

## 16 PRINCIPY GERIATRICKÉ PÉČE



### Po prostudování kapitoly byste měli být schopni:

- ❑ vysvětlit obecné zásady péče o rizikové klienty
- ❑ charakterizovat jednotlivá zařízení pro senior
- ❑ specifikovat aktivity v domácí péči



### Klíčová slova této kapitoly:

institucionální péče, intermediární péče, terénní péče, historie péče o seniory, zdravotní péče, sociální péče, domácí péče



### 16.1 Primární péče, ambulantní péče specialistů

Vlivem stárnutí populace dochází k zvyšování zastoupení nemocných vyššího věku jak v ordinacích praktických lékařů, tak v ambulancích specialistů. Za současné situace, kdy populace nad 65 let věku tvoří již téměř 16% obyvatel, činí její podíl na spotřebě zdravotní péče 65% a podíl na pracovní době praktického lékaře 80%. Tato čísla budou v budoucnu nadále růst, protože do roku 2050 se předpokládá asi 30% populace starší 65 let.

V primární péči se **praktický lékař geriatrem první linie**. Mnohdy je pro osamělého seniora jedním z mála sociálních kontaktů vůbec. Role praktického lékaře a jeho týmu – zdravotní sestry, pracovníků domácí péče je nezastupitelná při edukaci staršího nemocného – opakovaný kontakt dává šanci sdělit informaci opakovaně, a tím dosáhnout jejího osvojení starším nemocným. Praktický lékař a jeho tým by měl být **hlavním garantem sestavení optimálního léčebného schématu pro seniora**. Současná situace je z tohoto pohledu velmi neuspokojivá, protože nemocní často o své vůli obcházejí ambulance specialistů, o výsledku těchto návštěv pochopitelně svého praktického lékaře neinformují a několikero doporučení specialistů včetně předpisu léků potom realizují sami, což může vést k velmi nevhodným až kontraindikovaným postupům vzhledem k zastoupení více různých chorob u jednoho nemocného.

Kontinuální kontakt se starším nemocným dává také praktickému lékaři a jeho týmu šanci sledovat vývoj funkčního změn u seniora, zavčas diagnostikovat deficity a pomoci **řešit sociální problémy** z těchto deficitů vyplývající (zajištění pečovatelské služby, domácí péče, umístění ve stacionáři, trvalá institucionalizace).

Z výše uvedené charakteristiky vyplývá i optimální složení týmu praktického lékaře – kromě sestry pracující s ním v ordinaci by součástí tohoto týmu měl být pracovník se středně zdravotnickým případně bakalářským stupněm vzdělání, který by zajišťoval kontakt mezi ordinací praktického lékaře a seniory v jejich domácím prostředí, kromě běžných záležitostí

byl schopen diagnostikovat závažnější změny celkového stavu seniora a zprostředkovat adekvátní opatření. V minulosti se v této funkci velmi osvědčily tzv. **geriatrické sestry**, jejichž síť však byla bohužel zpřetrhána reformou zdravotnictví po roce 1990. V současné době tuto funkci obdobně plní pracovníci **spolupracující agentury domácí péče**, jejich síť však dosud není na území ČR dostatečná.

Z dosavadních zkušeností je zřejmé, že péče o seniory vždy musí na rozdíl od zbytku populace vždy **zahrnovat kromě složky medicínské i velmi výrazně složku sociální**, jinak nebude nikdy uspokojivá.

Dalším stupněm ambulantní péče o seniory je síť specializovaných ambulancí určených všem věkovým kategoriím, nicméně v jejich klientele také narůstá podíl nemocných vyššího věku. Ambulance interní, kardiologické, neurologické, urologické, ortopedické, oční, dermatologické mají ve své klientele třetinu až polovinu nemocných nad 65 let věku.

Při lůžkových geriatrických odděleních nemocnic obvykle fungují geriatrické ambulance, které se zabývají péčí o specifické problémy seniorského věku, jako jsou poruchy paměti a gerontopsychiatrie, závratě a pády, hojení chronických ran, inkontinence, rehabilitace, ergoterapie. Tyto ambulance jsou zároveň konzultačními centry pro praktické lékaře i specialisty.

## 16.2 Akutní, intenzivní a nemocniční geriatrická péče

**Akutní zhoršení stavu** geriatrických nemocných s sebou vždy nese riziko mnohočetných komplikací vyplývajících z vyčerpané funkční rezervy jednotlivých orgánových soustav, dochází tedy k typickému řetězení poruch a mnohočetným dekompenzacím. Starší nemocný proto v této situaci vyžaduje důsledné monitorování funkce základních orgánových soustav – alespoň soustavy kardiovaskulární, respirační a vylučovací. Z tohoto pohledu může někdy docházet k diskrepancím v indikaci intenzivní péče pro geriatrického nemocného, protože jeho stav nemusí striktně splňovat kritéria přijetí na JIP a přesto je souhrnem všech svých poruch závažně ohrožen.



Samozřejmě je při posuzování celkového stavu a plánování strategie léčby nutno vzít v úvahu i celkovou perspektivu nemocného a očekávaný výsledek léčby z hlediska kvality života nemocného.

Starší nemocný na **jednotce intenzivní péče** a systém péče o něj znamená vždy kompromis mezi tím, co je schopna současná úroveň intenzivní medicíny poskytnout a tím, co je starší nemocný schopen snést – tedy vždy jsme nuceni velmi pečlivě zvažovat reálný benefit použité metody pro konkrétního staršího nemocného. Obecně je nutno kalkulovat s delší dobou hospitalizace staršího nemocného na JIP a s nutností dosažení lepší stabilizace jeho stavu před překladem na standardní oddělení, kde je k dispozici podstatně méně personálu a některá zakolísání zdravotního stavu mohou uniknout pozornosti.

Péče o starší nemocné se s prodlužujícím se věkem a zvyšováním procenta seniorů v populaci postupně stává náplní většiny oborů. Každý obor interní nebo chirurgický již má vypracovává specifické postupy pro starší nemocné (např. protokoly chemoterapie v hematoonkologii pro nemocné nad 65 let, kardiologické metodiky). Hospitalizace na **geriatrickém nemocničním oddělení** je určena nemocným s interdisciplinárními problémy, jako jsou kolapsové stavy, pády, poruchy kognice, náhlá akutní nespecifická zhoršení zdravotního stavu, případně pro ty starší nemocné, kteří prodělali léčbu závažného onemocnění nebo úrazu a jejich zdravotní stav ještě vyžaduje dlouhodobější stabilizaci a rekonvalescenci či rehabilitaci za zvýšeného dohledu.

Pro nemocné s několikaměsíční perspektivou rekonvalescence je určena péče v léčebně pro dlouhodobě nemocné (LDN). Cílem této péče je další stabilizace zdravotního stavu nemocného a dosažení maximálního možného stupně soběstačnosti s perspektivou návratu do

vlastního prostředí. V případě neuspokojivých výsledků rehabilitace a stabilizace zdravotního stavu je nutno po nemocného zajistit pobyt v instituci – stacionář pro dlouhodobé pobyty, domov důchodců.

Nepominutelnou součástí péče o geriatrického nemocného je **plánování propuštění** nemocného, kdy zvláště při propouštění do domácího prostředí musí být budoucí pečovatelé nemocného detailně seznámeni s nároky péče, s riziky i s možnými komplikacemi a jejich řešením. Této problematice je věnována velká pozornost a na zahraničních pracovištích již zcela rutinně pracují tzv. **case managers**, tedy pracovníci jejichž náplní práce je vstupování do kontaktu s rodinou či jinými pečovateli o nemocného po jeho propuštění z nemocničního ošetření (domácí péče, pečovatelská služba, praktický lékař a jeho tým) a příprava systému péče o nemocného, včetně případného zaškolení v provádění některých úkonů zásadních pro další uspokojivý vývoj stavu nemocného. Tento systém se v naší republice zatím rutinně nerealizuje, ale na některých pracovištích se již zavádí.

### 16.3 Péče v domácnosti - home care

Tímto pojmem rozumíme poskytování **komplexní ošetrovatelské péče** ve vlastním prostředí seniora. Tato strategie umožňuje pobývat ve vlastním prostředí i těm seniorům, kteří by pro dlouhodobé zdravotní a sekundárně i sociální problémy museli být institucionalizováni. Pracovníci agentur domácí péče poskytují služby podle ordinace praktického lékaře nebo na základě indikace nemocničního zařízení. Podle typu onemocnění, ale i vzdálenosti bydliště klienta může počet návštěv dosáhnout až 3 denně. Nejčastějšími aktivitami v domácnosti seniora jsou převazy, aplikace léků, rehabilitační úkony, edukace. Pracovníci agentur zaškolují i rodinné příslušníky a další pečovatele v provádění daných úkonů, například rehabilitačních, aby byl celkový efekt léčby co nej příznivější. Aktivita pracovníků domácí péče jsou tedy převážně zdravotnické a jsou hrazeny z prostředků zdravotního pojištění.



Další složkou poskytující služby ve vlastním prostředí seniora jsou agentury **pečovatelské služby**, jejichž aktivity jsou vhodné u seniorů s deficitem v oblasti instrumentálních všedních činností, tedy s lehčí poruchou soběstačnosti – úklid domácnosti, nákupy, dovoz stravy, pomoc při osobní hygieně, doprovod při cestách mimo domov. Aktivity pečovatelské služby mají převážně sociální charakter a jsou hrazeny samotným klientem.

Pro rozhodování o systému péče o konkrétního seniora je zásadní denní časová náročnost – pokud součet vše intervencí ve vlastním prostředí seniora přesahuje 3 hodiny denně, je nutno zvolit jiný typ péče. V této oblasti se prolíná péče zdravotní a sociální, naše legislativa však bohužel tyto oblasti dosud striktně odděluje, což působí mnohé obtíže v poskytování péče.

Pro intermediární stupeň péče jsou k dispozici **stacionáře** – jednotky pro denní nebo i vícedenní hospitalizaci, kdy seniori kombinovaně pobývají ve zdravotnickém zařízení i ve svém domácím prostředí, kde o ně pečují rodinní příslušníci. Tento typ zařízení je vhodný pro seniory např. s kognitivními poruchami, kteří nemohou setrvávat ve vlastním prostředí bez dozoru, tedy v době, kdy jsou jejich rodinní příslušníci v zaměstnání – hrozí nebezpečí neadekvátního zacházení s elektrickými a plynovými spotřebiči, s vodou apod.

Z hlediska sociálního je možno u seniorů s lehčím zdravotním postižením využít služeb poskytovaných denními středisky sociálního charakteru – tzv. **domovinky**, zajišťující organizované aktivity, stravu, případně hygienickou péči.

K intermediárním formám péče se řadí i **domy s pečovatelskou službou** a různé typy penzionů s relativně volnějším režimem, ale s lepší dostupností zdravotních i sociálních služeb.

## 16.4 Dlouhodobá péče v ústavu

Tento typ péče je určen seniorům s významnější ztrátou soběstačnosti, o něž z různých důvodů nepečuje rodina nebo jiní pečovatelé. Celkově je dlouhodobě institucionalizováno 3% seniorů, zbývající senioři žijí ve svém vlastním prostředí za pomoci členů vlastní rodiny, sousedů, přátel a ani tomuto nízkému počtu nestačí kapacita příslušných zařízení – tedy domovů důchodců, stacionářů pro několikaměsíční pobyty, apod. – čekací doby na umístění do těchto zařízení je minimálně několik měsíců, ve velkých městech i několik let. Proto by také měl být kladen větší důraz na všechna opatření umožňující seniorům setrvat co nejdéle v jejich vlastním prostředí v důstojných podmínkách.

Samotný pobyt seniorů v zařízeních dlouhodobé péče má samozřejmě svá negativa i pozitiva. Pro seniora s významným stupněm ztráty soběstačnosti znamená umístění do tohoto druhu zařízení výrazné ulehčení života a zvýšení kvality života. Sporná je situace u těch seniorů, kteří volí pobyt v zařízení dlouhodobé péče jako řešení bytové situace pro mladší generaci nebo jako řešení rodinných neshod při vícegeneračním bydlení. Tito senioři jsou obvykle ještě natolik aktivní a soběstační, že způsob života, kterému se chtě-nechtě přizpůsobují v daném zařízení, je pro ně regresí v aktivitách i celkové kvalitě života.

Klientela institucí je velmi vysokého věku, s velmi nízkým stupněm soběstačnosti, multimorbidní s rozsáhlou medikací včetně psychiatrické a s relativně vysokou mortalitou. Ze stylu života v institucích vyplývají některá rizika. U nemocných v institucích je popisován několikanásobně vyšší výskyt depresivních stavů, tendence k pasivitě a apatii, nízká pohybová aktivita vede k rychlejšímu rozvoji osteoporózy, ke ztrátě obratnosti a vyššímu riziku pádů, při omezených možnostech pobytu klientů venku hrozí riziko deficitu vitamínu D, v seniorských institucích je také popisován významnější trend ke konzumaci alkoholu.

Pro úspěšný pobyt seniorů v tomto typu zařízení z hlediska sociálního má velký význam aktivizace seniorů formou ergoterapie a rehabilitace, pořádání kulturních akcí, výlety, besídky, návštěvy např. dětí ze základních škol.

Péče o tento typ klientů má výrazně smíšený charakter zdravotně-sociální. Z tohoto pohledu je neadekvátní současný přístup v ČR, kdy sociální a zdravotní záležitosti jsou striktně oddělovány, což již po dlouhá léta působí značné obtíže právě v péči o seniory.

## 16.5 Paliativní a terminální péče

Paliativní péče nastupuje v okamžiku konstatování **ukončení léčby kauzální**, od níž není již možno očekávat výrazné zlepšení zdravotního stavu daného nemocného. Paliativní péče v současné době neznamená pouze péči o nemocné s neléčitelnými malignitami, ale také o nemocné terminálních stádiích neoncologických onemocnění – terminální srdeční selhání, terminální respirační selhání, jaterní selhání atd. Cílem paliativní péče je zvyšovat nebo alespoň udržet **kvalitu života** nemocného a celkově nemocnému ulehčit proces umírání.

V péči o starší nemocné vystupuje automaticky do popředí péče uspokojující jejich fyziologické potřeby a kompenzující jejich aktuální problémy - **léčba symptomů**. Z pohledu základního dělení potřeb nemocných se jedná o uspokojování **potřeb nižších**. Mnohdy však mohou uniknout pozornosti, a tím i uspokojení, potřeby řazené k **vyšším potřebám**. Lze říci, že čím vyšší je intelektuální úroveň nemocného, tím častěji jsou přehlíženy jeho vyšší potřeby počínaje potřebou sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, které zahrnují i potřebu autonomie, dále potřeby kognitivní, estetické až po potřebu seberealizace. Rozsah postižení základní chorobou a náročnost poskytování základní péče odvrací od těchto potřeb pozornost ošetřujícího týmu. Ve skupině seniorů může být tato diskrepance potencována deficitem ve



schopnosti vyjádřit dokonale pocíťovaný nedostatek. Důsledkem je potom vznik frustrace a možnost její transformace do somatických nebo psychických symptomů. Projevem tohoto stavu potom mohou být určité obtížně vysvětlitelné tendence v chování nemocného – například opakované zdánlivě bezdůvodné používání signalizačního zařízení, které manifestuje snahu přivolat k lůžku někoho, kdo by už jen svou přítomností vyřešil pocit **osamocení nemocného**.

Z problémů somatických je v rámci paliativní péče nutno řešit nejčastěji **bolest, dušnost, nechutenství, nauzeu, zvracení, terminální neklid a zmatenost**.

**Bolest** – její tlumení na snesitelnou úroveň je jedním z hlavních cílů paliativní péče a ve strategii léčení bolesti se řídíme základním třístupňovým schématem podle WHO, tedy I. stupni analgetika, antipyretika, případně nesteroidní antirevmatika, ve II. stupni slabé opioidy event. v kombinaci s I. stupněm, ve III. stupni silné opioidy, event. v kombinaci s I. stupněm. Základním problémem léčby bolesti je **poddávkování** silných opioidů zejména v obavě z návyku nemocného případně z vedlejších účinků.

Z hlediska **monitorace bolesti** je nutná objektivizace stupně bolesti, ovšem se zohledněním individuální míry vnímání bolesti. K tomuto účelu slouží **škály**, na kterých nemocný vyznačí aktuální sílu bolesti v porovnání s bolestí žádnou nebo nejsilnější, jakou kdy pocíťil.

**Dušnost** – jako **subjektivní pocit nedostatku vzduchu**, který v terminálních stádiích může, ale také nemusí být v korelaci klinickým i dokonce laboratorním nálezem. Tyto stavy řešíme podáním inhalačního kyslíku, případně opioidních preparátů, které subjektivní pocit dušnosti tlumí. Při zahlenění mohou mít příznivý efekt sekretolytika, při chrčení v terminální fázi je doporučováno omezit hydrataci umírajícího.

**Nauzea a zvracení** – jejich příčina může být i velmi rozdílná, na jedné straně může být nauzea nebo zvracení vyvoláno fatálním mozkovým poškozením např. při mozkovém edému po závažné cévní mozkové příhodě, na druhé straně může tyto příznaky vyvolávat terapie opioidy, případně obleněná kinetika trávicího traktu. Analýza aktuální situace nemocného je potom podkladem pro rozhodnutí o způsobu terapie. Při podezření na původ zvracení jako průvodního příznaku mozkového edému podáváme steroidy, případně v kombinaci s neuroleptiky, stejnou kombinaci můžeme volit při zvracení vyvolaném opioidy. Při podezření na oblenění kinetiky GIT jsou vhodná prokinetika typu metoclopramid ovšem s rizikem vzniku parkinsonské symptomatologie.

**Nechutenství** – je častým příznakem doprovázejícím terminální stavy. Při zvažování postupu je důležité si uvědomit, že nemocný v terminálním stavu obvykle nemá ani pocit žízně ani pocit hladu, a tedy nutit ho do jídla a pití vede ke zhoršení kvality jeho života. Dlouhodobé nechutenství se potom snažíme řešit vkusnou, barevnou úpravou porce jídla, volíme jídla pikantnější chuti a vůně, spíše chladná než horká, servírujeme malé porce na malé talíře. Někdy se doporučuje podpořit vznik pocitu hladu malou dávkou inzulínu – např. 4 j. s.c. před obědem.

**Terminální neklid a zmatenost** – projevuje se obvykle opakovaným přivoláváním ošetřujícího personálu – předpokládá se obava z osamocení. Při poruchách vědomí nejčastěji kvalitativních se neklid projevuje neustálým spontánním měněním polohy, přehazováním lůžkovin a často zcela neadekvátním přáním být propuštěn domů. Tento typ neklidu obvykle tlumíme zvýšením dávky opioidů.

---

### Shrnutí kapitoly

**Systém geriatrické péče musí zahrnovat všechny stupně péče od řešení akutních zhoršení zdravotního stavu seniorů na jednotkách intenzivní péče a akutních lůžcích**



přes rekonvalescenci a rehabilitaci na lůžcích následné péče a další rozdělení průběhu poskytované péče podle dosaženého stavu – tedy návrat do domácího prostředí za asistence terénních služeb – domácí péče a pečovatelské služby nebo trvalá institucionalizace v případě, že nemocný není schopen zvládnout samostatné přebývání ve vlastním prostředí. Spolupráce se rodinami nemocných nabývá na významu v případech, kdy rodina je schopna a ochotna pečovat celodenně -potom je velmi důležité zaškolení a výcvik členů rodiny. Je-li rodina schopna a ochotna pečovat o nemocného tu část dne, kdy se její členové navrátí ze zaměstnání či ze školy, je možno využít stacionářů či domovinek.

Do systému péče o seniory je nutno zahrnout i péči paliativní v hospicích nebo prostřednictvím mobilních jednotek, jejíž členové pomáhají rodinám starajícím se o svého staršího člena v terminálním stadiu.

Hlavními problémy řešenými v rámci paliativní péče jsou bolest, dušnost, nechutenství, nauzea, zvracení, terminální neklid a zmatenost.

#### **Otázky úkoly:**

1. Vysvětlíte obecné zásady péče o rizikové klienty.
2. Charakterizujte jednotlivá zařízení pro seniory.
3. Popište způsoby péče o starší nemocné.
4. Specifikujte základní a odborné činnosti sester v domácí péči.



#### **Doporučená literatura.**

- Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén 2005
- Kalvach Z et al. Geriatrie a Gerontologie. Grada Avicenum 2004.
- Kalvach Z et al. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Grada 2011