

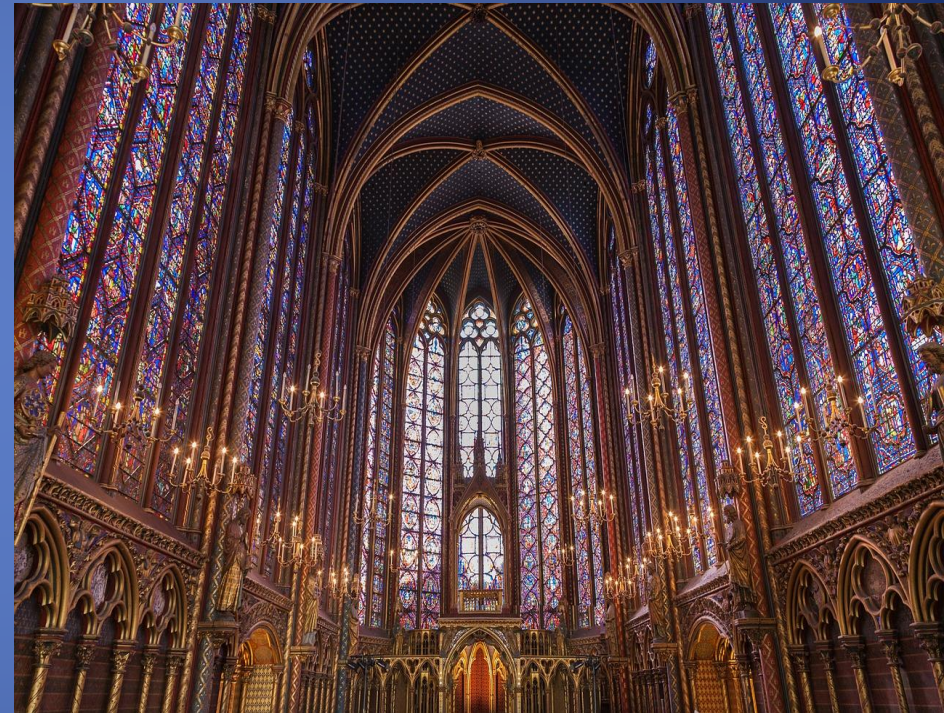
Osud a role geriatrické medicíny, pojetí dlouhodobé péče

Zdeněk Kalvach

Gotický styl vznikl v polovině 12. století katedrála Saint Denis



Katedrála v Remeši a jeden z vrcholů gotiky: katedrála Sainte Chapelle



A pak: „konec gotiky“, nástup renesance
Basilica di San Lorenzo, Florencie, 15. sol.



Geriatricie jako paralela architektonických stylů

- Předzvěsti: kolem 1840 výuka o nemocech stáří (např. ICHS) Canstatt (Německo, 1839), Hamerník (Praha, 1843)
- Vznik: 1909 I.L. Nascher „Geriatrics“ (New York), v Praze R. Eiselt od 1921
- Vrcholné období: cca 1970-2005 (B. Isaacs geriatric giants, L. Fried geriatric frailty)
- Soumrak: po 2. Světovém shromáždění o stárnutí (Madrid, 2002)

Proč a jak mizí geriatrie?

- Přejechod geriatrických poznatků do obecného klinického povědomí
 - kéž by bylo
 - chybění geriatrického režimu při akutních dekompenzacích stavu křehkých pacientů
- Zobecňující nahrazení „věku“
 - „funkčním stavem“
 - „zdravotně sociální povahou“ tématu
- Společensko ekonomický nezáměr o prioritizaci
- Obava z ageistického zneužití, z věkové segregace

Kdo je/není geriatrický pacient?

- Určitě ne každý člověk starší určitého věku!
- Jen starší lidé křehcí (frail)?
- Ale proč by pak neměl být subjektem stejné podpory i stejně křehký, jen mladší dospělý člověk? „Toto je jen pro staré?“
- Proč by směl být z účinné intervence vyloučen stejně postižený člověk jen na základě věku? „Toto je jen pro mladé?“

Heterogenita seniorské populace - obavy z věkové segregace a diskriminace

Základní soudobé gerontologické téma: existují jako distinktní fáze

- Dětství – dospělost - stáří
- Dětství (mladší, starší) – dospělost (mladší, starší)

Kdo jsou „senioři“ jako zvláštní občané – zvláštní postavení, zákon a opatření „na ochranu“, geriatrie ?

- Postproduktivní - důchodci?, postfertilní?
- Lidé starší než 80?, 65?, 60?, 50?

Problematické a zneužitelné vymezování stáří

Triální koncept

- Biologická danost
- Sociální konstrukt
- Psychické sebepojímání

COVID-19, proticovidová opatření: pozitivní, či negativní diskriminace „seniorů“ 65+ (nákupní hodiny, věkové triážování)

Speciální úmluvy a zákony?

- Úmluva o právech starších osob (OSN) – do ztracena a zřejmě nebude předkládána
 - Výzva k participaci a zodpovědnosti starších osob
- Zákon
 - na ochranu seniorů proti nevhodnému zacházení („facka do 65 let je facka, facka u 65+ je týrání starce“)?
 - na ochranu znevýhodněných dospělých

Změna paradigmatu?

Nahrazování věkových i diagnostických kritérií schopnostními, způsobilostními, funkčními parametry.

Prognosticky, způsobilostně není

- Osmdesátník jako osmdesátník
- Ictus jako ictus
- Karcinom jako karcinom

Dvě osy zdraví?

- Přítomnost/nepřítomnost chorob – kauzální léčba
- Funkční stav – nespecifické zlepšování, kompenzace (ergoterapie)
 - Funkční deficit: parézy, amputace, zrak, sluch
 - Potenciál zdraví: zdatnost, odolnost, adaptabilita

Potenciál zdraví

geniální koncept C. Drbala

Vzájemně provázané míry zdatnosti, odolnosti, adaptability.

Týká se všech 4 dimenzí lidství:

- Tělesné
- Psychické
- Sociální
- Spirituální/existenciální

Křehkost (frailty), invalidita, funkční zdraví

Rozhoduje nikoli věk či „sama diagnóza“, ale

- Funkční deficity
- Kriticky nízká (podprahová) úroveň potenciálu zdraví (zdatnosti, odolnosti, adaptability)
- Náročnost konkrétního prostředí

Z toho se odvíjejí: práceschopnost – sociální fungování – soběstačnost - sebeobsluha

Geriatrická křehkost

Nízká úroveň potenciálu zdraví ve vyšším věku (zralé dospělosti, stáří):

- Genetická dispozice
- Involuční změny
- Způsob života (např. pasivita = dekondice)
- Choroby a jejich důsledky
- Léky a jejich nežádoucí účinky

Klinické pojetí frailty a geriatrického pacienta - 1

- Nízká úroveň potenciálu zdraví (vzájemně provázané míry zdatnosti, odolnosti, adaptability)
- Podíl polymorbidity obvykle doprovázené polypragmazií s nežádoucími účinky léků
- Důsledek: klinický obraz křehkosti (frailty) s funkčními deficity a geriatrickými syndromy, resp. rizikem jejich rozvoje.

Klinické pojetí frailty a geriatrického pacienta - 2

- Křehkost a komorbidity ovlivňují klinickou prezentaci nemocí, diagnostiku, terapii, prognózu i rekonvalescenci geriatrického pacienta.
- Komorbidity i involuční změny mohou měnit a skrývat klasickou symptomatologii nemocí a být přidanou výzvou v diagnostickém procesu.
- Nízká úroveň potenciálu zdraví zvyšuje počet a závažnost stresorů v běžném životě a tím riziko dekompenzací zdravotního a funkčního stavu.

Klinické pojetí frailty a geriatrického pacienta - 3

- Každou zdravotní dekompenzaci geriatrického pacienta doprovází riziko dalšího zhoršení jeho křehkosti, zranitelnosti, funkčního stavu, obvykle včetně soběstačnosti, tedy zhoršení zdravotně sociálního statusu.
- Kriticky nízká úroveň potenciálu zdraví v kontextu daného prostředí je vždy záležitost zdravotně sociální.

Priority přístupu ke křehkým lidem (nízká úroveň potenciálu zdraví) i v paliaci

- Aaron Antonovsky – sense of coherence
 - Aby život byl v mezích možného srozumitelný – ovlivnitelný (autonomní) – smysluplný.
 - Aby člověk dokázal fungovat při změnách v něm i kolem něho
- Důstojnost/sebeúcta (dignitogeneze)
- Bezpečnost (elder abuse and neglect, EAN)
- Zvyšování potenciálu zdraví (salutogeneze, i v paliaci)
- Tlumení utrpení (total pain)
- Cicely Saundersová – aby člověk zůstal sám sebou

Geriatric versus nový koncept tzv. dlouhodobé péče

Geriatric zpochybněna jako

- Medicína „chorob stáří“
 - v 19. století ICHS, CHOPN, osteoartrózy, katarakta, demence ...
 - dnes makulární degenerace (oční), Parkinson (neurologie), srdeční selhání (kardiologie) ...
- Medicína pro „staré lidi“ nad věkovou hranicí

Geriatric versus nový koncept tzv. dlouhodobé péče - 1

Zůstává geriatric jako medicína křehkosti(frailty),
nízkého potenciálu zdraví v dospělosti

1. Bezpečné a účinné zvládnání (opakovaných)
dekompenzací zdravotního a funkčního stavu
 1. Diferenc. diagnostika včetně atypií (zánět, NÚL)
 2. Geriatricky bezpečný režim včasné intervence
 3. Nediskriminační přístup k potřebné péči (cave
pseudopaliatizace)

Geriatric versus nový koncept tzv. dlouhodobé péče - 2

2. Posilování potenciálu zdraví a funkčních kompetencí křehkých pacientů se zlepšováním sebeobsluhy/soběstačnosti

1. Rekondice, fyzioterapie
2. Ergoterapie, účelné kompenzační pomůcky
3. Úpravy prostředí(odstranění bariér, facilitace, TP)

Geriatric versus nový koncept tzv. dlouhodobé péče - 3

3. Dlouhodobá podpora/zkvalitňování života lidí s nízkou úrovní potenciálu zdraví

1. Vždy podpora zdravotně sociální
2. Pokud možno v domácím prostředí
 1. Podpora pečující rodiny (neformálních pečujících)
 2. Komunitní systém integrovaných podpůrných služeb (SIPS) s case managerem
3. Při nemožnosti domácí péče (nevhodné prostředí, příliš těžký stav, chybějící služby) pobytová zdravotně sociální zařízení (lidé se specifickými potřebami)

Nový koncept dlouhodobé péče (neplést s LDN!)

Dlouhodobá péče jako „3. (zdravotněsociální) pilíř
péčové oblasti“

- Zdravotní péče
- Sociální péče
- Dlouhodobá péče (long-term care, LTC)
 - Komunitní
 - Pobytová (zdravotně sociální povaha)
 - Dominantou je zdravotněsociální povaha při ztrátě soběstačnosti, proto zahrnuje i časově omezenou péči paliativní (včetně paliativní péče v pobytových zařízeních)

Dlouhodobá péče a geriatrie - 1

- Základem dlouhodobé péče (LTC) i geriatrie je problematika „křehkosti“ ve smyslu
 - nízké úrovně potenciálu zdraví
 - závažných funkčních deficitů
 - ztráty soběstačnosti, mnohdy sebeobsluhy
 - nezbytnosti provázaně zdravotně sociální péče
- LTC není věkově limitována, a proto je nadřazenou množinou podpory znevýhodněných dospělých lidí
- Některé zdánlivé klinické specifčnosti stáří souvisejí s kognitivní poruchou, a to jak u sy. demence, tak u mentální retardace u mladých lidí)

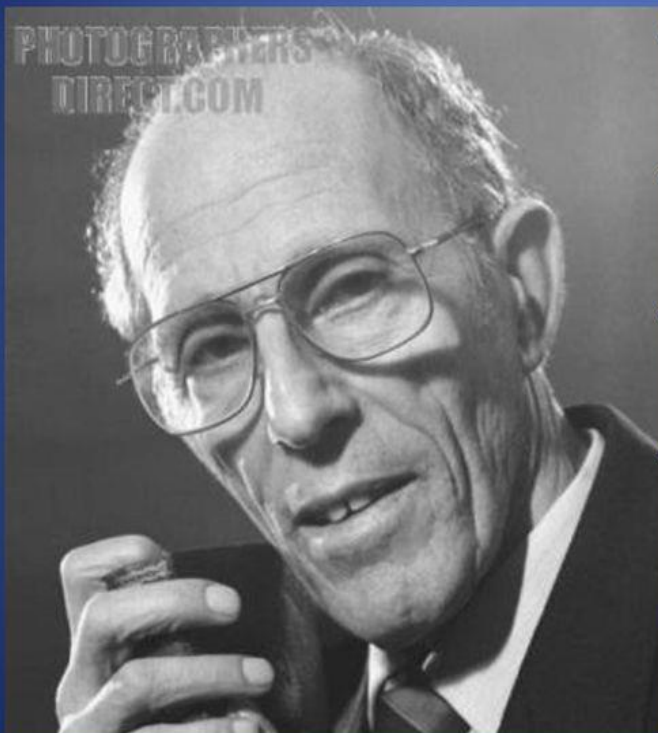
Dlouhodobá péče a geriatrie - 2

- Geriatrie
 - zformovala koncept křehkosti (frailty) jako základní zdravotnický fenomén LTC (odpovídající nízké úrovni potenciálu zdraví), a to především somaticky (sarkopenie, instabilita, hypomobilita)
 - nejpočetnější podmnožina LTC
 - Vlastní agenda nespecifických dekompenzací, rekonvalescencí a reedukací mimo SIPS a pobytová zařízení (akutní geriatrická odd, výchova geriatrického povědomí PL, internistů, dalších kliniků) +etický akcent

Kým by měl být geriatr pro pacienty i PL?

Odborně znalá empaticky laskavá etika

Bernard Isaacs (1924-1995)
Profesor geriatricie v U.K.



- Koncept geriatrických obrů 5“Is“ (70. léta)
- Kurativní „enabling“ geriatricie
- Geriatricie „3Ws“ – wit, warmth, wisdom
- Geriatr je lékař (i sestra) s měkkým srdcem, tvrdou hlavou, tlustou kůží a silnými rameny

Etická pokušení

Dlouhodobá péče i další formy práce s křehkými pacienty musí odolat pokušením i tlakům ve smyslu diskriminace (ageismus i frailismus), despektu, omezování přístupu k potřebné zdravotní péči (viz covidové diskriminační deformace triážování), pseudo-paliativace křehkých lidí, zpochybňování kvality jejich života či významu pro životního partnera

Etická pokušení 2

Zaměňování beznadějně opakovaných hospitalizací v pokročilých fázích chronických chorob a nedostatečné podpory i odborných chyb vůči křehkým lidem.

Úmrtnost křehkých starých lidí za COVIDU-19 byla nižší ve velkých centrech s vyššími kapacitami kvalitních zdravotnických služeb a vyšší v malých nemocnicích problematické úrovně i v desorganizovaných pobytových zařízeních.

Etická pokušení 3

Křehcí lidé jakéhokoli věku mají podle vlastní volby právo

- jak na život nediskriminačně podporovaný běžnou zdravotní péčí
- tak na laskavé doprovázení s přijetím přirozeného průběhu chorob bez trýznivých intervencí.

Etická pokušení 4

Kliničtí lékaři i další zdravotníci a pracovníci v přímé péči musí vždy sledovat prospěch svých konkrétních pacientů, nikoliv prosperitu a stabilitu zdravotnických zařízení a systémů („za to jsou placeni jiní“)

Nepřijatelné je zvažování „hodnoty života“ a její porovnávání u různých lidí navzájem.

Budme eticky velmi opatrní – zvláště v paliativní medicíně, geriatrii i dlouhodobé péči. I zde je základem podpora přirozeného života, „nabízení šancí“.