Dlouhověkost: oslava pro jedince, obava pro společnost?

Medical Tribune 15/2019
22.07.2019 11:08
Zdroj: MT
Autor: kol

V České republice dnes žije 18 procent lidí starších 65 let, v roce 2030 jich bude 25 procent a v roce 2050 celá jedna třetina populace, navíc každý desátý bude starší 85 let. Jak se na to připravit a co vše je třeba řešit z pohledu zdravotních a sociálních služeb, to bylo předmětem Pracovního dne pořádaného Českou gerontologickou a geriatrickou společností ČLS JEP spolu s Evropskou společností geriatrické medicíny (EuGMS – European Geriatric Medicine Society), který se konal 6. června 2019 v Praze.

Stárnutí populace s sebou nese implikace nejen pro geriatrickou medicínu, ale pro systémy zdravotní péče na celém světě. „I proto se současné přístupy a cíle WHO prioritně věnují problematice stárnutí, zajištění lepší zdravotní péče o seniory a připravenosti systémů na tuto bezprecedentní situaci. Ačkoli jsou rapidní změny ve stárnutí populace dnes všem známy a v různých částech světa k nim dochází s jinou rychlostí, není na ně řada systémů stále vůbec připravena," zdůraznil v úvodu pracovního setkání prezident EuGMS prof. Finbarr Martin, Guys&St Thomas' NHS Trust and King's College v Londýně.

Dlouhověkost přináší paradoxně na jedné straně radost z prodlužování délky života, na druhou stranu s sebou rostoucí populace seniorů nese řadu výzev a problémů. „Je to oslava pro jedince, ale obava pro populaci. Možnosti péče o naše zdraví se rychle zdokonalují, avšak zdravotní systémy řady zemí se na tento pokrok nejsou schopny adaptovat. Mnoho lékařů mé generace vidělo medicínu jako způsob řešení akutních problémů, abychom zabránili předčasnému úmrtí. Avšak dnes se situace mění," uvedl prof. Martin s tím, že dnes se mnoho lidí dožívá vyššího věku, mají tak více času na to, aby se u nich rozvinula řada nemocí. Stárnutí je spojeno se smyslovými poruchami, sarkopenií, zánětlivými procesy, kognitivními změnami nebo demencemi, což je základem pro rozvoj křehkosti (frailty) a geriatrického syndromu. Jak odborníci varují, tato problematika zůstává stále v mnoha zemích neřešena, a navrhují začlenit problematiku křehkosti kromě geriatrické medicíny i do ostatních oborů.

„Zatímco v minulosti jsme měli stárnutí spojeno s chorobami, jako je např. cévní mozková příhoda, nyní vidíme, že vznik disability je ve stejném poměru vedle rozvoje nemocí ovlivněn i postupnými změnami doprovázejícími stárnutí organismu, které nemůžeme změnit. A právě tyto změny je třeba sledovat a v geriatrické medicíně se na ně zaměřit," uvedl prof. Martin.

Strategie WHO

V roce 2015 vydala WHO globální strategii a akční plán zaměřený na zdraví stárnoucí populace, který byl jednotlivými zeměmi o rok později spolu s klíčovými doporučeními přijat. Nová koncepce zdravého stárnutí WHO se zaměřuje na důležitý aspekt rozvoje a udržení si funkčních schopností, tedy schopností, které udržují fyzickou a duševní pohodu jedince v tom nejširším slova smyslu.

Funkční schopnosti jsou tvořeny jak vnitřními schopnostmi člověka, tak i jeho prostředím. Ačkoli lze rozdíly mezi jednotlivci částečně vysvětlit geneticky, nelze to považovat za dominantní. Vyvíjejí se během života, kdy je ovlivňují aktivity, zájmy, okolní prostředí atd., takže jsou unikátním spojením celé řady prvků.

Jak ukazuje britská studie s téměř 97 000 pacienty, počet funkčních deficitů s věkem narůstá. Nejzřetelnější je u lidí s nižším socioekonomickým základem. Naopak lidé se středním nebo vyšším vzděláním a vyššími finančními příjmy jsou na tom podstatně lépe. „Jde o důležité zjištění. S prodlužujícím se životem se může prodlužovat doba strávená v disabilitě, avšak jak se ukazuje, u lidí s vyšším socioekonomickým postavením je tento nárůst minimální. Data tedy ukazují i spojitost s práceschopností jedinců ve společnosti, což je pro systém veřejného zdravotnictví velmi důležité," popsal studii prof. Martin s tím, že významnou roli zde hraje vnitřní kapacita člověka. Tu lze během života rozdělit do tří fází: vysoká a stabilní kapacita, která ve středních letech života začíná pomalu

upadat a rapidně pak klesá na sklonku života. Pokles linie funkčních schopností je oproti tomu méně dramatický, protože prostředí je schopno do jisté míry tuto ztrátu kompenzovat.

Potenciální využití pojmu vnitřní aktivita

Nový způsob měření zdravotního stavu seniorů navrhuje místo počítání konkrétních chorob měření vnitřní kapacity jedince. „Vidíme změny, k nimž dochází v rámci společnosti i jedince, a můžeme tak lépe vyhodnotit trajektorii a rozvrstvit společnost k poskytování cílených intervencí. Obdobně, jako to děláme např. s krevním tlakem, kde umíme vzít jednu hodnotu a podle ní směřovat cílenou intervenci," popsal prof. Martin.

Šest kroků, jak zvládnout pokles vnitřní kapacity u starších osob:

- Zlepšit muskuloskeletální funkce, mobilitu a vitalitu – správné cvičení a dodržování zdravého jídelníčku.
- Udržovat u vyšších věkových skupin kapacity zraku a sluchu – pravidelný screening a zajištění rozsáhlé optické péče a dostupnosti naslouchadel.
- Předcházet kognitivním poruchám, podporovat psychosociální pohodu – nabídnout kognitivní stimulace starším lidem s kognitivním postižením, poskytovat psychosociální intervence pro starší s depresivními symptomy.
- Zvládat s věkem související stavy, např. inkontinenci moči.
- Zabránit pádům.
- Podporovat ošetřovatele.

WHO vypracovala podrobné návody, jak konkrétně v jednotlivých oblastech postupovat. Vše by mělo být zajištěno v rámci komunity a primární péče s podporou specialistů, např. geriatrů, základním cílem by zde mělo být přizpůsobení zdravotního systému potřebám stárnoucí populace. Jak doplnila doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., ředitelka Gerontologického centra v Praze a předsedkyně Alzheimer Europe, v současné době je v ČR na základě těchto šesti principů připravována monografie, která již brzy pomůže s jejich uváděním do praxe.

Rostoucí riziko multimorbidity

Jak upozornila dr. Anne W. Ekdahlová, MD, PhD, Lunds University, Helsingborg Hospital ve Švédsku, u starších pacientů přibývá multimorbidita a potřeba vysoce specializované péče, což souvisí i s tím, že se tato péče stává stále nákladnější. Jak připomněla, ve Švédsku malá část populace hospitalizovaných starších pacientů čerpá značnou část veškerých nákladů na nemocniční péči. Obecně lze říci, že takovouto péči lze charakterizovat jako roztříštěnou, finančně nákladnou a málo kvalitní. Snahou švédských odborníků je pro tuto nejdražší skupinu pacientů vytvořit tu nejlepší možnou péči vycházející z personalizované medicíny, a to na základě rozsáhlého geriatrického posudku vypracovaného v geriatrické ambulanci.

Dr. Ekdahlová prezentovala výsledky nedávno provedené randomizované klinické studie AGe-FIT (n = 844), v níž jedna kohorta prošla obsáhlým geriatrickým hodnocením (CGA), druhá, kontrolní skupina nikoli. Obě skupiny měly stejný přístup k primární péči, soukromé péči či akutní nemocniční péči. Jednalo se o pacienty ≥ 75 let se třemi a více hospitalizacemi v posledním roce a s minimálně třemi průvodními diagnózami, kteří nežili v pečovatelských zařízeních. Jak dr. Ekdahlová poznamenala, tato populace čerpá 19 procent veškeré nemocniční péče ve Švédsku, ačkoli představuje pouhých 0,7 procenta obyvatel.

U první skupiny byla formou domácí návštěvy zdravotní sestry a manažera sociální péče zjištěna data obsahující sociální zázemí, symptomy či zdravotní problémy. Sociální pracovník informoval pacienta o dostupných sociálních službách, zdravotní sestra odebrala vzorky krve, změřila TK a informovala klienta, že ho bude telefonicky kontaktovat farmaceut. Ten prošel s pacientem veškerou jeho medikaci

i to, do jaké míry ji skutečně užívá. Pacient pak navštívil svého praktického lékaře, který s ním konzultoval veškerá shromážděná data. Následně probíhala dvakrát týdně setkání pacienta a jeho rodiny s lékařem a plánování dalšího postupu (např. rehabilitace, změna medikace, zdravotnické pomůcky, kdy a jak v péči pokračovat). V průběhu vypracovávání CGA bylo zjištěno:

- téměř nikdo neměl správný seznam medikace,
- často se objevily nezjištěné/neléčené diagnózy – demence a osteoporóza,
- neadekvátní léčba bolesti a kardiovaskulárních problémů,
- nedostatečně pokrytá potřeba pomůcek, sociální péče a rehabilitace,
- mnoho osob trpělo samotou.

„Velmi mnoho z toho, co jsme zjistili, se ukázalo být preventabilní. Zdravotní sestry poskytovaly rady a podporu, vesměs po telefonu, lékaři se snažili upravit potřebná vyšetření, medikamentózní i nemedikamentózní léčbu, v případě potřeby doporučit rehabilitaci a vyhnout se nežádoucím účinkům léčby. Naším cílem bylo dosáhnout nejlepší možné kvality života pacientů," shrnula dr. Ekdahlová.

Ve srovnání s kontrolní skupinou klesl u pacientů s CGA počet dnů strávených v nemocnici po 24 měsících/36 měsících o 27/28 procent, návštěva ambulance o 19/22 procent, potřeba přestěhovat se do pečovatelského domova o 35/22 procent a mortalita o 30/28 procent. Hodiny domácí péče se zvýšily o 25/8 procent. Jak dr. Ekdahlová shrnula, pacienti v intervenční skupině strávili méně dnů v nemocnice a měli nižší mortalitu. Vedle široké personalizované interdisciplinární péče s aktivním pokračováním nebyla skupina finančně nákladnější než druhá kohorta pacientů. K dalším analýzám dat ale již nedošlo, protože oddělení AGe-FIT bylo pro nedostatek financí zavřeno. Nyní dochází ke sběru dat pro novou studii GerMOT (2016–2020), které se má zúčastnit na 450 pacientů.

Hrozby dlouhodobého horizontu

O tom, co aktuálně řeší European Ageing Network (EAN), informoval prezident této organizace Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA. Jak popsal, EAN sdružuje přes 10 000 poskytovatelů péče a služeb pro seniory ze 27 zemí Evropy, pečujících o více než milion starších lidí.

„V kontextu dlouhodobé péče je třeba vnímat změny, které nás v příštích 30 letech v Evropě čekají. Sem patří řada problémů, z nichž jsou některé predikovatelné (stárnoucí populace, rostoucí prevalence demence), jiné lze predikovat jen obtížně (ekonomická situace, imigrace, pokrok v medicíně). V této souvislosti EAN upozorňuje na problémy a hrozby v dlouhodobém horizontu péče," uvedl Ing. Horecký. Jak dodal, patří sem např. změny v rodinných i kulturních hodnotách a změny tradic, jako je přechod z dříve tradičních velkých rodin k malým a snižující se počet pečovatelů, kteří pečují o členy rodiny v domácím prostředí. Roli zde hraje i fakt, že pracovní trh pro ženy dnes podporuje jejich kariéru a placenou práci.

V několika příštích dekádách dojde v zemích EU k nárůstu starší populace, zatímco počet pracujících prudce klesne. Podle odhadů žilo v roce 2015 na celém světě 46,8 milionů lidí s demencí, toto číslo se v každých následujících 20 letech zdvojnásobí, takže v roce 2030 bude tímto onemocněním trpět téměř 75 milionů lidí a v roce 2050 již 131,5 milionu.

Předpokládá se, že náklady na dlouhodobou péči se v zemích OECD v příštích 20 letech zdvojnásobí, již nyní dramaticky roste poptávka po službách a signifikantně narůstá privátní sektor. Snahou ze strany EU je sjednotit péči, co se týče dostupnosti, kapacity a kvality. Mnoho se očekává od nových technologií, které umožní starším pacientům zůstat v domácím prostředí a pomocí monitoringu kontrolovat průběh terapie i jejich adherenci k léčbě. Jak však dr. Horecký uvedl, technika nikdy nenahradí lidskou péči, pokud se nebudeme chtít vzdát kvality.

„K základním problémům patří a bude patřit nedostatek personálu. I proto je třeba zatraktivnit pracovní prostředí a zainteresovat mladé pracovníky. Pracovní podmínky a mzdy jsou často velmi špatné, v některých zemích EU stojí pečovatelé na hranici chudoby," upozornil. Péče je v současnosti často prováděna neformálními pečovateli, nejčastěji dětmi, zejména dcerami pečujícími zároveň jak o děti, tak o rodiče.

Odborníci se shodují, že do budoucna je třeba vyhnout se extrémům, tedy nepodporovat striktně pouze jeden určitý typ péče a nespoléhat ve všem na technologie. Jak potvrzují výsledky řady studií, i ekonomicky nejefektivnější se ukazuje být kombinovaná neformální péče s domácí a respitní péčí.

Zdroj: https://www.tribune.cz/clanek/44820