

Péče o pacienta s demencí praktickým lékařem

V případě souhlasu pacienta, VPL a případně diagnostikujícího specialisty (pokud bylo jeho péče třeba) je možné, aby byl po provedené diagnostice a stabilizaci stavu pacient dále dispenzarizován VPL.

Jedná se o takzvanou post-diagnostickou péči. Základem této péče je zohlednění všech potřeb nemocného, aktivní komunikace s ostatními specialisty pečujícími o pacienta v rámci svých oborů, koordinace péče. Zahrnuta musí být i aktivní podpora péče sociální ve spolupráci s neformálními pečujícími. Ve složitějších situacích u polymorbidních pacientů vyššího věku jsou vhodnými vykonavateli této koordinace péče ambulantní geriatři.

Ke zlepšení funkčního stavu pacientů významně přispívá léčba somatických komorbidit. Kromě zlepšení zapojení kognitivní rezervy pomáhá také předcházet deliriím a BPSD (behaviorální a psychologické symptomy demence).

Důležitá je péče o compliance pacientů s demencí. Jen těžko lze předpokládat, že budou správně užívat nastavenou medikaci a je tedy třeba aktivně nastavit podporu. Významným problémem je u těchto pacientů též riziko pádů, které lze významně snížit pravidelnou pohybovou aktivitou, vysazením/redukci rizikové medikace a zohledněním případné ortostatické hypotenze (4).

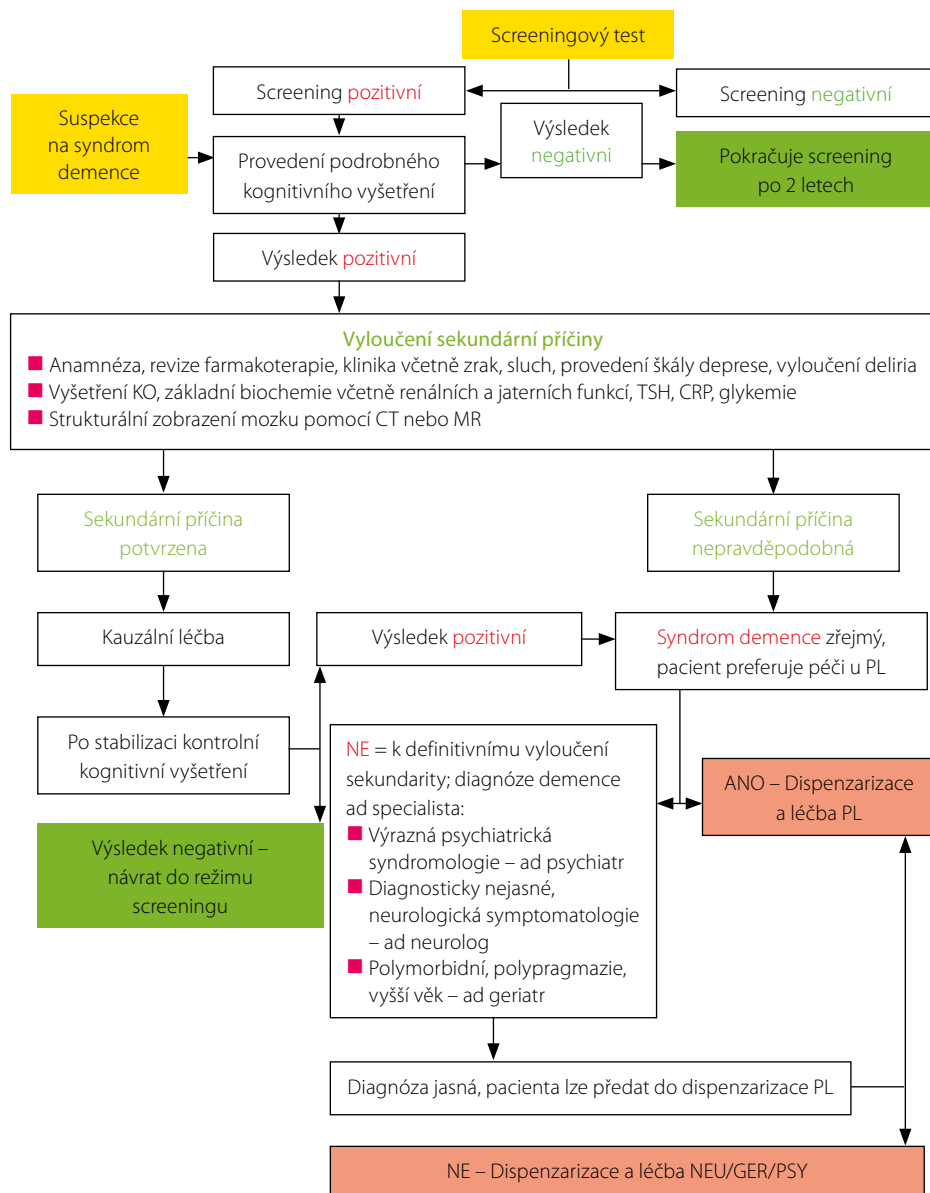
U indikovaných pacientů je vhodné zvážit vyšetření geriatrem – funkční geriatrické hodnocení, které přispívá ke snížení rizika negativních událostí, včetně progresu disability a ztráty schopnosti žít ve vlastním prostředí (11).

I stabilizovaný pacient s demencí by měl podstoupit dispenzární prohlídku alespoň 1x 6 měsíců (12).

Z praktických aspektů péče má pacient s demencí nárok na sociální dávky, konkrétně příspěvek na péči, mobilitu, automobil a zvláštní pomůcky. Může též využívat sociálních služeb terénních, ambulantních či pobytových (kompletní přehled na www.mpsv.cz/socialni-sluzby).

Stran držení řidičského průkazu neznamená diagnóza demence automaticky jeho odebrání. V jednoznačných případech (např. u středně těžké až těžké demence, u frontotemporální lobální degenerace, popřípadě

Obr. 1. Úloha praktického lékaře v péči o pacienta s demencí (převzato se souhlasem autora) (4)



při souběžném výskytu dalších somatických či duševních onemocnění, která jsou kontraindikací k řidičskému oprávnění) nahlašuje VPL či jiný ošetřující lékař nezpůsobilost řídit na obec s rozšířenou působností. V ostatních případech, tedy u demence lehkého stupně, kdy o nezpůsobilosti k řízení nelze jednoznačně rozhodnout, lze doporučit vyžádání stanoviska kvalifikovaného dopravní psychologa. Řidiči s diagnózou demence by měli být nicméně v rámci poradenství průběžně připravováni na postupné omezování řízení a jeho nahrazení jinou formou dopravy (13).

Terapie

Terapie pacienta s demencí je komplexní záležitost, která musí zahrnovat i rodinu / pečující osoby. Obecně je opřena o 4 základní

pilíře; psychosociální intervence (nefarmakologické postupy a podpora pečovatelů), kognitiva (symptomatická terapie), neuropsychiatrie (léčba BPSD) a paliativní terapie (14).

Psychosociální intervence

V centru těchto postupů nestojí pouze pacient sám, ale též jeho nejbližší – na pečovatele je nutné pohlížet jako na „neviditelného druhého pacienta s demencí“ (15). Všechny tyto postupy by měly respektovat individualitu pacienta, stadium jeho nemoci a jeho sociální prostředí.

U pacientů s mírnou demencí se jedná především o tzv. post-diagnostickou podporu. Jedná se zejména o pomoc, podporu, právní a psychologické poradenství, aby se mohli se svým onemocněním a jeho počínajícími