35,00 Kč	420,00 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

5.2.5 Odhad celkových ročních nákladů

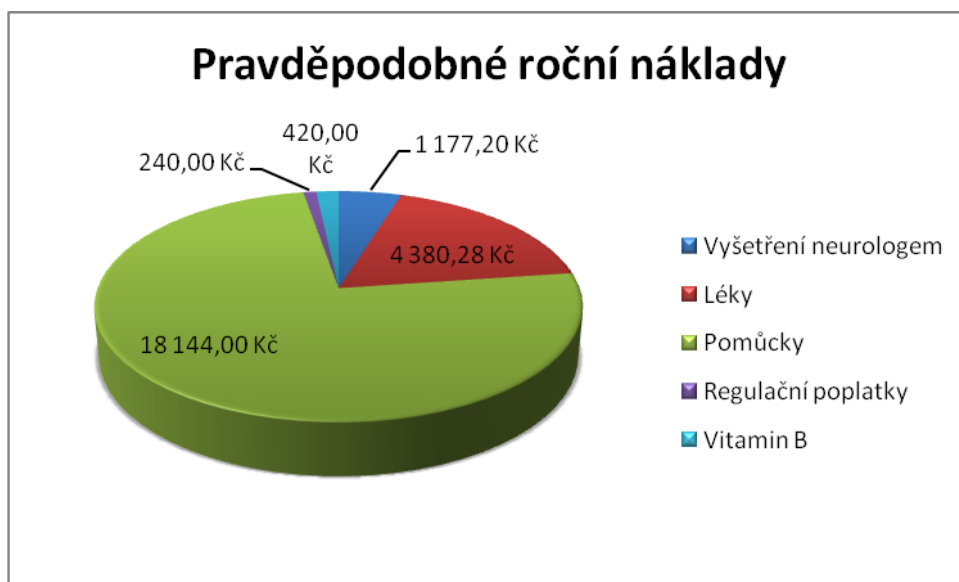
Celkové roční náklady pravděpodobně dosahují 24 361,48 Kč. Nejvyšší položkou jsou opět inkontinenční pomůcky za 18 144 Kč. Další významnou položkou jsou náklady za léky 4 380,28 Kč. Neurologické vyšetření stojí ročně 1 177,20 Kč, vitamin B 420 Kč a regulační poplatky 240 Kč za rok.

Tabulka 18: Odhad celkových ročních nákladů

Popis	Cena
Vyšetření neurologem	1 177,20 Kč
Léky	4 380,28 Kč
Pomůcky	18 144,00 Kč
Regulační poplatky	240,00 Kč
Vitamin B	420,00 Kč
Celkem	24 361,48 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 3: Odhad celkových ročních nákladů



Zdroj: Vlastní výpočet

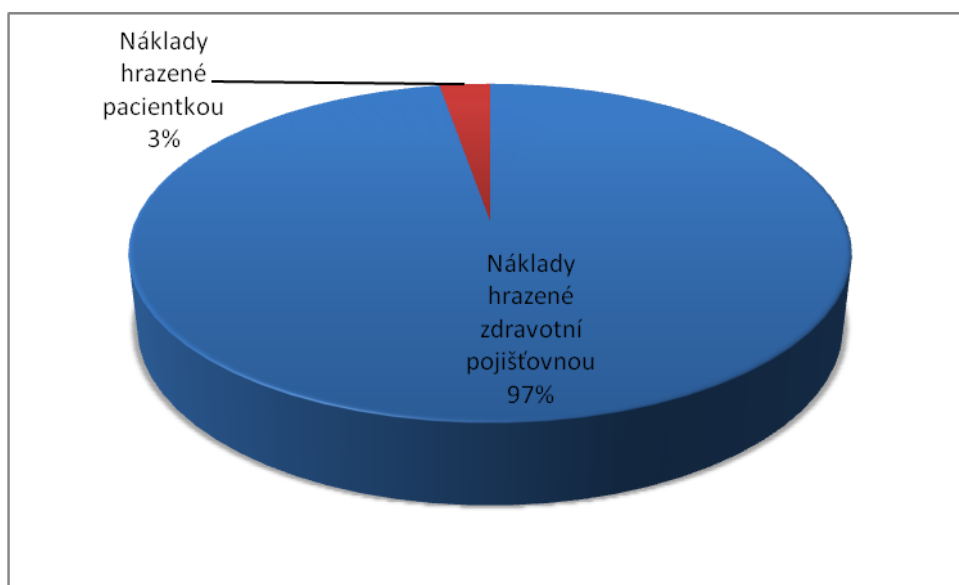
Po rozdělení celkových nákladů na náklady hrazené pacientkou a náklady hrazené zdravotní pojišťovnou vyplývá, že zdravotní pojišťovna hradí většinu zdravotní péče. Zdravotní pojišťovna zaplatí ročně za pacientku 23 701,48 Kč, tedy 97 %. Pacientka uhradí jen 660 Kč, tedy 3 % z celkových 24 361,48 Kč.

Tabulka 19: Pravděpodobný náklady hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou

Popis	Cena
Náklady hrazené zdravotní pojišťovnou	23701,48 Kč
Náklady hrazené pacientkou	660,00 Kč
Celkem	24361,48 Kč

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 4: Pravděpodobný podíl nákladů hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou



Zdroj: Vlastní výpočet

6 Dotazníkový výzkum

Pro zjištění úrovně informovanosti zdravotních sester a dalšího ošetřujícího personálu byla použita metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 16 otázek a je rozdělen na obecnou a znalostní část. Úvodní otázky se týkají identifikačních údajů o respondentech se zaměřením na pohlaví, věk, pracoviště, pracovní pozici, dosažené vzdělání a délku praxe. Další otázky se vztahují ke zkušenostem s Alzheimerovou chorobou a účastí na kurzech o této chorobě. Otázky 10 až 14 poukazují na znalost problematiky. Poslední dvě otázky 15 a 16, se soustřeďují na osobní posouzení úrovně kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR a na položení návrhu ke zvýšení této úrovně.

Dotazníkové šetření bylo provedeno v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Konkrétně se jedná o zařízení:

- Domov seniorů Jindřichův Hradec (Domov seniorů a Domov se zvláštním režimem)
- Domov pro seniory Hvízdal, České Budějovice (Domov seniorů a Domov se zvláštním režimem)
- Domov seniorů Budiškovice
- Domov pro seniory Telč
- LDN Jindřichův Hradec
- LDN Dačice
- Geriatrické centrum Počátky (LDN a Domov se zvláštním režimem)

Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků. K vyhodnocení bylo použito 100 vyplněných dotazníků.

Dotazník je uveden v Příloze 3.

6.1 Charakteristika respondentů

Vzorek respondentů tvořily především zdravotní sestry a pracovníci sociálních služeb pracující v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Mezi respondenty bylo 98 žen a 2 muži. Z toho vyplývá, že mužské zastoupení je ve zdravotních a sociálních službách velmi malé. (viz tab. 20 a graf 5)

Tabulka 20: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní počet
Ženy	98
Muži	2
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 5: Pohlaví respondentů



Zdro: Vlastní výpočet

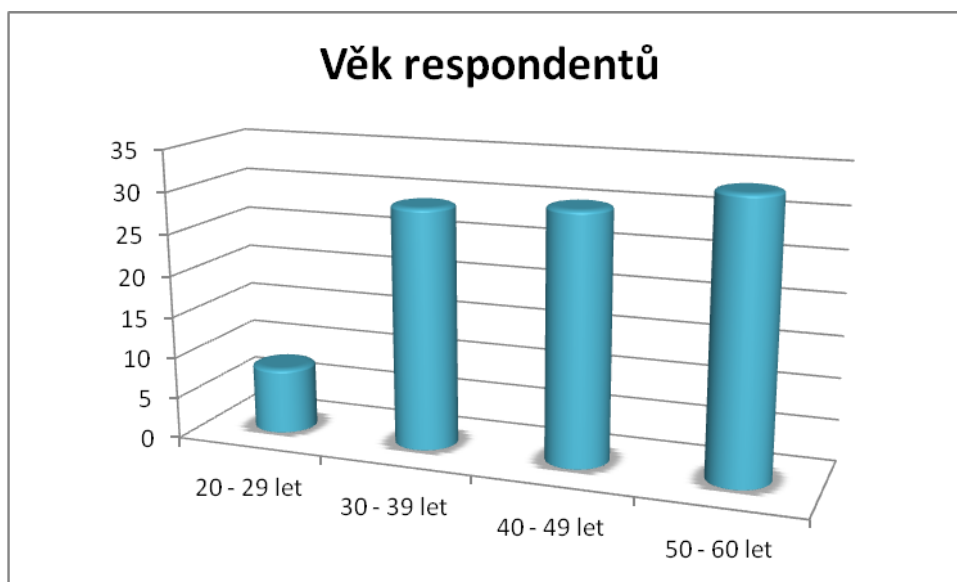
Největší zastoupení tvoří respondenti starší 50 let (33 %). Druhou největší skupinou jsou pracovníci ve věku od 40 do 49 let (30 %), hned v těsném závěsu jsou pracovníci věkové skupiny 30 až 39 let (29 %). Nejmenší skupina je zároveň i nejmladší skupinou, jde o pracovníky ve věku 20 až 29 let (8 %). (viz tab. 21 a graf 6)

Tabulka 21: Věk respondentů

Věk	Absolutní počet
20 - 29	8
30 - 39	29
40 - 49	30
50 - 60	33
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 6: Věk respondentů



Zdroj: Vlastní výpočet

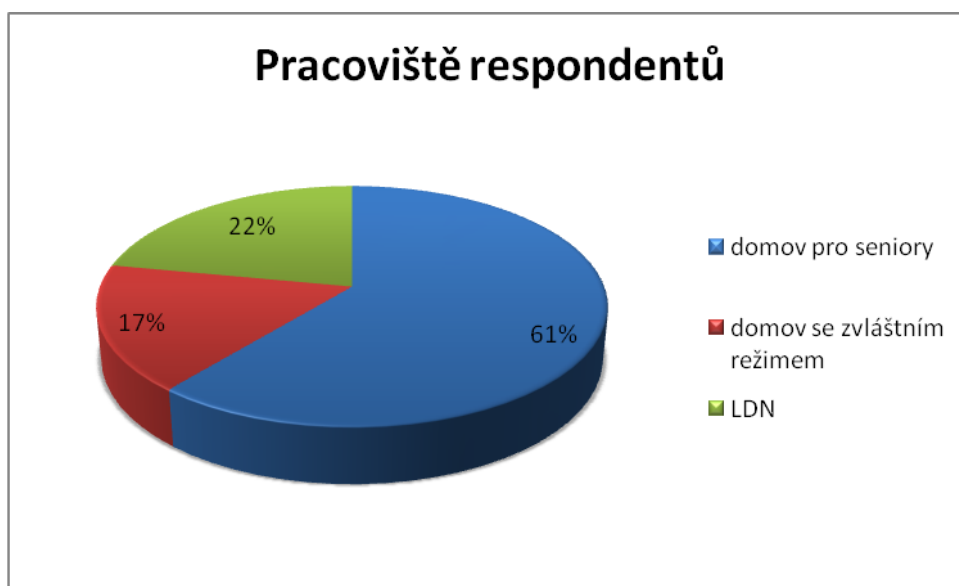
Nejvíce respondentů pracuje v domově pro seniory (61 %). Další respondenti pracují v léčebnách pro dlouhodobě nemocné (22 %). Zastoupení respondentů z řad pracovníků v domovech se zvláštním režimem je nejmenší (17 %). (viz tab. 22 a graf 7)

Tabulka 22: Pracoviště respondentů

Pracoviště	Absolutní počet
Domov pro seniory	61
Domov se zvláštním režimem	17
Léčebna dlouhodobě nemocných	22
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 7: Pracoviště respondentů



Zdroj: Vlastní výpočet

76 % respondentů, tedy více než tři čtvrtiny, tvořily zdravotní sestry. Pracovníků sociálních služeb bylo 24 %. (viz tab. 23 a graf 8)

Tabulka 23: Pracovní pozice respondentů

Pracovní pozice	Absolutní počet
Zdravotní sestra	76
Pracovník sociálních služeb	24
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 8: Pracovní pozice respondentů



Zdroj: Vlastní výpočet

Valná většina respondentů (90 %) absolvovala střední školu. 6 % respondentů navštěvovalo vyšší odbornou školu. Nejvyšší, vysokoškolské vzdělání dosáhla 4 % respondentů. (viz tab. 24 a graf 9)

Tabulka 24: Dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Absolutní počet
Střední škola	90
Vyšší odborná škola	6
Vysoká škola	4
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 9: Dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: Vlastní výpočet

10 až 20 odpracovaných let ve zdravotní či sociální oblasti přiznalo 41 % respondentů. 37 % respondentů dosáhlo více než 20 leté praxe. Méně než 5 let praxe uvedlo 11 % respondentů. Stejný počet procent respondentů uvedlo délku praxe 5 až 10 let. (viz tab. 25 a graf 10)

Tabulka 25: Počet roků praxe respondentů ve zdravotní/sociální oblasti

Praxe	Absolutní počet
Méně než 5 let	11
5 – 10 let	11
10 – 20 let	41
Více než 20 let	37
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 10: Počet roků praxe respondentů ve zdravotní/sociální oblasti



Zdroj: Vlastní výpočet

6.2 Vlastní výsledky výzkumu

Otázka č. 7: Setkáváte se pravidelně s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou?

86 % respondentů se pravidelně setkává s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou. Pouze 14 % účastníků výzkumu se s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou pravidelně nesetkává. (viz tab. 26 a graf 11)

Tabulka 26: Pravidelné setkávání s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou

	Absolutní počet
Ano	86
Ne	14
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 11: Pravidelné setkávání s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou



Zdroj: Vlastní výpočet

Otázka č. 8: Zúčastnil/a jste se nějakého speciálního kurzu o Alzheimerově chorobě?

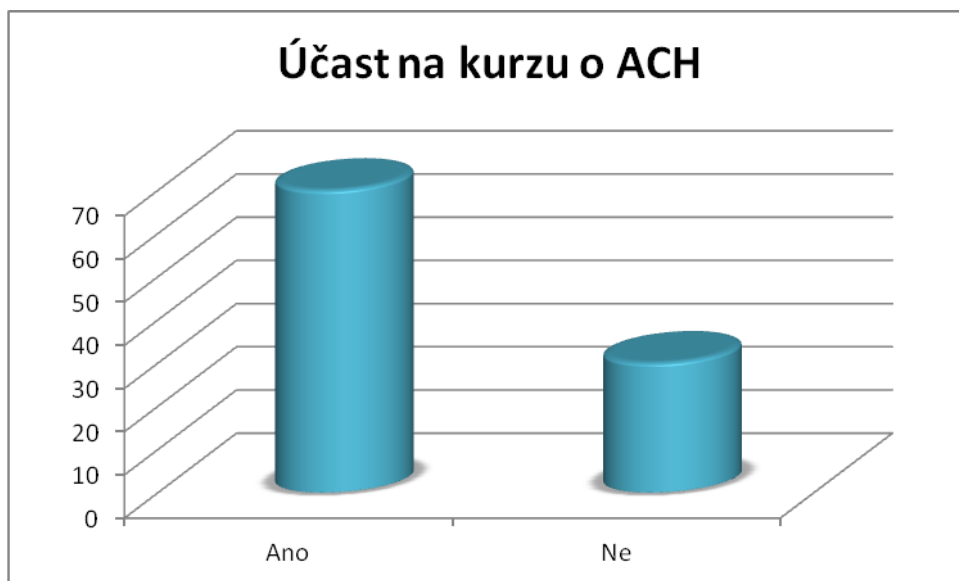
Účast na nějakém speciálním kurzu o Alzheimerově chorobě potvrdilo 70 % respondentů. Zbýlých 30 % respondentů žádný speciální kurz o Alzheimerově chorobě nikdy nenavštívilo. (viz tab. 27 a graf 12)

Tabulka 27: Účast na speciálním kurzu o Alzheimerově chorobě

	Absolutní počet
Ano	70
Ne	30
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 12: Účast na speciálním kurzu o Alzheimerově chorobě



Zdroj: Vlastní výpočet

Otázka č. 9: Komunikujete často s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou?

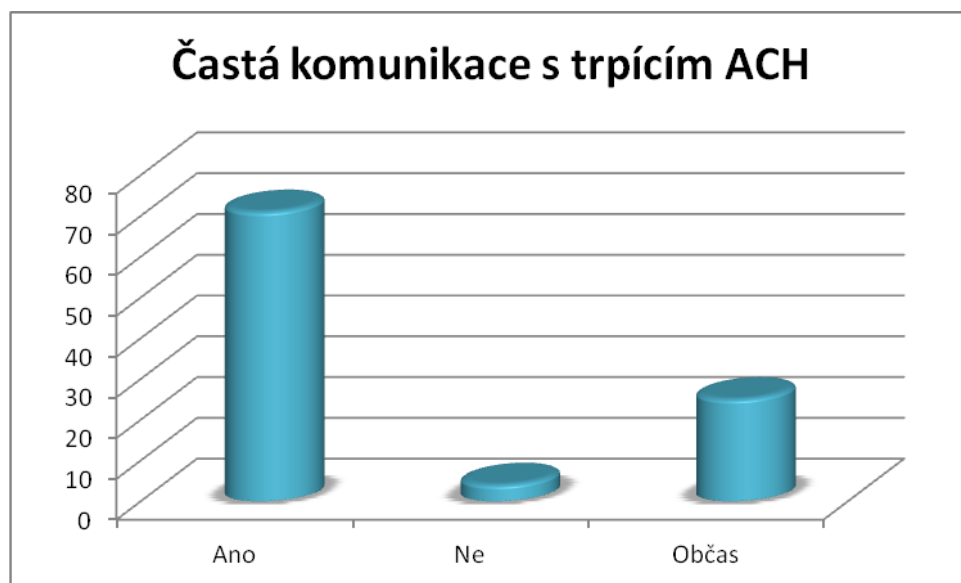
S pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou komunikuje často 71 % respondentů. Čtvrtina (25 %) dotázaných občas komunikuje s pacientem s Alzheimerovou chorobou a jen 4 % účastníků výzkumu s pacientem s demencí nekomunikuje. (viz tab. 28 a graf 13)

Tabulka 28: Častá komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou

	Absolutní počet
Ano	71
Ne	4
Občas	25
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 13: Častá komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou



Zdro: Vlastní výpočet

Otázka č. 10: Je demence běžná součást stárnutí?

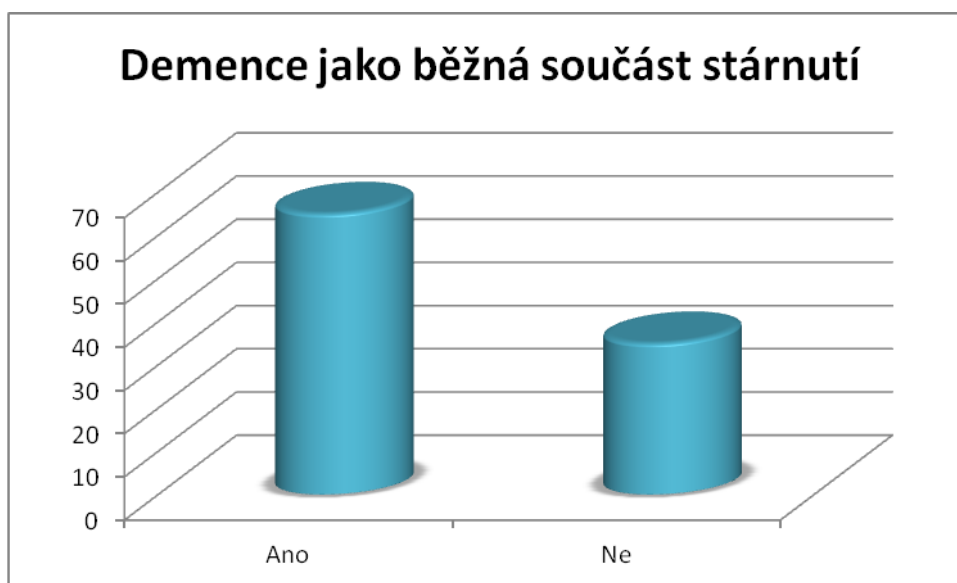
Na otázku, jestli je demence běžnou součástí stárnutí odpovědělo 65 % respondentů, že ano. Správná odpověď je, že demence není běžnou součástí stárnutí, což odpovědělo 35 % účastníků výzkumu. (viz tab. 29 a graf 14)

Tabulka 29: Demence jako běžná součást stárnutí

	Absolutní počet
Ano	65
Ne	35
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 14: Demence jako běžná součást stárnutí



Zdroj: Vlastní výpočet

Otázka č. 11: Jaký druh demence se vyskytuje nejčastěji?

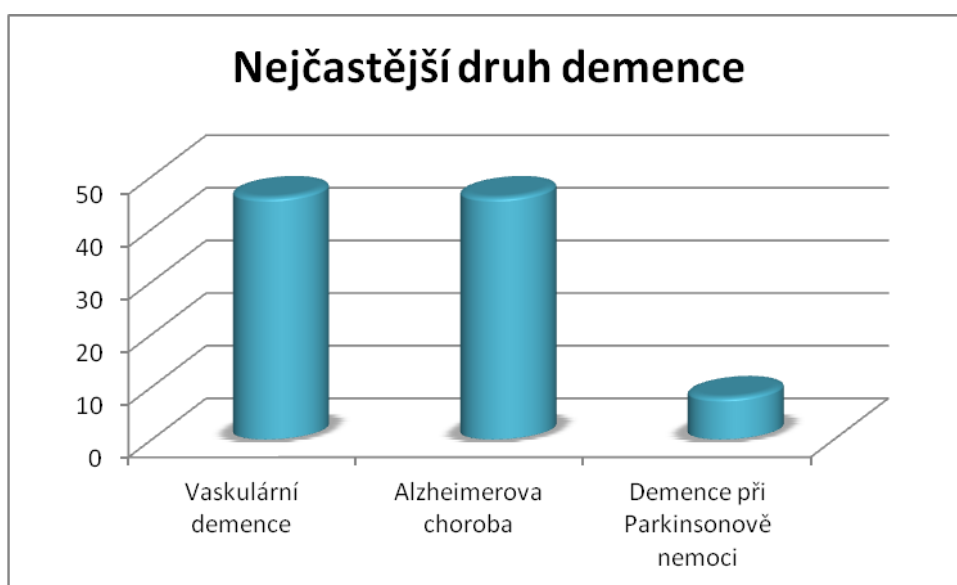
Podle respondentů se nejčastěji vyskytuje Vaskulární demence a Alzheimerova choroba. Vaskulární demenci uvedlo 46 % respondentů a Alzheimerovu chorobu napsalo také 46 % respondentů. Jen 8 % uvedlo jako nejčastější typ demence Parkinsonovu nemoc. Ve skutečnosti se můžeme nejčastěji setkat s Alzheimerovou chorobou. (viz tab. 30 a graf 15)

Tabulka 30: Nejčastěji se vyskytující druh demence

	Absolutní počet
Vaskulární demence	46
<i>Alzheimerova choroba</i>	46
Demence při Parkinsonově nemoci	8
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 15: Nejčastěji se vyskytující druh demence



Zdroj: Vlastní výpočet

Otázka č. 12: Jak byste definoval/a Alzheimerovu chorobu?

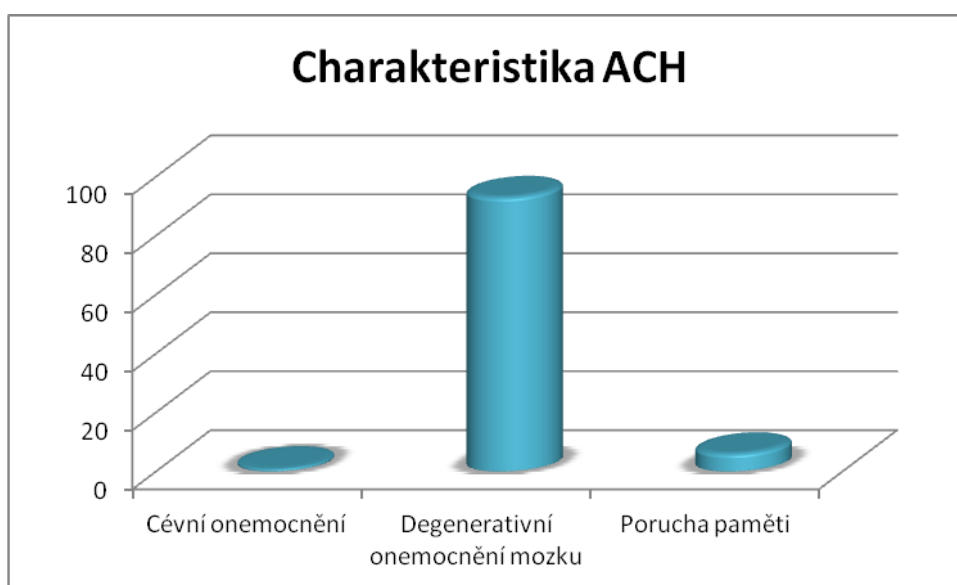
Většina dotázaných (93 %) uvedlo správnou definici Alzheimerovy choroby. Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k zániku mozkových buněk. Jen 6 % respondentů charakterizovalo onemocnění jako pouhou poruchu paměti. A 1 % respondentů ho popsalo jako kognitivní deficit, vznikající na podkladě cévního onemocnění mozku, což je definice vaskulární demence. (viz tab. 31 a graf 16)

Tabulka 31: Charakteristika Alzheimerovy choroby

	Absolutní počet
Kognitivní deficit, vznikající na podkladě cévního onemocnění mozku	1
<i>Degenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k zániku mozkových buněk</i>	93
Porucha paměti	6
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 16: Charakteristika Alzheimerovy choroby



Zdro: Vlastní výpočet

Otázka č. 13: Jaká je příčina vzniku Alzheimerovy choroby?

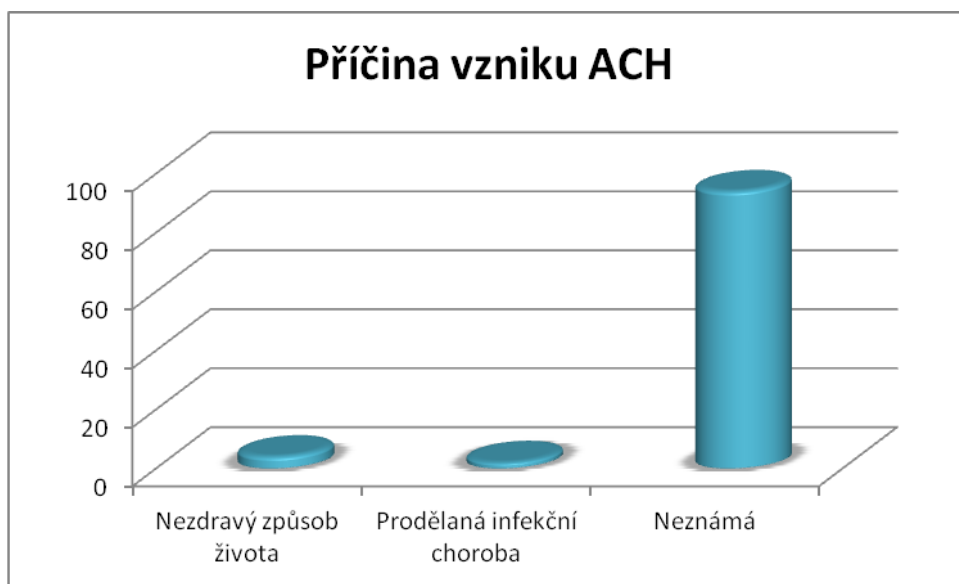
Příčina Alzheimerovy choroby není doposud známa, což správně odpovědělo 94 % respondentů. 4 % dotázaných si myslí, že za její vznik může nezdravý způsob života, kouření a stres. Jen 2 % účastníků výzkumu se domnívá, že původem onemocnění je prodělaná infekční choroba. (viz tab. 32 a graf 17)

Tabulka 32: Příčina vzniku Alzheimerovy choroby

	Absolutní počet
Nezdravý způsob života, kouření, stres	4
Prodělaná infekční choroba	2
<i>Dosud není známa</i>	94
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 17: Příčina vzniku Alzheimerovy choroby



Zdroj: Vlastí výpočet

Otázka č. 14: Jaký test se nejčastěji provádí při diagnostice Alzheimerovy choroby?

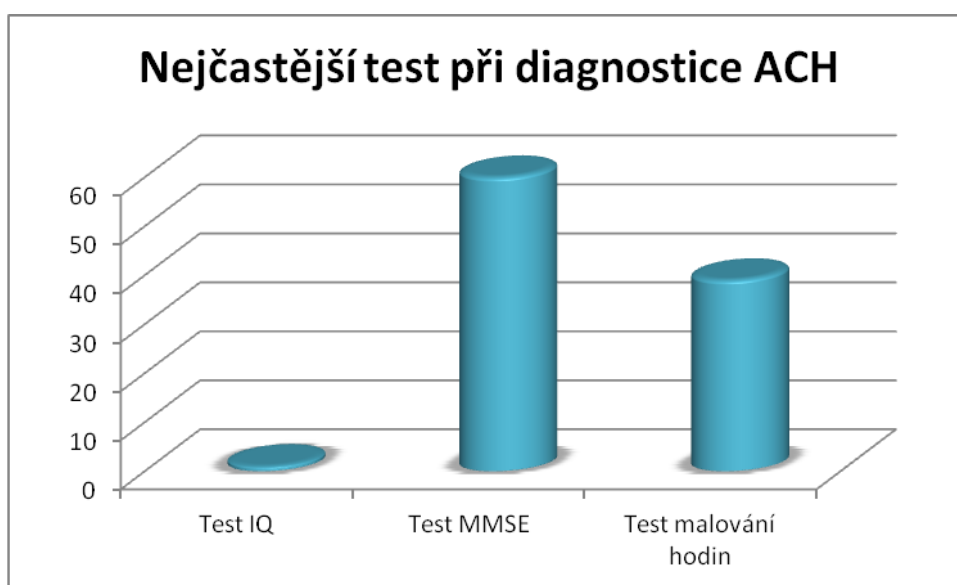
60 % respondentů si správně myslí, že nejčastějším testem, který se provádí při diagnostice Alzheimerovy choroby je test MMSE (Mini-Mental State examination). 39 % účastníků výzkumu uvedlo, že nejčastěji využívaným testem je Test malování hodin. A jen 1 % respondentů odpovědělo, že jde o test IQ. (viz tab. 33 a graf 18)

Tabulka 33: Nejčastější test při diagnostice Alzheimerovy choroby

	Absolutní počet
Test IQ	1
Test MMSE	60
Test malování hodin	39
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 18: Nejčastější test při diagnostice Alzheimerovy choroby



Zdroj: Vlastní výpočet

Otázka č. 15: Jaká je podle Vás úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR?

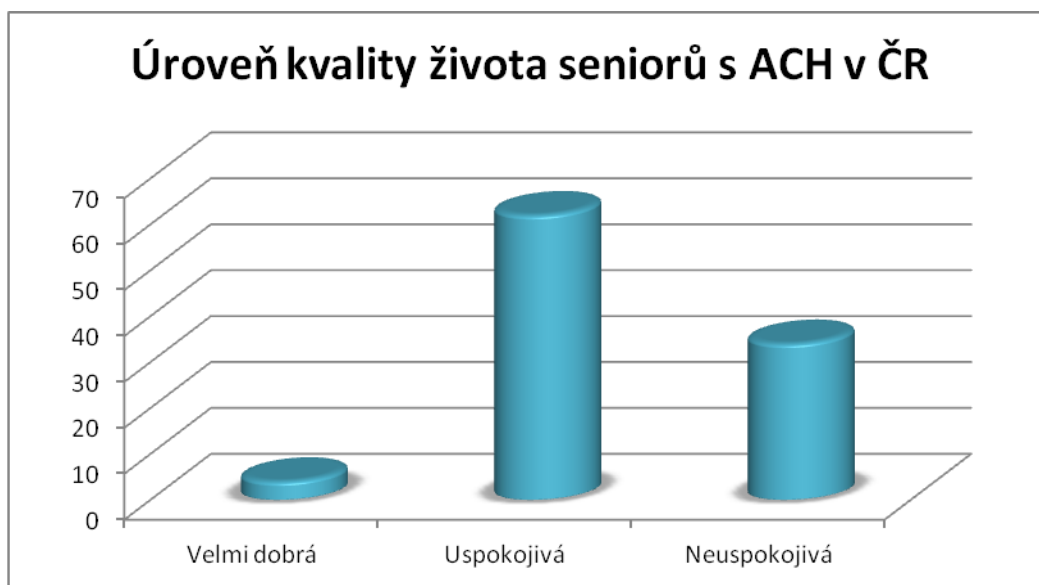
62 % účastníků výzkumu považuje úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v České republice za uspokojivou. 34 % respondentů si myslí, že úroveň kvality uspokojivá není. 4 % účastníků výzkumu ji dokonce pokládá za velmi dobrou. (viz tab. 34 a graf 19)

Tabulka 34: Úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR

	Absolutní počet
Velmi dobrá	4
Uspokojivá	62
Neuspokojivá	34
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 19: Úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR



Zdroj: Vlastní výpočet

Otázka č. 16: Co by mohlo zvýšit úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou?

Podle 61 % respondentů by speciální zařízení s kvalifikovaným personálem mohla zvýšit úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou. 10 % dotazovaných si myslí, že by úroveň kvality mohla zvýšit včasná diagnóza. Další uvádějí informování veřejnosti, péči rodiny, výzkum, více personálu, finanční prostředky a aktivizace nemocných. (viz tab. 35 a graf 20)

Tabulka 35: Návrhy ke zvýšení úrovně kvality života seniorů s ACH

	Absolutní počet
Speciální zařízení s kvalifikovaným personálem	61
Včasná diagnóza	10
Informovaná veřejnost	9
Péče rodiny	9
Výzkum	4
Více personálu	3
Finanční prostředky	2
Aktivizace nemocných	2
Celkem	100

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 20: Návrhy ke zvýšení úrovně kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou



Zdroj: Vlastní výpočet

Informovanost zdravotních sester a pracovníků sociálních služeb podle pracoviště

Informovanost zdravotních sester a pracovníků sociálních služeb byla vyhodnocena na základě správnosti odpovědí otázek č. 10 až 14, které zkoumali znalost problematiky onemocnění. Nejvyšší informovanost zdravotních sester a pracovníků sociálních služeb dosáhl Domov se zvláštním režimem v Počátkách. Naopak nejnižší informovanost byla zjištěna u pracovníků v Domově pro seniory v Telči. Z domovů pro seniory byl nejvíce o problematice informován Domov seniorů Jindřichův Hradec. Z domovů se zvláštním režimem byl nejúspěšnější Domov se zvláštním režimem v Počátkách. Nejvíce informovaná léčebna pro dlouhodobě nemocné byla LDN v Dačicích. (viz tab. 36)

Tabulka 36: Informovanost podle pracoviště

<i>Informovanost podle pracoviště</i>	
<i>Domovy pro seniory</i>	
Domov seniorů Jindřichův Hradec	72,80 %
Domov pro seniory Hvízdal	60,00 %
Domov seniorů Budíškovice	68,33 %
Domov pro seniory Telč	40,00 %
<i>Domovy se zvláštním režimem</i>	
Domov se zvláštním režimem Počátky	80,00 %
Domov se zvláštním režimem Jindřichův Hradec	77,78 %
Domov se zvláštním režimem Hvízdal	66,67 %
<i>LDN</i>	
LDN Jindřichův Hradec	63,33 %
LDN Dačice	65,00 %
LDN Počátky	55,00 %

Zdroj: Vlastní výpočet

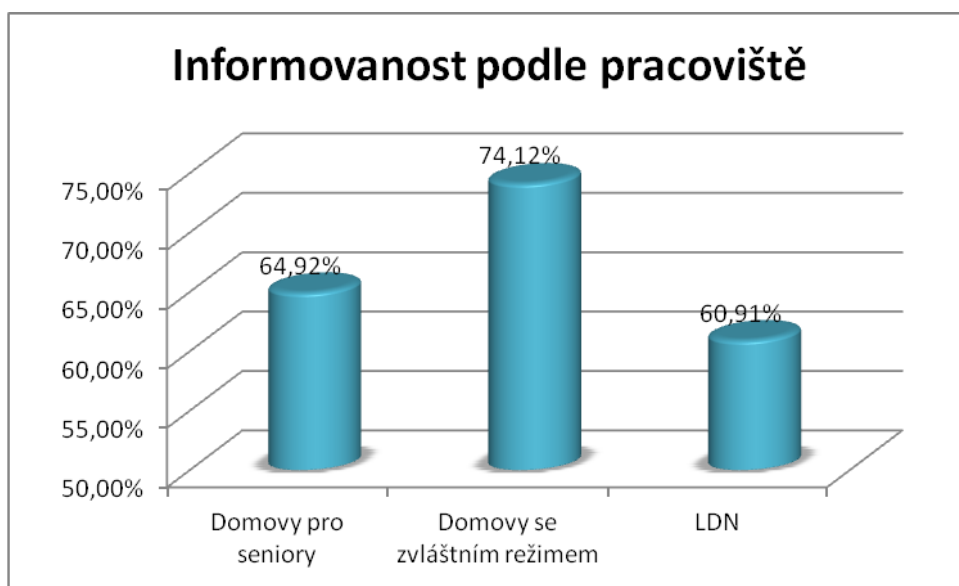
Při porovnání celkové informovanosti v jednotlivých pobytových zařízeních dosáhly nejvyšší informovanosti (74,12 %) domovy se zvláštním režimem. Nižší informovanost (64,92 %) byla zjištěna v domovech pro seniory. Nejnižší informovanost (60,91 %) byla stanovena v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. (viz tab. 37 a graf 21)

Tabulka 37: Celková informovanost podle pracoviště

Typ zařízení	Informovanost
Domovy pro seniory	64,92 %
Domovy se zvláštním režimem	74,12 %
LDN	60,91 %

Zdroj: Vlastní výpočet

Graf 21: Informovanost podle pracoviště



Zdroj: Vlastní výpočet

Informovanost podle délky praxe ve zdravotní/sociální oblasti

Z dotazníkového šetření vyplývá, že informovanost zdravotních sester a pracovníků sociálních služeb může být závislá na délce praxe. V domovech pro seniory jsou nejvíce informováni pracovníci s délkou praxe 5 až 10 let. V domovech se zvláštním režimem dosahují nejvyšší informovanosti pracovníci s praxí kratší než 5 let. Naopak v léčebnách pro dlouhodobě nemocné jsou nejvíce informováni pracovníci s praxí delší než 20 let. (viz tab. 38)

Pokud se podíváme na každý typ zařízení zvlášť, tak v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem jsou informovanější pracovníci s délkou praxe do 10 let. V léčebnách pro dlouhodobě nemocné jsou srovnatelně informovaní respondenti s délkou praxe do 10 let i ti, jejichž praxe je delší.

Tabulka 38: Informovanost podle délky praxe ve zdravotní/sociální oblasti

Praxe	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	LDN
< 5 let	72,50 %	80,00 %	60,00 %
5 – 10 let	80,00 %	77,14 %	60,00 %
10 – 20 let	63,33 %	20,00 %	54,00 %
> 20 let	62,00 %	77,50 %	68,89 %

Zdroj: Vlastní výpočet

Celková informovanost

Na otázku č. 10 odpovědělo správně 35 % dotazovaných, na otázku č. 11 46 %, na otázku č. 12 93 %, na otázku č. 13 94 % a na otázku č. 14 60 %. Průměrně byla správná odpověď zodpovězena v 65,6 %.

7 Výsledky hypotéz

Hypotéza č. 1: Odhad přímých nákladů na pacienta dosahuje více než 20 000 Kč za rok.

Hypotéza č. 1 byla potvrzena. Přímé náklady na pacienta dosahují více než 24 000 Kč za rok.

Hypotéza č. 2: Více než 75% respondentů je dostatečně informováno o Alzheimerově chorobě.

Hypotéza č. 2 byla zamítnuta. Na znalostní otázky odpovědělo správně 65,6 % respondentů. Na otázku č. 10: „Je demence běžná součást stárnutí?“ odpovědělo správně 35 % dotazovaných. Demence není běžnou součástí stárnutí. Na otázku č. 11: „Jaký druh demence se vyskytuje nejčastěji?“ byla správná odpověď uvedena u 46 % respondentů. Nejčastěji se vyskytuje Alzheimerova choroba. Na otázku č. 12: „Jak byste definoval/a Alzheimerovu chorobu?“ odpověděla správně většina, tedy 93 %. Alzheimerova choroba je degenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k zániku mozkových buněk. Na otázku č. 13: „Jaká je příčina vzniku Alzheimerovy choroby?“ odpověděli zase skoro všichni správně, přesně 94 %. Příčina Alzheimerovy choroby není doposud známa. A na otázku č. 14: „Jaký test se nejčastěji provádí při diagnostice Alzheimerovy choroby?“ jsem dostala správnou odpověď u 60 % dotazovaných. Nejčastějším testem, který se provádí při diagnostice Alzheimerovy choroby je test MMSE (Mini-Mental State examination).

Hypotéza č. 3: Na informovanost o Alzheimerově chorobě má vliv délka praxe ve zdravotní/sociální oblasti.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena. Dosažená délka praxe ve zdravotní či sociální oblasti může mít vliv na úroveň informovanosti o Alzheimerově chorobě. Všeobecně dosahují vyšší úrovně informovanosti pracovníci s kratší dobou praxe. Tento jev si můžeme vysvětlit tím, že mladší respondenti absolvovali vzdělání v bližší době než ti co mají za sebou více než 20 let praxe.

Hypotéza č. 4: Nejvyšší informovanost o Alzheimerově chorobě dosahují respondenti z domovů se zvláštním režimem.

Hypotéza č. 4 byla potvrzena. Nejvyšší informovanost (74,12 %) o Alzheimerově chorobě dosahují respondenti z domovů se zvláštním režimem. Předpokládala jsem, že pracovníci domovů se zvláštním režimem budou více informováni o tomto onemocnění, protože cílovou skupinou těchto domovů jsou právě osoby trpící Alzheimerovou chorobou.

Hypotéza č. 5: Nejnižší informovanost o Alzheimerově chorobě dosahují respondenti z domovů pro seniory.

Hypotéza č. 5 byla zamítnuta. Nejnižší informovanost o Alzheimerově chorobě nedosahují respondenti z domovů pro seniory, ale z léčeben pro dlouhodobě nemocné. Domovy pro seniory dosáhly informovanosti 64,92 % a léčebny pro dlouhodobě nemocné 60,91 %. Oproti domovům se zvláštním režimem, kde byly správné odpovědi zodpovězeny u 74,12 % respondentů.

Hypotéza č. 6: Každý z dotazovaných se pravidelně setkává s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou.

Hypotéza č. 6 byla zamítnuta. 86 % dotazovaných se pravidelně setkává s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou. Zbýlých 14 % respondentů se s pacienty s tímto onemocněním pravidelně nesetkává.

Hypotéza č. 7: Respondentů, kteří někdy navštěvovali kurz o Alzheimerově chorobě, je více než těch, kteří se ho nikdy nezúčastnili.

Hypotéza č. 7 byla potvrzena. Respondentů, kteří někdy navštěvovali kurz o Alzheimerově chorobě, je více než těch, kteří se ho nikdy nezúčastnili. Kurzu se zúčastnilo 70 % respondentů. Zbýlých 30 % žádný kurz neabsolvovalo. Doporučovala bych, aby se v této problematice vzdělával každý z ošetřujícího personálu, především pak ti, kteří jsou v pravidelném styku s nemocnými Alzheimerovou chorobou. Ošetřující personál by se měl stále vzdělávat, zvláště o této oblasti by měl vědět co nejvíce, aby mohl trpícím co nejlépe a nejkvalitněji pomoci. Návštěvnost kurzů by mohl zvýšit i zaměstnavatel. Navrhovala bych, aby zaměstnavatelé umožnili svým pracovníkům povinné a bezplatné kurzy. Tímto krokem by se kurzy staly dostupné pro každého a dosáhly by 100% účasti.

Hypotéza č. 8: Více než 50 % respondentů si myslí, že úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou je v ČR neuspokojivá.

Hypotéza č. 8 je zamítnuta. Jen 34 % respondentů si myslí, že úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou je neuspokojivá. 62 % respondentů uvedlo, že úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou je uspokojivá. A jen 4 % respondentů považuje tuto úroveň za velmi dobrou.

Závěr

Diplomová práce „Management pacientů s diagnózou G30 Alzheimerova nemoc“ popisuje problematiku Alzheimerovy choroby, identifikuje a přibližně kvantifikuje náklady na toto onemocnění metodou Cost of Illness z pohledu pacienta a zjišťuje, jaká je úroveň informovanosti ošetřujícího personálu o Alzheimerově chorobě. Cíle této diplomové práce byly dosaženy.

V teoretické části práce jsem definovala pojem management, management ve zdravotnictví, demence, druhy demencí, Alzheimerova choroba a její charakteristika, příznaky, formy, stádia, epidemiologie, diagnostika, farmakologická a nefarmakologická léčba, prevence, pobytová zařízení pro seniory v ČR, Česká alzheimerovská společnost, nákladové analýzy a Cost of Illness analýza.

V praktické části práce jsem analyzovala přímé náklady pacienta na toto onemocnění. V červenci 2012 byla pacientovi diagnostikována Alzheimerova choroba, proto jsou náklady vyčísleny jen za půl roku 2012. Dále byla nastíněna analýza nákladů běžného roku s Alzheimerovou chorobou. Celkové náklady roku 2012 dosahovaly 13 422,41 Kč. Pravděpodobné celkové náklady běžného roku byly vykalkulovány na 24 361,48 Kč. Většina nákladů je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Na území České republiky žije odhadem 130 000 lidí s Alzheimerovou chorobou. Celkové roční náklady všech nemocných tak dosahují více než 3 miliardy Kč.

Dalším úkolem bylo zjistit úroveň informovanosti zdravotních sester a dalšího ošetřujícího personálu o Alzheimerově chorobě. Dotazníkové šetření bylo provedeno v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Dotazník obsahoval 16 otázek, rozdělených na obecnou a znalostní část. Úvodní otázky se týkaly identifikačních údajů o respondentech se zaměřením na pohlaví, věk, pracoviště, pracovní pozici, dosažené vzdělání a délku praxe. Další otázky se vztahovaly ke zkušenostem s Alzheimerovou chorobou a účastí na kurzech o této chorobě. Otázky 10 až 14 poukazovaly na znalost problematiky. Poslední dvě otázky se soustřeďovaly na osobní posouzení úrovně kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR a na položení návrhu ke zvýšení této úrovně.

Dotazníkového výzkumu se zúčastnilo 100 respondentů, 76 zdravotních sester a 24 pracovníků sociálních služeb. Respondenti byli z 90 % středoškolsky vzděláni. Výsledky výzkumu dokázaly, že 86 % respondentů se pravidelně setkává s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou. 70 % účastníků se zúčastnilo nějakého speciálního kurzu o Alzheimerově chorobě. Vzdělávat se v této problematice by měli především ti, kteří jsou v pravidelném styku s pacienty trpícími Alzheimerovou chorobou. Jen 35 % respondentů si správně myslí, že demence není běžnou součástí stárnutí. Podle 46 % správně zodpovězených otázek se jako nejčastější typ demence vyskytuje Alzheimerova choroba. Stejný počet procent respondentů uvedl Vaskulární demenci, která se za nejčastější považovala v minulosti. 93 % respondentů správně definovalo Alzheimerovu chorobu. 94 % účastníků výzkumu správně odpovědělo, že příčina Alzheimerovy choroby není doposud známa. 60 % respondentů si správně myslí, že nejčastěji prováděním testem při diagnostice Alzheimerovy choroby je mezinárodně uznávaný test MMSE (Mini-Mental State examination). Zbytek uvedl test malování hodin, což není špatná odpověď, jelikož tento test se většinou používá jako doplněk testu MMSE.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenti mají základní vědomosti o této problematice. Prokázali, že umí charakterizovat Alzheimerovu chorobu. Vědí, že příčina vzniku tohoto onemocnění nebyla doposud zjištěna. Dokázali znalost diagnostických testů a nejčastějších typů demence. Významný nedostatek vidím v považování demence jako běžné součásti stárnutí. Zdravotní sestry a pracovníci sociálních služeb jsou v zásadě dostatečně informováni a poskytují pacientům kvalitní péči. Přesto považuji další vzdělávání se v této problematice za důležité.

Při porovnání celkové úrovně informovanosti v jednotlivých pobytových zařízeních dosáhly nejvyšší informovanosti (74,12 %) domovy se zvláštním režimem. Nižší informovanost (64,92 %) byla zjištěna v domovech pro seniory. Nejnižší informovanost (60,91 %) byla stanovena v léčebnách pro dlouhodobě nemocné. Zjištění nejvyšší úrovně informovanosti v domovech se zvláštním režimem potvrdilo mou hypotézu, že pracovníci domovů se zvláštním režimem jsou v této problematice nejvíce informováni, jelikož cílovou skupinou těchto domovů jsou také osoby s Alzheimerovou chorobou.

34 % účastníků výzkumu považuje úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v České republice za neuspokojivou. 62 % respondentů si myslí, že úroveň kvality uspokojivá je. 4 % účastníků výzkumu ji dokonce pokládá za velmi dobrou. Úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou by podle 61 % respondentů mohly zvýšit speciální zařízení s kvalifikovaným personálem. 10 % dotazovaných si myslí, že by úroveň kvality zvýšila včasná diagnóza. Další uvádějí informování veřejnosti, péči rodiny, výzkum, více personálu, finanční prostředky a aktivizace nemocných.

Stárnutí populace bude i nadále významným demografickým trendem. Celkový počet obyvatel mírně vzroste, ale značně zestárne. Stárnutí se týká především obyvatel v seniorském věku. V roce 2050 budou na světě 2 miliardy lidí starších 60 let a budou tvořit asi 22 % obyvatel světa. Bude více seniorů a tím pádem i více pacientů trpících Alzheimerovou chorobou. Souhlasím s návrhem respondentů, že v České republice je nutné zřídit více specializovaných zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou a zvýšit informovanost veřejnosti.

Alzheimerova choroba je diagnostikována pomocí mezinárodně uznávaného testu MMSE. K farmakologické léčbě se používají inhibitory acetylcholinesteráz, jejichž užití je založeno na důkazech. Diagnostika a léčba Alzheimerovy choroby je v České republice v souladu s doporučenými lékařskými postupy.

Tato práce mě obohatila o nové informace. Alzheimerova choroba si nevybírá, může potkat kohokoliv z nás, proto by se o toto téma měl zajímat každý. Dosavadní projekty, které slibovaly vítězství v boji proti tomuto zákeřnému onemocnění, byly zatím neúspěšné. Přeji si, aby byl co nejdříve vyvinut lék, který by nadobro skoncoval s příznakem, který ničí osobnost našich blízkých.

Seznam literatury

AL, Patricia R. Callone... [et a Přeložila Jitka KLINKEROVÁ]. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-204.

Certifikát Vážka. *Senior centrum Blansko* [online]. 2011 [cit. 2013-02-22]. Dostupné z: <http://seniorcentrumblansko.webnode.cz/certifikat-vazka/>

Česká alzheimerovská společnost [online]. 2013 [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 63/2012. [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who>

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

Farmakoterapie Alzheimerovy choroby. *Remedia* [online]. 2009 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Farmakoterapie/Farmakoterapie-Alzheimerovy-choroby/6-L-L6.magarticle.aspx>

FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4727-370.

GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.

HALOVÁ, Miroslava. *Nemocný v domácí péči II. Demence a demence Alzheimerova typu*. Bouzov: VEF Enterprises, 2010, 157 s. ISBN 978-80-904611-0-9.

HRDLIČKA, Michal a Darina HRDLIČKOVÁ. *Demence a poruchy paměti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 53 s. Pro praktické lékaře. ISBN 80-716-9797-4.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.

JOEL E. Segel, B. A., *Cost of Illness Studies - A. Premier*, RTI International, RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics, January 2006, [online], [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: http://www.rti.org/pubs/coi_primer.pdf

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-802-4740-263.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 156 s. ISBN 80-716-9716-8.

KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 109 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.

Main characteristics: Alzheimer's disease. *Alzheimer Europe* [online]. 2009 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Dementia/Alzheimer-s-disease/Main-characteristics-of-Alzheimer-s-disease#fragment-1>

Na pomoc pečujícím rodinám: pro ty, kteří pečují o občany postižené demencí. 4., aktualiz. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, 24 s. ISBN 80-865-4110-X.

PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4714-905.

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 304 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

PREISS, Marek a Hana PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Vyd. 1. Praha: Grada., 2006, 362 s. ISBN 80-247-0843-4.

Prevalence of dementia in Europe. *Alzheimer Europe* [online]. 2009 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe>

SHORTELL, S. M. a KALUZNY, A. D. *Health care management: organization, design, and behavior*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning, 2006. ISBN 14-180-0189-9

STŘÍTECKÝ, R.: Úvod do zdravotnického managementu (PowerPoint), www.fm.vse.cz,
útvár IMZS

Tabelární seznam. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2010-2013 [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>

Testovník: soubor testů pro gerontologii. 2. dopl. vyd. Editor Iva Holmerová. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003, [24] s. ISBN 80-865-4111-8.

VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-807-4210-211.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 368 s. ISBN 978-802-4731-698.

Výzkum. *Česká farmako-ekonomická společnost* [online]. 2011 [cit. 2013-03-08]. Dostupné z: http://www.farmakoekonomika.cz/vyzkum_161.htm

WEIHRICH, V CANNICE, KOONTZ. *Management: a global and entrepreneurial perspective*. 12th ed. New Delhi: Tata McGraw-Hill, 2008, s. 4. ISBN 978-0-07-066019-9.

WHO Definition of Palliative Care. *World Health Organization* [online]. 2013 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Odlišná diagnostika mezi demencí Alzheimerovou a vaskulární	7
Tabulka 2: Prevalence demence v Evropě v roce 2009	14
Tabulka 3: Vzestup případů demence v ČR do roku 2050.....	14
Tabulka 4: Kognitiva užívaná pro léčbu demence – inhibitory cholinesteráz	19
Tabulka 5: Kognitiva užívaná pro léčbu demence – antagonisté NMDA-receptorů.....	20
Tabulka 6: Vyšetření	32
Tabulka 7: Předpis léků.....	33
Tabulka 8: Předpis poukazů na zdravotní pomůcku	33
Tabulka 9: Poplatky	34
Tabulka 10: Vitamin B.....	34
Tabulka 11: Celkové náklady roku 2012	35
Tabulka 12: Podíl nákladů hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou	36
Tabulka 13: Cena vyšetření za rok.....	37
Tabulka 14: Cena léků za rok	37
Tabulka 15: Cena pomůcek za rok	37
Tabulka 16: Cena poplatků za rok	38
Tabulka 17: Cena vitamínu B za rok	38
Tabulka 18: Odhad celkových ročních nákladů	39
Tabulka 19: Pravděpodobný náklady hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou ..	40
Tabulka 20: Pohlaví respondentů	42
Tabulka 21: Věk respondentů	43
Tabulka 22: Pracoviště respondentů.....	44
Tabulka 23: Pracovní pozice respondentů.....	45
Tabulka 24: Dosažené vzdělání respondentů	46
Tabulka 25: Počet roků praxe respondentů ve zdravotní/sociální oblasti	47
Tabulka 26: Pravidelné setkávání s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou	48
Tabulka 27: Účast na speciálním kurzu o Alzheimerově chorobě	49
Tabulka 28: Častá komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou	50
Tabulka 29: Demence jako běžná součást stárnutí.....	51
Tabulka 30: Nejčastěji se vyskytující druh demence.....	52

Tabulka 31: Charakteristika Alzheimerovy choroby	53
Tabulka 32: Příčina vzniku Alzheimerovy choroby.....	54
Tabulka 33: Nejčastější test při diagnostice Alzheimerovy choroby	55
Tabulka 34: Úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR	56
Tabulka 35: Návrhy ke zvýšení úrovně kvality života seniorů s ACH	57
Tabulka 36: Informovanost podle pracoviště	58
Tabulka 37: Celková informovanost podle pracoviště	59
Tabulka 38: Informovanost podle délky praxe ve zdravotní/sociální oblasti	60

Seznam grafů

Graf 1: Náklady za 6 měsíců roku 2012	35
Graf 2: Podíl nákladů hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou	36
Graf 3: Odhad celkových ročních nákladů	39
Graf 4: Pravděpodobný podíl nákladů hrazených pacientkou a zdravotní pojišťovnou ..	40
Graf 5: Pohlaví respondentů	42
Graf 6: Věk respondentů	43
Graf 7: Pracoviště respondentů	44
Graf 8: Pracovní pozice respondentů	45
Graf 9: Dosažené vzdělání respondentů	46
Graf 10: Počet roků praxe respondentů ve zdravotní/sociální oblasti	47
Graf 11: Pravidelné setkávání s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou	48
Graf 12: Účast na speciálním kurzu o Alzheimerově chorobě	49
Graf 13: Častá komunikace s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou	50
Graf 14: Demence jako běžná součást stárnutí	51
Graf 15: Nejčastěji se vyskytující druh demence	52
Graf 16: Charakteristika Alzheimerovy choroby	53
Graf 17: Příčina vzniku Alzheimerovy choroby	54
Graf 18: Nejčastější test při diagnostice Alzheimerovy choroby	55
Graf 19: Úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR.....	56
Graf 20: Návrhy ke zvýšení úrovně kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou ..	57
Graf 21: Informovanost podle pracoviště	59

Přílohy

Příloha 1: Kritéria, která je třeba mít na paměti při rozhodování o ústavním zařízení podle Ivy Holmerové

Je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?

Cítíte se při prohlídce zařízení příjemně a jste vstřícně přijímání?

Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty?

Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?

Snažit se zařízení navštívit také v době podávání jídla, abyste viděli, že ti, kteří potřebují pomoc při jídle, ji také dostanou a jak se o ně personál stará.

Podívejte se, jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.

Je možné umístit klienta pouze na zkoušku?

Zeptejte se a nechte si ukázat jednotlivé aktivity, které jsou určeny klientům (kuchyňka, místnost pro ručení práce, dostatečné vybavení pro jednotlivé činnosti).

Snaží se pečující podporovat co nejvíce samostatnost klientů?

Jak se respektuje důstojnost seniorů? Jsou hezky upravení, jak je personál oslovuje?

Snažte se komunikovat s co největším počtem zaměstnanců, na postoji k vám se nejlépe ukáže postoj ke klientům.

Jak spokojeně klienti vypadají? Jsou spokojení skutečně jako doma?

Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat?

(Venglářová, 2007)

Příloha 2: MKN 10

G30	Alzheimerova nemoc
G30.0	Alzheimerova nemoc s časným začátkem
G30.1	Alzheimerova nemoc s pozdním začátkem
G30.8	Jiná Alzheimerova nemoc
G30.9	Alzheimerova nemoc NS
F00	Demence u Alzheimerovy nemoci
F00.0	Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
F00.1	Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
F00.2	Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
F00.9	Demence u Alzheimerovy nemoci NS
F01	Vaskulární demence
F01.0	Vaskulární demence s akutním začátkem
F01.1	Multiinfarktová demence
F01.2	Subkortikální vaskulární demence
F01.3	Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
F01.8	Jiné vaskulární demence
F01.9	Vaskulární demence NS
F02	Demence u jiných nemocí zařazených jinde
F02.0	Demence u Pickovy choroby (G31.0)
F02.1	Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci (A81.0)
F02.2	Demence u Huntingtonovy nemoci (G10)
F02.3	Demence u Parkinsonovy nemoci (G20)
F02.4	Demence u onemocnění virem lidské imunodeficiency/HIV (B22.0)
F02.8	Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde
F03	Neurčená demence

Zdroj: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>

Příloha 3: Dotazník

Dobrý den, prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který se zaměřuje na informovanost zdravotních sester a pracovníků sociálních služeb o Alzheimerově nemoci. Tento dotazník je součástí mé diplomové práce „Management pacientů s diagnózou G30 Alzheimerova nemoc“.

Předem velice děkuji za Váš drahocenný čas a ochotu.

Bc. Lucie Švehlová, studentka Fakulty managementu VŠE v Jindřichově Hradci

OBECNÁ ČÁST

1. Pohlaví: ☐ žena ☐ muž
2. Věk:
3. Pracoviště: ☐ Domov pro seniory

 ☐ Léčebna dlouhodobě nemocných

 ☐ Domov se zvláštním režimem
4. Pracovní pozice:
5. Dosažené vzdělání: ☐ Střední škola

 ☐ Vyšší odborná škola

 ☐ Vysoká škola

 Studijní obor:
6. Počet roků Vaší praxe: ☐ Méně než 5 let

 ☐ 5 až 10 let

 ☐ 10 až 20 let

 ☐ Více než 20 let

7. Setkáváte se pravidelně s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou?

☐ Ano ☐ Ne

8. Zúčastnil/a jste se nějakého speciálního kurzu o Alzheimerově chorobě?

☐ Ano ☐ Ne

9. Komunikujete často s pacientem trpícím Alzheimerovou chorobou?

☐ Ano ☐ Ne ☐ Občas

ZNALOSTNÍ ČÁST

10. Je demence běžná součást stárnutí? ☐ Ano ☐ Ne

11. Jaký druh demence se vyskytuje nejčastěji?

☐ Vaskulární demence

☐ Alzheimerova choroba

☐ Demence při Parkinsonově nemoci

☐ Demence u Pickovy choroby

12. Jak byste definoval/a Alzheimerovu chorobu?

☐ Kognitivní deficit, vznikající na podkladě cévního onemocnění mozku

☐ Degenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k zániku mozk. buněk

☐ Porucha paměti

13. Jaká je příčina vzniku Alzheimerovy choroby?

☐ Nezdravý způsob života, kouření, stres

☐ Prodělaná infekční choroba

☐ Nižší úroveň vzdělání

☐ Dosud není známa

14. Jaký test se nejčastěji provádí při diagnostice Alzheimerovy choroby?

☐ Test IQ

☐ Test všeobecných znalostí

☐ Test MMSE (Mini-Mental State examination)

☐ Test malování hodin

15. Jaká je úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou v ČR?

☐ Velmi dobrá

☐ Uspokojivá

☐ Neuspokojivá

16. Co by mohlo zvýšit úroveň kvality života seniorů s Alzheimerovou chorobou?

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.