

## **MUDr. Zdeněk Kalvach**

### **Stárnutí populace, zdravotní potřeby starých lidí a komplexní medicína**

Stárnutí populace, zdravotní potřeby starých lidí a komplexní medicína

Ve všech hospodářsky vyspělých zemích dochází od 19. století k zásadním změnám natality, mortality, reprodukčního chování, které se označují jako demografická revoluce a jejichž 2. fáze nyní kulminuje. Nejvíce se hovoří o stárnutí populace, které je

- Relativní – dané poklesem natality a počtu dětí
- Absolutní – dané přibýváním starších lidí (seniorů), jehož příčinou jsou
  - o Pokles úmrtnosti v mladším a středním věku – „stáří“ se dnes dožívá asi 80 % lidí
  - o Pokles úmrtnosti ve stáří – život ve stáří se prodlužuje
  - o Zestárnutí mimořádně silných poválečných ročníků (tzv. poválečného bejbybůmu)

Relativní zestárnutí má závažné důsledky pro průběžné financování penzijních systémů i zdravotní a sociální péče.

Absolutní zestárnutí klade závažné nároky na zdravotnické a sociální služby – nejen kvantitativně na jejich kapacitu, ale také kvalitativně na jejich strukturu. Do popředí vystupují otázky, co vlastně staří lidé od zdravotnictví potřebují, zda existují nějaká specifika zdravotního stavu, zdravotních problémů a jejich intervencí ve stáří.

Důležité je, že důsledkem prodlužování života ve stáří je nejen „stárnutí populace“ (měnící se poměr staří:mladí s důsledky na průběžně financované systémy), ale také „nástup dlouhověké společnosti“: dlouhý život ve stáří již není kuriózní výjimkou, ale běžnou realitou; dramaticky přibývá lidí starších 80 a 90 let. Je klíčově důležité, že s tímto procesem není spojena expanze nemocnosti a disability – naopak dochází ke kompresi nemocnosti a závažné disability v pokročilém stáří. Nově stárnoucí generace jsou stále zdravější a zdatnější. Jde o důsledek zvláště

- Civilizačních trendů se zvyšováním životní úrovně (včetně zkvalitňování zdravotní péče, zvyšování jejich možností)
- Zlepšení prevence a léčení řady klíčových chorob ovlivňujících zdravotní stav v pokročilém stáří, jakými jsou např.

o Ateroskleróza – dramatické ovlivnění art. hypertenze, hyperlipoproteinemie, diabetes mellitus, kouření i revaskularizační intervence sklerotických cévních změn (angioplastiky, stenty, výhledově „nanoroboti“)

o Srdeční selhání – zavedení ACE inhibitorů

o Katarakta (šedý oční zákal) – náhrada oční čočky jako ambulantní výkon běžně prováděný u křehkých lidí starších 90 let s dramatickým poklesem slepoty ve stáří (obávané diabetické retinopatie zdaleka nedosahují epidemiologického významu katarakty)

o Osteoporóza – účinná intervence postmenopauzální osteoporózy (bisfosfonáty aj.)

o Zlomeniny horní části stehenní kosti – suverénní metody TEP kyčle, CCEP s časnou mobilizací a poklesem mortality i disability po obávaných zlomeninách „krčku“

o Osteoartróza nosných kloubů (kolen, kyčlí) – TEP kyčle a kolene

o Deprese – zavedení nové generace antidepressiv

o Delirantní stavy – zavedení šetrných atypických neuroleptik

o Chronická obstrukční plicní nemoc (rozedma plicní) – omezení nikotinismu, zavedení nových bronchodilatancií

Z hlediska disability, závislosti, nízké kvality života a čerpání sociální pomoci

- zůstávají neovlivněny zvláště:
  - Alzheimerova choroba a další příčiny syndromu demence
  - Věkem podmíněná makulární degenerace sítnice

- Vertebrogenní obtíže – poruchy statiky a dynamiky páteře a celého osového orgánu s bolestí, poruchou hybnosti a závratěmi
- Závažnější poruchy sluchu ve stáří
- Obezita
- Sarkopenie – svalová slabost ve stáří
- Geriatrická křehkost, frailty – multikauzální fenomén
- Iatrogenní poškození – nežádoucí efekty a komplikace nezvládnutých zdravotnických intervencí i zanedbání potřebné a účinné zdravotní péče.

Souhrnně se tedy zdravotní stav starých lidí zlepšuje, výskyt mnohých závažných chorob a zdravotních postižení klesá. Tento příznivý trend je však ve vztahu ke kapacitám a nákladům zdravotní péče převážen nárůstem absolutního počtu seniorů, zvláště skokovým zestárnutím poválečných ročníků kolem roku 2015. Dochází tedy ke 3 dvojicím protichůdným jevům, kterými jsou:

1. Zlepšování zdravotního a funkčního stavu většiny seniorské populace

versus

2. Demograficky podmíněné „zvyšování absolutního počtu jedinců v relativně se zmenšující podskupině seniorů“ s nutností zvyšovat některé kapacity služeb a podpor (např. zařízení a služby pro nemocné se syndromem demence)

1. Pokles prevalence a vzestup léčitelnosti řady závažných „chorob stáří“

versus

2. Manifestace specifických zdravotních problémů pokročilého stáří, souvisejících s nízkým potenciálem zdraví (nízkou úrovní vzájemně propojené zdatnosti, odolnosti, adaptability), geriatrickou křehkostí a multikauzálními geriatrickými syndromy a potřebou specifického geriatrického režimu k prevenci komplikací, iatrogenního poškození a iatrogenně podmíněné indukce disability (např. rozvoj imobilizačního syndromu během hospitalizace na stávajících nemocničních odděleních orientovaných na řešení „jim příslušných chorob“, nikoliv na „preventivní geriatrický režim a řešení geriatrické křehkosti“ – „drahá léčba se zdařila, ale pacient skončil v LDN, aby tam zemřel na dekubitální sepsi“)

Těmito protichůdnostmi vznikají v systému závažné tenze a závažná nepochopení.

V souvislosti s nutností penzijních reforem, zvyšováním kapacity některých zdravotnických a sociálních služeb a s deficitem veřejných rozpočtů vzniká ve společnosti až demografická panika a objevují se i prvky ageismu. Jde nejen o apriorní šetření, omezování rozsahu služeb a výdajů pro seniorskou populaci, ale především o apriorní nezáměr o kvalitativní aspekty, o změnu spektra zdravotních potřeb v pokročilém stáří a potřebu změny přístupu i struktury služeb vzniklých převážně v podmínkách a pro potřeby mladé populace 19. a 20. století.

Soustředění na fiskální aspekty a kvantitativní parametry oslabuje, až eliminuje zájem o kvalitativní otázky optimalizace, zvýšení účinnosti, účelnosti a bezpečnosti zdravotnických a zdravotně sociálních služeb pro seniorskou populaci, o povahu zdraví ve stáří. Šíří se dojem, že geriatrická medicína je hrozbou, neboť usiluje o zvýšení rozsahu samoučelného vyšetřování, léčení a tím i nákladovosti seniorů. Jsou patrné snahy přesunout co největší rozsah služeb ze zdravotnictví do sociální péče, která je kvalifikačně na nižší úrovni a nedochází v ní k indukovaní diagnostických ani terapeutických výkonů a nákladů. Tato diskriminační, nežádoucí forma de-medicinalizace (odlišná od žádoucí demedicinalizace ve smyslu zciivilnění dlouhodobé péče a jejího podřízení kvalitě a smyslu života) je posilována nepochopením evropské zvyklosti zařazení kvalitní a kvalifikované zdravotně sociální dlouhodobé péče do sféry sociálních služeb veřejného zájmu. Doslova „vražednou větou“ české zdravotní politiky se stalo, „nepřipusťme medicinalizaci stáří“ ze 70. let 20. století. Je nezbytně nutné ji změnit ve výrok „nepřipusťme samoučelnou medicinalizaci přirozeného stárnutí ani léčení chorob bez ohledu na křehkého starého člověka a usilujme o účelné intervence zdravotního stavu křehkých starých lidí k posílení kvality, smyslu a soběstačnosti jejich života!“

Neadekvátní, vůči křehkosti seniorů necitlivé, „standardní postupy“, které často vedou přes vysoké vynaložené prostředky k nedobрым funkčním výsledkům, posilují atmosféru zmaru, marnosti,

ageisticky pokleslého mudrlování o tom, že „proti věku není léku“, což sice je pravda, ale nemá to nic společného s povinností umenšovat ovlivnitelné zdravotní utrpení bez ohledu na věk.

Jistě je správné a ve fiskálních souvislostech nezbytné omezit neúčelné výdaje z veřejných prostředků a zdravotní i sociální podporu maximálně racionalizovat – to by však mělo být hnacím motorem, nikoliv brzdou geriatrické medicíny a zájmu o povahu zdravotních problémů pokročilého stáří (nikoliv jen o výskyt chorob ve stáří). Velmi závažné je také důsledné podřízení zdravotních i sociálních služeb kontextu života jednotlivých klientů/pacientů – zvláště ve stáří je zásadně důležitý personalizovaný přístup, podpora smyslu a ke smyslu života křehkých lidí.

Je úkolem společnosti, výchovy, zodpovědnosti každého člověka, rodin, obcí, aby zformovaly smysluplnou participující, produktivní existenci v dlouhém pokročilém stáří. Pokud to nedokáží, nesmějí vyžadovat od zdravotnictví ageistické zanedbávání péče na pokraji euthanatického rozvažování, „buďme rozumní“. Společenský tlak na zdravotnictví by měl být jiný – zvyšte nezbytné znalosti o zdravotních potřebách dlouhověkých lidí a tím i účelnost svých služeb.

Stáří je záležitostí jistě jak biologickou, tak sociální, ale především existenciální – záležitostí povahy, kvality a smyslu života v pokročilém stáří. To je o to důležitější, že právě ve vztahu k existencialitě jsou demografické změny potencovány dramatickým poklesem potřeby lidské práce s nutností zásadně reformovat koncept zaměstnanosti a pracovní kariéry člověka. To je zřejmě důležitější než krize rodiny.

Jak je uvedeno výše, zdravotní a funkční stav stárnoucích lidí se výrazně zlepšuje. Přesto jejich zaměstnatelnost ve věku nad 50 let klesá. Lidé jsou tedy obecně, systémově schopni produktivní činnosti obvykle nejen do 60-65 let, ale do 75-80 let, není však pro ně práce, což posiluje „důchodcovský nihilismus“, který je zřejmě jedním ze závažných kořenů ochoty restringovat výdaje na geriatrické intervence a neochoty rozvíjet geriatrickou problematiku. I z hlediska smysluplnosti existence se ukazuje klíčová role obcí, v nichž křehcí lidé žijí – jde nejen o sociální zabezpečení, ale o smysluplnost, o participaci v komunitě. Pak není pochyb ani o závažnosti komunitního charakteru integrované, zdravotně sociální „dlouhodobé péče“ v konceptu „long-term care“. A je logické, že praktický lékař nemůže nebýt geriatrem první linie, čemuž ovšem naprosto neodpovídají znalosti praktických lékařů o geriatrické problematice nad rámec povědomí o LDN a některých službách typu home care, pečovatelská služba.

Závažná je tedy „geriatrická negramotnost“ českého zdravotnictví patrná v činnosti nemocničních oddělení i terénních služeb a vyplývající z dlouhodobě deformovaného přístupu akademické medicíny a lékařských fakult ke geriatrické problematice. Výmluvným dokladem je skutečnost, že moderní a retrospektivně správná koncepce geriatrie (diferencované, zahrnující nejen dlouhodobou ústavní péči, ale také akutní složku), byla sice v 90. letech schválena, ale nikdy se ji nepodařilo prosadit do praxe! Soudobá struktura medicínských oborů vznikala v podmínkách demograficky mladé společnosti 19. a první poloviny 20. století – proto jednou z prvních specializací byla pediatrie. V podmínkách stárnoucí a dlouhověké společnosti by se do centra zájmu naopak měla dostávat geriatrie, pokud by z ní nebyl strach a pocit marnosti a kdyby nebyla ztotožněna s ošetřovatelsko sociální péčí o chronicky nemocné, zvláště péčí ústavní v LDN a starobincích. Je proto nutno zdůraznit, že dlouhodobou ústavní péčí v LDN a starobincích vyžadují pouze zhruba 3 % lidí starších 60 let – i ve věku nad 80 let jde o pouhých 20 % seniorů. Ostatní, většinová starší lidé potřebují citlivé, geriatricky poučené intervence a podpůrné služby, aby mohli zůstat sami sebou, aby ani zdravotními problémy nebyly poníženy smysluplnost a koncept jejich života.

Oproti obecnému povědomí, pro něž je příznačná stereotypizace starých lidí jako homogenně nemohoucích důchodců (viz ilustrační záběry k hovorům o penzijní reformě či k jiným seniorským tématům, ale dokonce i k eutanázii v České televizi), je nutno systémově akceptovat mimořádnou heterogenitu seniorské populace – staří lidé se velmi liší nejen situací sociální, rodinnou, vzdělanostní, zdravotní, ale také funkční: existují i velmi staří (dlouhověcí) lidé mimořádně zdatní a výkonní (tzv. elitní či fit – zdatní), lidé „pouze“ nezávislí (s potřebou rekondičních programů k posílení výkonnosti a odolnosti), lidé křehcí (v labilním stavu s potřebou dispenzarizace, depistáže, tísňové

péče), lidé závislí (s potřebou rozsáhlejší pomoci rodinnou, sousedy či pečovatelskou službou) a teprve posléze také lidé zcela závislí (potřebující setrvalý dohled, home care nebo dlouhodobou ústavní péči). A všechny tyto funkční kategorie potřebují podporu flexibilních a geriatricky poučených zdravotnických služeb. Pokud by se např. „nezávislým“ seniorům, akutně zhoršeným banálním onemocněním, dostalo místo odpovídajícího залéčení a rekondice paliativní péče, šlo by o závažný odborný, etický i právní lapsus.

K závažným fenoménům geriatrické medicíny patří narůstání významu zdravotního a funkčního stavu oproti „chorobám“. V souvislosti s častými kombinacemi několika chorob (multimorbidita), včetně vzájemného potencování několik zdánlivě banálních chorob do závažného klinického problému, a také s prolínáním funkčních a režimových změn (malnutrice, dekonidice, maladaptace) se zdravotní, funkčně závažné a medicínsky ovlivnitelné změny vymykají konceptu medicíny chorob, nosologických jednotek. Mnohdy vznikají problémy s indexovou chorobou, která by kódovala pacientovy obtíže a potřebu kontaktu se zdravotnickými službami. To vede k dramatickým důsledkům nepřislušnosti geriatrických pacientů do kompetence žádného z tradičních lékařských oborů s nechtěností těchto mezioborových pacientů (negativní kompetenční konflikt) a s jejich chybným vytěšňováním ze zdravotnické kompetence (velmi problematický výraz casus socialis). Výstižně se hovoří o tom, že geriatrická medicína je typickým příkladem „medicíny na konci éry chorob“.

Vzhledem k tomu, že lékaři jsou vesměs stále vychováváni jako „krotitelé chorob“ (poznej chorobu, léči chorobu, předejdi chorobě), nikoliv jako „průvodci nemocných“, dochází snadno ke ztrátě pocitu odborné zodpovědnosti za křehké geriatrické pacienty, kteří se tak ocitají často v území nikoho, s nepochopenými zdravotními problémy – vystaveni nebezpečným (své křehkosti nepřizpůsobeným) postupům a režimům, nebo zanedbání svých zdravotních potíží, což obojí vede k nadměrnému utrpení, k závažným komplikacím i k neúčelnému plýtvání prostředky vynakládanými na geriatricky chybné postupy.

Praktičtí lékaři ani ústavy dlouhodobé péče nemají dnes pro křehké, příznakově nejasné či režimově rizikové pacienty v akutní nemocniční složce žádného konsiliárního, diagnostického a terapeutického partnera. Geriatrická oddělení nemocničního typu v ČR prakticky neexistují (s výjimkou kliniky v Hradci Králové), i když jsou běžná v Německu, Itálii, Francii, Kanadě, Švédsku, Británii i dalších zemích.

Koncepty dlouhověkosti, geriatrické křehkosti (frailty) a nízké úrovně potenciálu zdraví jsou závažnou výzvou, jejíž povaha je typicky psychosomatická již proto, že nezbytně a více než medicína akutních stavů vyžadují řešení důsledně v kontextu pacientova života a osobní situace. I proto se aplikace postupu řízeného standardy léčení té které choroby dostává u křehkých geriatrických pacientů do závažných problémů postihujících i bezpečnost a účelnost. Nezbytné je aplikování tzv. uceleného geriatrického hodnocení“ (comprehensive geriatric assessment, CGA), které v české medicíně není prakticky vůbec známo, natož používáno! Chybí nám tedy nejen geriatrická nemocniční lůžka, ale také geriatrické znalosti, geriatrická metodologie i pojetí zdraví a medicínských kompetencí u křehkých dlouhověkých lidí. A co je velmi důležité, chybí nám moderní geriatrická komponenta v lékařském vzdělání. Další a další generace studentů opouštějí lékařské fakulty, aniž by tušili, o čem jsou zdravotní problémy stáří a jaké může a má být povaha lékařských intervencí geriatrické křehkosti (frailty) a jejích multikauzálních syndromů.

Z pohledu akademické medicíny je geriatrie pevně asociována s ošetrovatelsko sociální problematikou dlouhodobé ústavní péče v LDN – i proto se medicíni nechávají slyšet, že „než geriatrii (tedy to s těmi ležáky v těch elděenkách), tobuď raději dělat taxikáře“. Pokud lékařské fakulty v tomto aspektu nezmění profil svých absolventů, pak „pánbůh pomáhej“ dlouhověkým lidem v Česku. Prosazení diferencované geriatrie, jak ji předpokládá schválená, leč nerealizovaná koncepce z 90. let, i změnu výuky geriatrie či lépe „ke geriatrické medicíně a zdravotnickým potřebám dlouhověké společnosti“ předpokládá i Národní program přípravy na stárnutí, schválený usnesením vlády ČR, leč bohužel rovněž nerealizovaný! Přitom byl tento materiál zpracován v kontextu Madridského mezinárodního akčního plánu ke stárnutí, zpracovaného v rámci OSN (MIPAA UN).

Kromě pojetí zdraví ve stáří a akutních intervencí u křehkých geriatrických pacientů patří k prioritám i koncept dlouhodobé péče (long-term care, LTC), motivované ucelenosti podpory, kvalitou života se zdravotním postižením, podřízeností zdravotnických služeb životnímu konceptu a přenesením těžiště z ústavů na komunitní úroveň. V českém prostředí bohužel hrozí ztotožnění LTC s LDN.

Medicína křehkého pokročilého stáří je multidimenzionální, neboť problémy jejích klientů jsou tělesné, psychické, sociální i spirituální. Zdravotní a funkční stav jsou ovlivněny psychickými i sociálními faktory, motivace, maladaptace, úzkost, deprese, beznaděj, osamělost, náročnost bariérového prostředí jsou přímými etiopatogenetickými prvky rozvoje křehkosti (frailty) i ztráty soběstačnosti. Soustředit se při instabilitě, hypomobilitě či malnutrici křehkých starých lidí na osteoartrózu, aterosklerózu, vertebrobazilární insuficienci či endoskopická vyšetření bez zohlednění uvedených faktorů nemůže být účinné, bezpečné ani účelné.

Navíc dlouhověcí lidé řeší dilemata osamělosti, smyslu života, kontextu měnící se doby, životní únavy (fenomen Makropulos), vykazují vysokou sebevražednost, procházejí závažnými krizemi, za ontogenetický úkol této životní fáze bývá označováno zachování osobnostní integrity proti zoufalství a beznaději.

Je v tomto smyslu české zdravotnictví svým geriatrickým pacientům bezpečnou a znalou oporou? Zajímají je vůbec tyto konsekvence chorob, jichž jsou jejich pacienti držáky? Chce vůbec české zdravotnictví tyto jevy reflektovat, usilovat o dignitogenezu (cílevědomou podporu a obnovu důstojnosti křehkých dlouhověkých lidí), nebo je považuje za casus socialis 2. kategorie, jak kdysi naznačovalo označení dnešních LDN jako „interen II“, k čemuž se můžeme neblaze vrátit v uvolněných nemocničních lidojemech?

MUDr. Zdeněk Kalvach