

Stáří a co dál?

Eva Lenochová, DiS.

koordinátorka charitní pečovatelské služby, Oblastní charita Rajhrad

Populace v ČR stárne, je to obecný demografický trend, bohužel však senioři nemají stále dostatek informací o službách, popř. mají zkreslené informace o určitých službách a možnostech. Často se senior a návazně jeho rodina dostává do situace, kdy musí řešit zdravotní či sociální problémy svého blízkého a neví kudy kam. Otázkou je, zda chybí ucelený informační systém o službách či je to neochotou a přístupem pracovníků příslušných služeb? Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Vzniká v důsledku funkčních i morfologických změn probíhajících druhově specifickou rychlostí – od několika hodin až desítek let. Charakteristická je výrazná interindividuální variabilita vedená k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován prostředím, zdravotním stavem, životním stylem, ale také vlivy sociálně-ekonomickými a psychickými. Z důvodů mnohočetnosti a individuálnosti příčin a projevů, jejich vzájemné podmíněnosti i rozporuplnosti je velice obtížné vymezit a členit stáří. Obvykle se proto rozlišuje stáří kalendářní, sociální a biologické.

Klíčová slova: stáří, nemoc, nedostatek informací, péče, předsudky.

Old age and what next?

The population of the Czech Republic is aging, which is a general demographic trend; however, the elderly still lack sufficient information about services or may have biased information about certain services or options. An elderly person and, consequently, his family are often faced with a situation in which they have to deal with health or social issues of a close family member and are left helpless. The question is whether an integral information system about the services is lacking or whether it is due to the unwillingness and approach of the providers of the appropriate services. Old age refers to the late stages of ontogenesis, the natural course of life. It is a result of functional and morphological changes occurring at a species-specific rate ranging from several hours to dozens of years. Characteristically, there is marked interindividual variability resulting in a typical presentation referred to as the aging phenotype. It is modified by the environment, health status, lifestyle as well as socioeconomic and mental factors. It is very difficult to define and divide old age due to the multiple and individual causes and manifestations, their interrelative nature as well as contradictoriness. Therefore, calendar, social and biological old age is usually distinguished.

Key words: old age, illness, lack of information, care, prejudice.

Med. Pro Praxi 2010; 7(3): 152–154

Polymorbidita

Polymorbidita je přítomnost více chorob současně. Polymorbidita je poměrně častý jev ve stáří, pacienti mají často ischemickou chorobu srdeční, hypertenzi, diabetes mellitus, artrózy více kloubů, onemocnění zažívacího traktu.

Vymezení pojmu geriatrický pacient

- Geriatrický pacient, je pacient starší zpravidla 70 let, jeho onemocnění je komplikováno dalšími významnými nemocemi a syndromy ovlivňujícími diagnostický proces, léčbu a následnou péči včetně rehabilitace.
- Geriatrický pacient je ohrožen zejména zhoršením či ztrátou soběstačnosti, poruchami vědomí, zmateností, zhoršením pohyblivosti a časným vznikem imobilizačního syndromu a dalšími komplikacemi (jako jsou např. dehydratace).
- Geriatrický pacient není každý nemocný senior, důležitá je přesná diagnostika. Nemocný geriatrický pacient potřebuje specializovanou péči (geriatrická odd.).

Možnosti péče pro seniory a geriatrické pacienty (seniory)

V podstatě lze rozdělit služby pro seniory na zdravotní a sociální služby, které se v mnoha případech prolínají. Péče seniorům a geriatrickým pacientům může být poskytována ambulantně (v domácím prostředí) nebo za hospitalizace v nemocnici (zdravotní péče na lůžkách akutních nebo lůžkách následné péče, sociální péče pak za hospitalizace na tzv. sociálních lůžkách – pokud klient není v takovém stavu, aby mohl být v domácí péči nebo rodina není schopna se postarat).

Sociální služby v domácím prostředí klienta – např. pečovatelská služba, osobní asistence, stacionáře pro seniory, denní pobyty pro seniory.

Zdravotní péče – pobytové (nemocnice, následná péče, hospice), v domácím prostředí pak možnost využití domácí ošetrovatelské péče nebo péče mobilního hospice.

Vymezení některých typů služeb pro seniory

Jak je již výše uvedeno, lze rozdělit služby pro seniory na zdravotní a sociální a ty pak dále na pobytové a terénní služby.

Zdravotní péče pobytová

- Akutní lůžka (interní oddělení, geriatrická oddělení) při akutních zdravotních problémech pacienta.
- Léčebny dlouhodobě nemocných (většinou u interních klinik, doléčovací jednotky), jedná se o neakutní lůžko. Pacient je ve stavu, kdy nepotřebuje akutní lůžko, avšak pobyt v domácím prostředí není ze zdravotních důvodů možný.
- Lůžkový hospic, je určen pro pacienty, u kterých nejsou vhodné podmínky pro pobyt a umírání doma (např. nevhodné sociální podmínky, rapidně se zhoršující stav pacienta, vyčerpání rodinných příslušníků, strach rodiny ze selhání v péči). Při pobytu v lůžkovém hospici přebírá péči o pacienta zdravotnický tým lůžkového hospice, rodina se na péči o svého blízkého může, ale nemusí podílet. Stejně tak je poskytována i péče rodině. Zdravotní složka pobytu v hospicích je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, sociální složka potom dle výše příspěvku na péči přímo od klienta/pacienta.

Zdravotní péče terénní

- Domácí ošetrovatelská péče je orientována na podporu a udržení zdraví a prevenci nemoci, dále pak na to, aby pacient mohl co nejdéle setrvat ve svém přirozeném prostředí. Zdravotní péče je indikována žádostí ošetřujícím lékařem (praktický lékař, ošetřující lékař z nemocnice odkud byl pacient propuštěn do domácího ošetřování), který určuje její rozsah i četnost. Domácí ošetrovatelská péče může být čerpána maximálně v rozsahu 3 návštěvy denně (3 h denně). Návštěvy jsou členěny do 4 typů dle času stráveného u pacienta (60 min., 45 min., 30 min., 15 min.). V rámci domácí ošetrovatelské péče se poskytuje např.: ošetření bércových vředů, aplikace inzulínu, aplikace léčebné terapie s.c., i.m., zajištění hydratace infuzní terapií, ošetření permanentních katétrů, ošetření různých typů stomií, zajištění ošetrovatelské rehabilitace. Ošetrovatelská péče je hrazena ze zdravotního pojištění.
- Mobilní hospicová péče je směřována na podporu pacienta a pečujících v přirozeném prostředí domova. Hlavní břemeno tak spočívá na blízkých pacienta, zdravotníci pacienta navštěvují dle potřeby, část odborné intervence je tak směřována k podpoře blízkých. Po domácí hospicové péči se podílí tým specialistů, tzv. multidisciplinární tým (lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, duchovní). Oproti lůžkovému hospici má výhodu v tom, že pacient je v domácím prostředí, není vyčleněn z rodiny a do jisté míry se může sám rozhodovat, co bude dělat. Domácí prostředí často vede ke zklidnění člověka, ke zlepšení zdravotního stavu a přijmutí terminality svého stavu. V rámci mobilní hospicové péče je poskytována ošetrovatelská péče, doplněná o konzultace lékařem v případě zhoršení zdravotního stavu. Možná je i telefonická intervence – pokud pacient/rodina potřebují poradit a stav nevyžaduje návštěvu lékařem. Ošetrovatelská péče hrazena ze zdravotního pojištění, sociální složka péče pak hrazena klientem.

Sociální péče pobytová

- Sociální lůžka (sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče) = ve zdravotnickém zařízení ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propu-

těny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou (buď terénní službou nebo příjmem do pobytového sociálního zařízení). V rámci pobytu na tzv. sociálních lůžkách jsou zabezpečeny tyto činnosti: např. poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně, kontakt se společenským prostředím atd. Klient si službu hradí.

- Odlehčovací služby jsou pobytové, ale i terénní nebo ambulantní služby, poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu stáří nemoci, o které je pečováno v domácím prostředí (jejich přirozeném), cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. V rámci odlehčovacích služeb se poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, dopomoc s hygienickou péčí, stravou atd. Klient si službu hradí.

Terénní sociální služby

- Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba, poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Pečovatelská služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob (vymezené úkony). V rámci pečovatelské služby se např. poskytuje dopomoc s hygienickou péčí, podání a příprava stravy, dovážka obědů. Pečovatelská služba je poskytována za úhradu.
- Osobní asistence je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Osobní asistence je poskytována za úhradu.
- Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které potřebují z důvodu snížené soběstačnosti (věk, nemoc, postižení) pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Denní stacionáře mohou být zaměřené na určité skupiny klientů např. pro seniory, mentálně postižené, smyslově postižené, pro klienty s demencí. V rámci denních stacionářů se poskytují běžné úkony o vlastní osobu, poskytnutí stravy, výchovných činností, kontakt se společenským prostředím. Klient si službu hradí.

V rámci naší práce v domácí péči (charitní ošetrovatelská péče a pečovatelská služba) se nejčastěji setkáváme s pacienty, kteří mají diagnózy:

- Stavy po CMP
- Stavy po úrazech (zlomeniny HK a DK)
- Onkologická onemocnění (v různém stadiu onemocnění)
- Roztroušená skleróza
- Diabetes mellitus, hypertenze, obezita
- Polymorbidita
- Klienti s různými typy demencí

Pro dokreslení uvádím 2 kazuistiky – příběhy z naší praxe a možnosti řešení situací, které nastaly.

Kazuistika 1

Pacient 1938–2009, dg. mnohočetné ca močového měchýře, ložiska různé velikosti, selhávání obou ledvin, oboustranná nefrostomie, deprese, stavy zmatenosti.

Medikace: Furon, Tramal tbl., Durogesic, Paralen.

Ca močového měchýře diagnostikováno začátkem roku 2006, kdy v močovém měchýři byly 2 nádorová ložiska velikost cca 2 cm, bohužel před zahájením léčby úraz elektrickým proudem, a následně v témže roce rozsáhlý infarkt myokardu, proto nebyl doporučen razantní typ léčby. Koncem roku 2008 bohužel již rozsáhlý nález v močovém měchýři, doporučena pouze chemoterapie k redukování ca bujení, v močovém měchýři se již nacházely mnohočetná ca ložiska, zaplňující téměř celý močový měchýř. Problémy s močením, výrazné otoky DKK, změny v krevních odběrech, postupné selhávání obou ledvin. Po konziliu provedena oboustranná nefrostomie, pacient po celou dobu v domácím prostředí za péče rodiny.

Po provedení nefrostomie a nastavení léčby zmírnění symptomů (otoky DKK, zlepšení stavu). Do prosince 2009 vcelku aktivní život, respektive v rámci zdravotního stavu, věnoval se i svým koníčkům. Zlom nastal několik dnů před vánočními svátky 2009, prudké zhoršení stavu (výrazné otoky DKK, oblast třísel, zažívací problémy), výrazné bolesti, zmatenost, suicidální pokusy, noční nespavost.

Rodina kontaktovala lůžkový hospic, kam byl pacient přijat, byl hospitalizován 4 dny, rodina byla po celou dobu s pacientem, ten odešel v klidu v kruhu svých blízkých.

Nutno však podotknout, že po celou dobu pacientovi nemoci se o něho starala rodina, pacient navštěvoval pouze lékaře – pravidelné kontroly a vyšetření. Praktický lékař rodinu ani klienta

neinformoval o možnosti profesionální podpory ze strany ošetrovatelské péče, ani tuto péči neindikoval. Bohužel ani v nemocnici, kde se pacient léčil, rodinu neinformovali o možnostech využití péče o onkologického pacienta. Kontakt na lůžkový hospic a možnost přijetí do lůžkového hospice si rodina vyhledala na internetu.

Kazuistika 2

Pacientka *1929, dg. Parkinsonova choroba, hypertenze, nyní stav po cévní mozkové příhodě s levostrannou parézou a poruchou řeči (několik týdnů po CMP byla v kómatu), nyní po hospitalizaci a pobytu na lůžku následné péče v domácím prostředí. Pacientka kachektická, zaveden PMK, zavedena nasogastrická sonda – konzultováno s gastroenterologem.

Medikace: Levodopa, Lozap, Tramal 50 mg, Nutrison 1000 ml a 24 hod do nasogastrické sondy, Nootropil.

Nyní paní ležící, zcela odkázána na péči druhé osoby, nutnost polohování à 2–3 h, zajištění podání stravy do nasogastrické sondy, péče o permanentní katétr. U pacientky zajištěna kompletní hygienická péče na lůžku, prevence vzniku kožních změn.

Pacientka na polohování a provádění hygienické péče reaguje spíše negativně, odmítá péči.

Pacientce poskytnuta pečovatelská služba a ošetrovatelská péče, rodina měla zájem o službu osobního asistenta, bohužel bydlí mimo větší město – bylo jim bohužel sděleno, že osobní asistenci nelze poskytovat, z důvodu dopravy a nesplnění kritéria věku.

Časté problémy

v poskytování péče seniorům

- Špatná informovanost o možnostech služeb pro seniory a geriatrické pacienty (jak služeb zdravotních, tak sociálních).

- Neochota praktických lékařů k indikaci ošetrovatelské péče, a to i v případech onkologických pacientů. Stále ve společnosti panuje myšlenka, že nemocnému je lépe v nemocnici, než-li v domácím prostředí.
- Nevhodná spádovost určitých typů služeb pro pacienty v seniorském věku.
- Ne zcela fungující komunikace mezi zdravotními zařízeními či zařízeními a organizacemi poskytujícími sociální služby.
- Neochota některých organizací se zapojit do spolupráce v péči o klienta.

Kam je možno se obrátit v případě, že se ocitne senior v nevhodné sociální situaci způsobené např. zhoršením zdravotního stavu:

- Informace o sociálních a zdravotních službách lze získat u sociálních pracovníků příslušného zdravotnického nebo sociálního zařízení (v případě, že je senior hospitalizován v nemocnici).
- Sociální odbory na obecních, městských úřadech, magistrátech, nebo úřadech obcí s rozšířenou působností.
- Občanské poradny, centra poradenství (teoretické řešení situace, informace o dávkách apod.).
- Internetové stránky poradenství např. <http://ligavozick.skynet.cz/ip/>.
- www.hospice.cz (problematika paliativní péče), www.umirani.cz (paliativně nemocní, polymorbidní senioři), www.gerontologie.cz (problematika nemocných seniorů, nemocných s Alzheimerovou chorobou).
- <http://registr.mpsv.cz/socreg> na této stránce lze ve vyhledávači nalézt registrované sociální služby (v registru lze vyhledávat dle regionu, sociální služby).

V případě nejasností ve zdravotní péči, respektive možností zdravotní péče či návazných služeb se lze obrátit na:

- Sociální pracovníce (např. v nemocnici)
- Ošetřující lékař pacienta
- Praktický lékař pacienta
- Příslušná zdravotní pojišťovna pacienta (např. lázeňská péče, spádovost domácí ošetrovatelské péče)

V závěru chci podotknout, že všichni lidé potřebují informace, je tedy potřeba se nebát zeptat na informace, které rodinu či pacienta zajímají.

V případě špatné informovanosti poté může docházet ke zbytečným problémům a nedorozuměním. Bohužel z vlastní zkušenosti vím, že na obvyčejného pacienta se pohlíží jinak, než jak na pacienta profesionála (např. zdravotní sestru, lékaře), stejné je to i s předáváním informací. Každý by si měl uvědomit, že může kdykoliv onemocnět, že postupně zestárne a že bude potřebovat někdy profesionální pomoc, a že je nutno předávat informace a umět s nimi pracovat. Senioři jsou v komunikaci velice zranitelní, proto je nutné si k nim najít cestičku a vhodně je nasměrovat k informacím a pomoci jim.

Eva Lenochová, DiS.

koordinátorka charitní
pečovatelské služby
Oblastní charita Rajhrad
Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad
eva.lenochova@caritas.cz

