

PROBLEMI HOSPITALIZACIJE STAROSTNIKOV

Katarina Lokar, prof. zdr. vzg., viš. med. ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

UVOD

Z naraščanjem števila starostnikov v družbi narašča tudi število hospitalizacij in trajanje ležalne dobe. Starejši ljudje so še posebej nagnjeni k zbolevanju in k številnim komplikacijam, ki so posledica hospitalizacije. Mnogim komplikacijam se da izogniti ali pa jih je mogoče vsaj zmanjšati. S primernim usposabljanjem zdravstvenih delavcev, ki delajo v bolnišnicah, se lahko skrb za starostnike optimizira. To je zelo pomembno, saj je hospitaliziranih vse več starostnikov, v zdravstvu pa je na voljo vse manj resursov.

Večina starostnikov živi samostojno doma. Če so hospitalizirani, si veliko teh posameznikov opomore in se vrne v domače okolje. Hospitalizacija teh starostnikov se ne razlikuje dosti od hospitalizacije mlajših bolnikov. Vendar pa živi doma tudi veliko bolnih starostnikov, ki bolj ali manj potrebujejo pomoč pri oskrbi. Običajno jim to pomoč nudijo svojci, zato je pomembno, da so pri hospitalizaciji posameznika le-ti vključeni pri ocenjevanju zdravstvenih potreb starostnika in pri zmanjševanju posledic hospitalizacije.

Pri hospitalizaciji ležalna doba narašča s starostjo starostnika, prav tako pa število ponovnih hospitalizacij. K temu prispevajo teža bolezni ter multipli patološki in psihosocialni dejavniki.

BOLEZEN PRI STAROSTNIKU

Pri slabem počutju starostnika se lahko izraženi simptomi razlikujejo od klasičnih znakov bolezni, ki jih vidimo pri mlajših osebah, npr. neboleči miokardni infarkt, infekcija brez povišane temperature ali levkocitov, akuten abdomen brez močne bolečine. Prisotnost delirija, depresije, utrujenosti, izgube telesne teže pa še bolj otežkoča postavljanje pravilne diagnoze.

Starostniki imajo velikokrat tudi kakšno kronično bolezen ali drugo motnjo. Nepokretnost, intelektualna okrnjenost in inkontinenca so simptomi mnogih bolezenskih procesov pri starostniku in so lahko tudi razlog za hospitalizacijo. Hkrati pa ta soobstoj bolezenskih stanj lahko privede do napačne diagnoze.

Številčnost različnih bolezni pri starostniku vodi tudi k velikemu predpisovanju različnih zdravil. To še poveča možnost, da se pri starostniku pojavijo problemi, povezani s sopojavi zdravil. Večje kot je število predpisanih zdravil, večja je možnost, da do tega pride.

Akutna bolezen predstavlja veliko grožnjo neodvisnosti in avtonomiji starostnika, zato morajo biti vsi naši napori usmerjeni k preprečevanju posledic bolezni v času starostnikove hospitalizacije. Ko se ukvarjamo z boleznijo pri starostniku, je pomembno, da ugotovimo, kateri so predispozicijski dejavniki in kateri precipitirajoči dejavniki nekega bolezenskega stanja ter da pri obravnavi starostnika upoštevamo oboje. Predispozicijski dejavniki so tisti, ki zvišajo nevarnost ali ranljivost starostnika za določeno stanje, medtem ko so precipitirajoči dejavniki neposredni

Tabela 1. Fiziološke posledice fizične neaktivnosti in ležanja pri starostnikih

ORGANSKI SISTEM	POSLEDICE
mišice in skelet	zmanjšana mišična moč zmanjšana vzdržljivost mišična atrofija izguba spretnosti okorelost sklepov in kontrakture osteoporoza
živčevje	zmanjšana motorična koordinacija zmanjšano ravnotežje psihološke motnje delirij izguba samozavesti in zaupanja zatrte spretnosti
srce in ožilje	ortostatska hipotenzija zmanjšana zmožnost fizičnega dela refleksna tahikardija venska staza/tromboza pljučna embolija
dihanje	okrnjen izkašljevalni mehanizem zmanjšano čiščenje izločkov zmanjšana pljučna ventilacija zmanjšana vitalna zmogljivost
sečila	urinska inkontinenca urinska retenca hiperkalciurija zmanjšana spolna funkcija
drugo	atrofija kože razjede zaradi pritiska obstipacija inkontinenca blata sopojavi zdravil

vzrok problema. Npr., mnoge starejše ženske imajo predispozicijo za razvoj urinske inkontinence, ki je posledica nosečnosti in postmenopavzalnega upada estrogena. Te ženske ostanejo kontinentne, dokler se ne pojavi nek precipitirajoči dogodek, kot npr. infekcija sečnih poti ali zmanjšana gibljivost. V tem primeru bi predispozicijske dejavnike reševali z boljšim prosvetljevanjem in učenjem preventivnih ukrepov, precipitirajoče dejavnike pa bi reševali neposredno.

Kombinacija normalnih procesov staranja in bolezní že sama po sebi predstavlja problem pri starostniku. Z dodatkom internističnih ali kirurških intervencij pa povzročimo podaljšano neaktivnost ali ležanje, kar lahko privede do mnogih fizioloških problemov (Tabela 1).

Kombiniran učinek procesa staranja, kroničnih bolezní in psihosocialnih dejavnikov lahko privede k večji funkcionalni okrnjenosti, kot jo običajno povzroči primarna bolezen. Če za starostnike ni na voljo dobre rehabilitacije, sproži hospitalizacija starostnika negativen proces, ki vodi v institucionalizacijo, in to kljub temu, da so bile internistične in kirurške intervencije same po sebi uspešne.

PREPREČEVANJE KOMPLIKACIJ HOSPITALIZACIJE

Bolnišnično okolje je za mnoge starostnike dezorientirajoče in ogrožajoče. Vsi starostniki so tudi izpostavljeni pojavu sekundarnih komplikacij. Poznavanje in razumevanje bolnikovih duševnih, fizičnih in socialnih sposobnosti pred hospitalizacijo je ključnega pomena za preprečevanje posledic hospitalizacije. Te informacije lahko pridobimo od svojcev, sosedov, osebnih zdravnikov. Podatki, ki nam jih posredujejo, se lahko razlikujejo od tistega, kar sami opazimo pri hospitaliziranem starostniku. S temi informacijami lahko tudi lažje ocenimo možnost sekundarnih komplikacij pri starostniku in načrtujemo ukrepe, ki bi le-te preprečili.

Ukrepi za preprečevanje komplikacij hospitalizacije starostnika so številni:

- zgodnja mobilizacija
- program pasivnih in aktivnih vaj za preprečevanje venostaze
- dihalne vaje in izkašljevanje za preprečevanje respiratornih komplikacij
- preprečevanje nastanka razjed zaradi pritiska in vzdrževanje intaktnosti kože
- vzdrževanje gibljivosti sklepov
- vzdrževanje kontinence
- ohranjanje mišične moči in vzdržljivosti
- izboljšanje kardiovaskularnih zmožnosti
- omogočanje bolnikom čim bolj samostojno izvajanje dnevnih aktivnosti
- preprečevanje socialne izolacije
- preprečevanje sopojavov zdravil

- zmanjševanje »sovražnosti« bolnišničnega okolja
- preprečevanje negativnega odnosa okolice do bolnika
- vzdrževanje osebnih socialnih odnosov.

Nekaj besed bi rada namenila še akutni zmedenosti oz. deliriju, ki se razvije pri starostnikih v bolnišnici. Delirij se kaže kot motnja zavesti, pozornosti, mišljenja, spomina, zaznavanja, orientacije, psihomotoričnega vedenja in čustvovanja, z motnjami ciklusa budnost-spanje, s fluktuiranjem simptomov ter z nenadnim začetkom motenj. Pazljivi moramo biti, da delirija ne zamenjujemo z demenco ali drugimi vzroki halucinacij in vedenjskih motenj. Vzrokov za delirij je več: razne bolezni, abstinenčna kriza zaradi alkohola ali drugih drog, odpoved organov, metabolične, endokrine ali elektrolitske motnje, nepoznano okolje, bolečina, stres, pomanjkanje spanja itd. Delirij poskušamo obvladovati z iskanjem vzrokov zanj in z odpravljanjem le-teh, ves čas delirija pa moramo bolniku zagotavljati varno okolje. Aktivno zdravljenje vzrokov delirija običajno privede do njegove izvenitve, vendar pa je to lahko dolgotrajen proces.

MULTIDISCIPLINARNI PRISTOP

Takoj, ko bolnikovo stanje to dovoljuje, bi morali pričeti z ukrepi, ki bi vodili k funkcionalni neodvisnosti starostnika. Bistven pri obravnavi starostnika pa je timski pristop. Na žalost večina bolnišnic pri nas nima možnosti, da bi v zdravstveni tim vključila vse potrebne strokovnjake. Poleg zdravnika, medicinske sestre in fizioterapevta, so to še delovni terapevt, socialni delavec, včasih pa tudi gerontolog. Skupni cilj vseh članov tima bi moral biti preprečevanje starostnikove institucionalizacije.

ZAKLJUČEK

Skrb za starostnika se razlikuje od bolnišnice do bolnišnice in od oddelka do oddelka ter je odvisna od rutine v bolnišnici ali na oddelku. Ob hospitalizaciji izgubijo starostniki del samostojnosti in svobode odločanja, zato je zelo pomembno, da so starostniki obravnavani glede na svoje individualne potrebe, okoliščine in prioritete. Ker smo medicinske sestre v času hospitalizacije starostnikov tisti profil zdravstvenih delavcev, ki največ časa preživi z njimi, lahko s kakovostno oskrbo pripomoremo k zmanjšanju komplikacij hospitalizacije.

Literatura:

- Chang E, Hancock K, Chenoweth L, Jeon YH, Glasson J, Gradidge K, Graham E. The influence of demographic variables and ward type on elderly patients perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9: 191-201.
- Fagerberg I, Kihlgren M. Registered nurses' experiences of caring for the elderly in different health-care areas. *International Journal of Nursing Practice* 2001; 7: 229-236.
- National Health and Medical Research Council. Minimising adverse consequences of hospitalization in the older person. Series on clinical management problems in the elderly No 3. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1994.
- Nyden K, Petersson M, Nystrom M. Unsatisfied basic needs of older patients in emergency care environments - obstacles to an active role in decision making. *J Clin Nurs* 2003; 12: 268-274.
- O'Hara R, Mumenthaler MS, Davies H, Cassidy EL, Buffum M, Namburi S, Shakoori R, Danielsen CE, Tsui P, Noda A, Kraemer HC, Sheikh JI. Cognitive status and behavioral problems in older hospitalized patients. *Ann Gen Hosp Psychiatry* 2002; 1: 1-11.
- Roš-Opaškar T. Akutna zmedenost in delirij pri bolniku z rakom. *Onkologija* 2001; 5: 15-18.
- Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudbe MA, Sebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996; 156: 645-52.
- Schuurmans M, Duursma S, Shortridge-Baggett L. Early recognition of delirium: review of the literature. *J Clin Nurs* 2001; 10: 721-729.
- Wadensten B, Carlsson M. Theory-driven guidelines for practical care of older people, based on the theory of gerotranscendence. *J Adv Nurs* 2003; 41: 462-470.