

Stárnu, stárneme...



Nejrychleji rostoucí skupinou populace ve vyspělých zemích jsou v souvislosti s prodlužující se střední délkou života lidé ve vyšším věku.

Demografické předpovědi to říkají jasně: ve srovnání s rokem 1990 by měl celosvětově v roce 2020 vzrůst počet lidí starších šedesáti pěti let o 115 procent. A těch, jimž bude přes osmdesát, má přibýt dokonce o 134 procent.

Taková prudká změna a už za dvanáct let? Začíná to být vážné téma – pro politiky, kteří si vidí dál než na špičku nosu, tj. do příštích voleb, pro odborníky v geriatrii a gerontologii, pro pracovníky v sociálních službách. Dokonce i některé české noviny už usoudily, že starších a starých čtenářů bude dramaticky víc a že tolik přitažlivě, ještě z ko-

munistické éry převzaté heslo *Mládí vpřed!* přestane fungovat. Ve společenských týdenících se objevují titulky *Jak důstojně prožít bonusové roky*. Oním bonusem je míněna etapa mezi šedesátkou a dvaasedmdesátkou, jakási první fáze stáří, která by mohla být i jedním z nej příjemnějších období života. Dejme tomu – pro relativně zdravé, pěstěné, rodinným majetkem či slušnou penzí vypořádané západoevropské penzisty, zazní námitka.

Jak to vypadá aktuálně v našem prostředí? V současné době je v České republice celkem 2 037 636 starobních důchodců – což odpovídá dvaceti procentům jejího obyvatelstva. Skoro každý pátý. Průměrná výše důchodu těchto lidí činí 9634 korun.

Bude mít zvyšující se věk populace na svědomí zhroutení sociálních, zdravotních a důchodových systémů? Čekají české penzisty krušné roky? Pokud se na neodvratnou změnu připraví vláda dobrou důchodovou reformou i každý budoucí senior sám, nemuselo by se to prý přihodit.

Protože jsme ale na stránkách lékařského časopisu, nebudu se dále rozepisovat o detailech financování penzí a posouvání důchodové hranice. Ocituji raději slova imunologa profesora Ctirada Johna, který ze své celoživotní profesionální a také osobní zkušenosti, z pohledu devátého decénia radí: „Stárňte účastensky, přiměřeně! Ošetřujte svůj imunitní, hormonální a nervový regulační trojsystém.“ ■



Prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

V geriatrii má platit totéž, co ve válečné medicíně

Přednostka Geriatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK v Praze Eva Topinková se geriatrii věnuje šestadvacet let. Ví toho tedy o stárnutí po česku a o tom, jak by se z medicínského pohledu mělo se stářím zacházet, opravdu hodně.

O geriatrii se mezi odborníky říká, že její zlatá léta u nás nastala na počátku 80. let, v době, kdy jste začínala. Běžně ale přece jen nepatří mezi atraktivní obory. Proč jste si ji vybrala?

Dělala jsem aspiranturu z genetiky v Biologickém ústavu, ale protože jsem vždycky měla zájem o klinickou medicínu, chodila jsem současně na kliniku prof. Josefa Charváta, kterou v té době už vedl prof. Vladimír Pacovský. Medicínu jsem skončila v roce 1977, čtyři roky jsem pak byla na aspirantuře, a když jsem ob-

hájila aspirantskou zkoušku a rozhlížela se po nějakém klinickém místě, zrovna byla volná geriatrie. Zkusila jsem to.

Jak je vlastně věda o chorobách lidského stáří stará?

Počátek moderní geriatrie v zahraničí spadá do Anglie třicátých, čtyřicátých let 20. století. Šlo o průkopnické práce Marjorie Warrenové, která se svým týmem ukázala, že pokud se lidem ve starobincích věnuje medicínský tým, diagnostikuje nemoci a poruchy, které se





Problémem v geriatрии je špatná dokumentace

Co pro to dělají čeští geriatři?

Před několika lety se nám podařilo získat peníze na projekt vzdělávání lékařů v geriatрии. Vytvořili jsme celonárodní curriculum, doporučení pro praktické lékaře. Rovněž jsme založili dvoukolové vzdělávání v geriatрии, jedno v rámci přípravy na atestace ze všeobecného lékařství, druhé v rámci kontinuálního vzdělávání. Ověřila jsem si a i ze zahraničních klinických studií vím, že v chorobopisech starých pacientů přijatých na standardní oddělení všeobecné interny zůstávají komplexní geriatrické syndromy neznamenány. Ona obecná vulnerabilita, zranitelnost starých lidí zůstává nerozpoznána ze šedesáti procent. Buďto to lékaři nerozpoznali, nebo to nikam nezapsali, čili tu informaci nedostal nikdo jiný. To je velký problém v geriatрии: schází důkladná a komplexní dokumentace.

Mluvila jste o tom, že je důležité rozlišovat rizika starých lidí a podle toho s nimi zacházet. Existují pro to nějaká pravidla?

Nedávno jsem měla možnost zúčastnit se zajímavého mezinárodního projektu, který sledoval staré pacienty v dlouhodobých zařízeních i doma. Ukázalo se, že jen padesát procent starých lidí žije tam, kam patří. Přitom rozlišování je podstatné. Nejlehčí případy dostávají jen nějakou konzultaci nebo radu. Další pak pomoc v domácnosti plus pravidelné návštěvy. Následuje ošetrovatelská péče a potom, když už je dotčený výrazně nesoběstačný a chronicky nemocný, by měl pobývat v sociálním zařízení. A teprve až ta část staré populace, která je výrazně závislá na zdravotní péči a pomoci, by se měla dostávat do léčeben. Ze zmíněné studie ale vyplynulo, že staří lidé se do-

stávají tam, kde je zrovna místo, nebo jak to rodina zařídila. Přitom do léčebny dlouhodobě nemocných by měli přicházet lidé, kteří se už nedokáží ani sami najíst, trpí inkontinencí, mají senzorické problémy, špatnou stabilitu, zhoršenou pohyblivost. Prostě z několika znaků absolutní nesoběstačnosti by minimálně dva měli splnit. K tomu přistupují lidé, kteří potřebují speciální ošetření, jež už není možné poskytnout doma. Podle toho se dá určit, která část staré populace má být v jaké péči. Tak jako válečná medicína má pravidla, pořadí, koho ošetřit v první, druhé, třetí linii.

Do toho máme zřejmě daleko?

Máme, ale i velmi vyspělé státy s tímto problémem bojují. Například obyvatelé domovů důchodců stárnou. Když se akutně rozemůžou, pošlou je do ne-

Pro seniory je nejdůležitější kvalitní péče praktických lékařů

pak léčí, část z nich se zase může vrátit do běžného života. U nás se geriatric začala profilovat od poloviny 70. let právě u prof. Pacovského. On také založil Kabinet gerontologie a geriatric v rámci Institutu lékařů a farmaceutů. Postupně se podařilo ustavit i samostatný obor geriatric se specifickým tříletým vzdělávacím programem. Ještě později se geriatric stala podoborem všeobecné interní medicíny. Už v 80. letech se na klinice pěstovalo něco, čemu se říká specifické komplexní vyšetření seniorů – se zaměřením na otázky soběstačnosti a celkové zdatnosti starých lidí. U těch méně zdatných to znamenalo zhodnotit, jaké služby jsou pro ně nejvhodnější – a to nejen z pohledu medicínského, ale také širšího, sociálního. Gerontologie totiž v sobě obsahuje i oblast zdravotně sociální včetně toho, jaký by měl být systémový přístup ke zdravotnickým službám pro seniory.

Změna režimu po listopadu 1989 přinesla převrat také do zdravotnictví. Jak se to projevilo ve vašem oboru?

Stabilizace celého zdravotnictví během uplynulých devatenácti let probíhá ve velkých oscilujících vlnách, jsme pořád svědky značného kolísání. Pokud jde o gerontologii, to, že je nyní ve hře mnoho segmentů, které péči poskytují, bývá pro staré lidi složité k orientaci.

V orientaci by měli při prvním přiblížení nejspíš pomoci praktičtí lékaři...

Dnes už vycházejí ze školy lékaři, alespoň z některých fakult, kteří se s geriatрией mohli seznámit. Ale nebývalo to tak. Přitom právě praktici jsou v současnosti hodně zestárlí, hrozí, že nás začnou ošetřovat lékaři v seniorském věku, z nichž velká část se už nechce dál vzdělávat. Na jedné straně budou staří lékaři ke svým pacientům přistupovat

s větším pochopením než jejich třicetiletí kolegové, na druhé je nutná širší věková struktura. Primární péče praktických lékařů je skutečně důležitá pro záchyt a screening zejména rizikových starých pacientů – těch, kterým se přihodil úraz nebo vážně onemocněli a zároveň jsou v obtížné sociální situaci, bez rodinného zázemí. Když stařenka, která špatně vidí i slyší, pohybuje se pomalu, má osteoporózu, mizerně jí a má nízký důchod, upadne a něco si zlomí, roztočí se známá geriatrická spirála ztráty zdatnosti a s tím konec samostatného života. Často nenávratný. Tomu je třeba předcházet, určit v generaci starých lidí ty, kteří mnoho nepotřebují, jen radu a léčbu svých tří, čtyř chorob, a naopak ty, kteří potřebují další vyšetření a intervence ke zlepšení celkové kondice. Praktický lékař představuje prvotní síto, aby do sekundární péče propadli jen ti, kteří to skutečně potřebují.



Foto: Günter Bartoš



mocnice, ale co když jsou obtíže chronické? Stěhovat takového člověka není úplně etické, má umřít tam, kde žije. Ale oni mu nedokážou poskytnout péči, kterou potřebuje, a dostávají se do neřešitelných etických dilemat: máme ho poslat pryč, když se minule v nemocnici nezlepšil a my jsme ho pak dávali dlouho po psychické stránce dohromady? Nebo budeme hodní a budeme ho ošetřovat tady v domově důchodců? Nemáme ovšem vyškolený personál, zařízení... Systém bohužel pořád funguje jak před dvaceti lety – péče nejde za pacientem, ale pacient se musí šoupat za ní.

Jak se geriatrie proměňuje?

Mění se hlavně proto, že se stáří začíná mytizovat jako ekonomická hroz-

ba. A také hrozba medicínská, protože bude potřeba mnohem víc pracovních sil, tedy nejen lůžek, léků, ale i lidí, kteří budou tuto péči poskytovat. Měla by se vytvořit velká armáda účinkujících ve zdravotnictví, tím spíš, že se rodinné vazby stále víc rozvolňují. Generace se sobě vzdalují, životní styl, hodnotové i materiální podmínky se liší. Existuje seвероjižní osa: v zemích severněji položených bydlí až 80 procent lidí samostatně, nikoliv se svými dětmi, a pak nemají, kdo by jim potřebnou péči poskytl. A oni už ji ani neočekávají. Zatímco v jižních zemích je to pořád ještě běžné. My jsme někde uprostřed. Generace, která bezvýhradně obětovala svůj čas a svoje úspory ve prospěch mladých, je za námi. Čeští senioři začínají zvažovat, jestli podporo-

vat svoje děti, které už samy pracují, nebo jestli si šetřit na své potřeby.

Jaké je místo a role starých lidí ve společnosti?

Je čím dál míň jasné, jestli to má být role pasivních příjemců nebo aktivních seniorů. Někdo si rád sedne na kanape, někdo se zase raději věnuje nordic walking. Stáří je dnes mnohem heterogennější, stejně jako je to ve všem ostatním, v módě, v životním stylu. Možná nám v tom pomohla mladá generace, která razí, že si můžete víceméně dělat všechno, co chcete, a nikdo se nad tím už nepozastaví, ani vás nebude ostrakizovat. To je výhoda. Starý člověk si taky může dělat, co chce, pokud není omezen penězi nebo nesoběstačností.

Foto: Günter Bartoš

Starým lidem můžete *hodně pomoci...*

Mají medicí o geriatrii zájem?

To, co se otiskne do medika v prvních ročnících, zůstane navždy. Pamatuji si to z vlastní zkušenosti. Medicí by měli hned na začátku získat autentickou zkušenost i s tím, jak vypadá stáří. V dalších ročnících, když už mají nějaké znalosti o fungování lidského těla, je třeba klinické zkušenosti. Je důležité, aby viděli, že nemoci, když jsou přítomny současně, vytvářejí obraz polymorbidity, každá z nich nějak ovlivňuje kvalitu života a starého člověka ohrožuje jinak. Říkám jim, musíte si stanovit priority nemocí a jejich léčby. Rozhodnout, koho a do jaké míry je třeba léčit. To bude vaše zodpovědnost. My vám tu ukazujeme starého člověka, abyste si na něm zdokonalili klinickou schopnost vyšetřit, stanovit anamnézu, povídat si s ním o dalších rozměrech jeho života. A v šestém ročníku už po nich chceme stanovit priority a seřadit nemo-

ci podle nich. Proč a co léčit a co a proč ne. Mou snahou na fakultě je ovlivnit budoucí lékaře, aby je obor geriatrie neodpuzoval, nedeprimoval. Aby zjistili, kde lze hledat satisfakci.

A kde ji nacházíte vy?

Starým lidem můžete hodně pomoci. Mně to celý život připadá pořád zajímavé: účinnost léků, jejich bezpečnost, syndrom geriatrické křehkosti či sarkopenie, neboli úbytek svalové hmoty. Ale lze hledat uspokojení také v otázkách etických rozhodovacích procesů, snažit se dát starým lidem, co opravdu potřebují. Satisfakci lze najít i v týmové práci, protože mluvíte se sestrami, s rehabilitačními a sociálními pracovníky. Třeba v Německu geriatři říkají, to mě nezajímá, na to je tu sociální pracovník. Což je nesprávné, protože když neznáte souvislosti, je vaše rozhodování horší. ■



Prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Patří k předním postavám pražské geriatrické školy, kterou založil prof. Vladimír Pacovský. Je přednostkou Geriatrické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Působí rovněž na subkatedře gerontologie Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a jako vědecká sekretářka České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP.