

Paliatr Vysočina 2021-2022

projekt Kraje Vysočina, Všeobecné zdravotní pojišťovny a Institutu Biostatistiky a
analýz Masarykovy Univerzity Brno

prim. MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.

Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč

Fakultní nemocnice U Sv. Anny Brno (ARK, KTHP)

Nemocnice Třebíč (KTHP)

Proměna potřeb v českém zdravotním a sociálním systému?

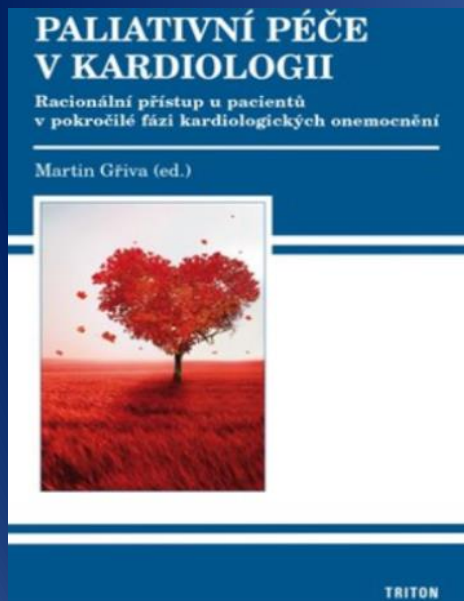
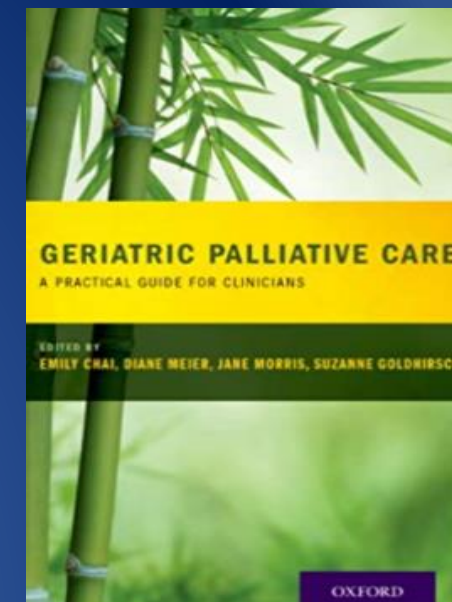
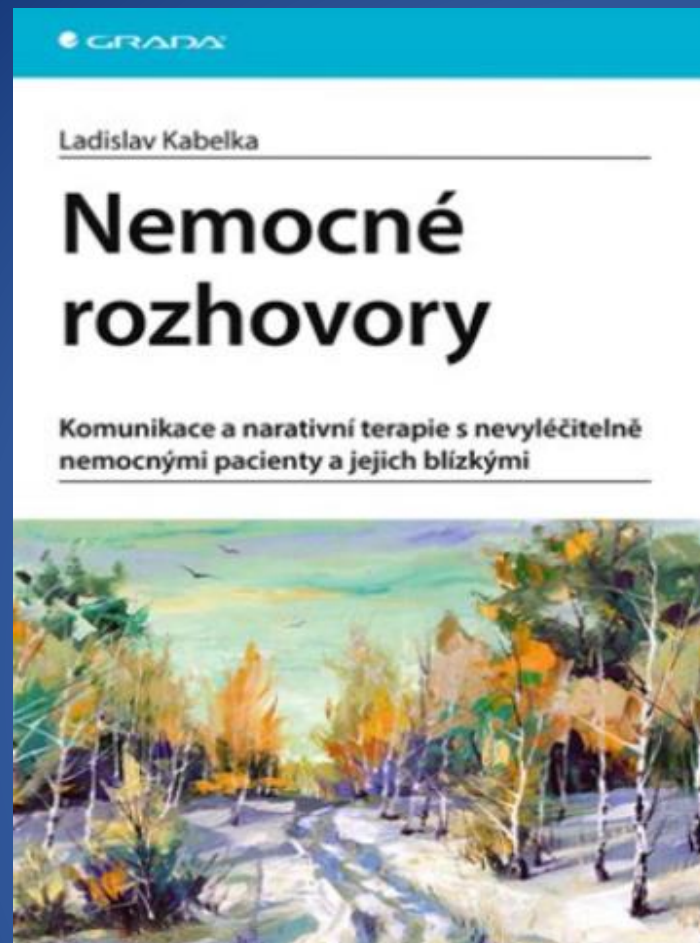
- Polymorbidita a multikauzalita – potřeba multidisciplinárního rozhodování a plánování péče
- Frailty ve věkové skupině od 75-80 let

Cíl.....

- zachytit včas polymorbiditu a frailty, posoudit, podpořit
- Správný pacient, správná péče, správné místo =
EFEKTIVITA zdravotní a sociální péče

Paliativní péče – definice (WHO2002)

- Péče, podporující kvalitu života nevyléčitelně nemocných a jejich blízkých **tváří v tvář život ohrožující chorobě**
- V geriatrické paliativní péči – nutná **časná indikace** – plynulé zachycení přechodu do počínající geriatrické deteriorace – komunikace s PL, NECPAL (<https://elfis.iba.muni.cz/>)
- Celostní péče – komunikace o všech aspektech, **významná rodinná rada**
- Tým – **pacient + jeho blízcí**, náš podpůrný tým
- Komunikace – **otevřenost, předvídání a plánování** – cíl: přijetí nemoci a závěru života, přijetí reality ve prospěch života pozůstalých
- Léčba symptomů - znalost průběhů onemocnění, předvídání, plánování- průběžně komunikovat v péči



Literatura

Proč Kraj Vysočina?

- 5 „uzavřených regionů“ s centralizovanou a Krajem koordinovanou zdravotní a sociální péčí („migrace za zdravotní péčí jen 2-3%)
- V každém z regionů od 2019 MSPP a KTPP (nemocniční) tým, které jsou i personálně a hlavně logisticky propojené, spolupracující – přímá indikace a nastavování plánu péče společně již v nemocnici, rychlé přebírání do péče MSPP, nejvíce rozvoj Třebíč (300pt ročně)
- ELFis – v každé z nemocnic datový sklad, přímé statistické sledování
- Pracovní skupina Paliatr Vysočina: odborné kontinuální sledování projektu Paliatr, s přímým dohledem vedení Kraje (až na úrovni náměstků hejtmana)

Jak jsme začínali?

- 2007 – krajská podpora DHP- sociální odbor – pečovatelské služby
- 2015 – pilotní projekt VZP – zařazení DH sv. Zdislavy Třebíč
- 9/2015 zahájení práce na Strategii rozvoje paliativní péče v Kraji Vysočina – pracovní skupina – KLÍČOVÉ UJASNĚNÍ PRINCIPŮ A POJMŮ
- 2017 – schválení Strategie rozvoje paliativní péče – víceúrovňový model, „správný pacient-správná doba- správné místo“
- 2017 – zahájení projektu PALIATR VYSOČINA – priorita MSPP týmy a KTHP v nemocnicích, nasmlouvání ambulancí
- ELNEC Vysočina + krajské konference 2x ročně + aktuální projekt s VZP

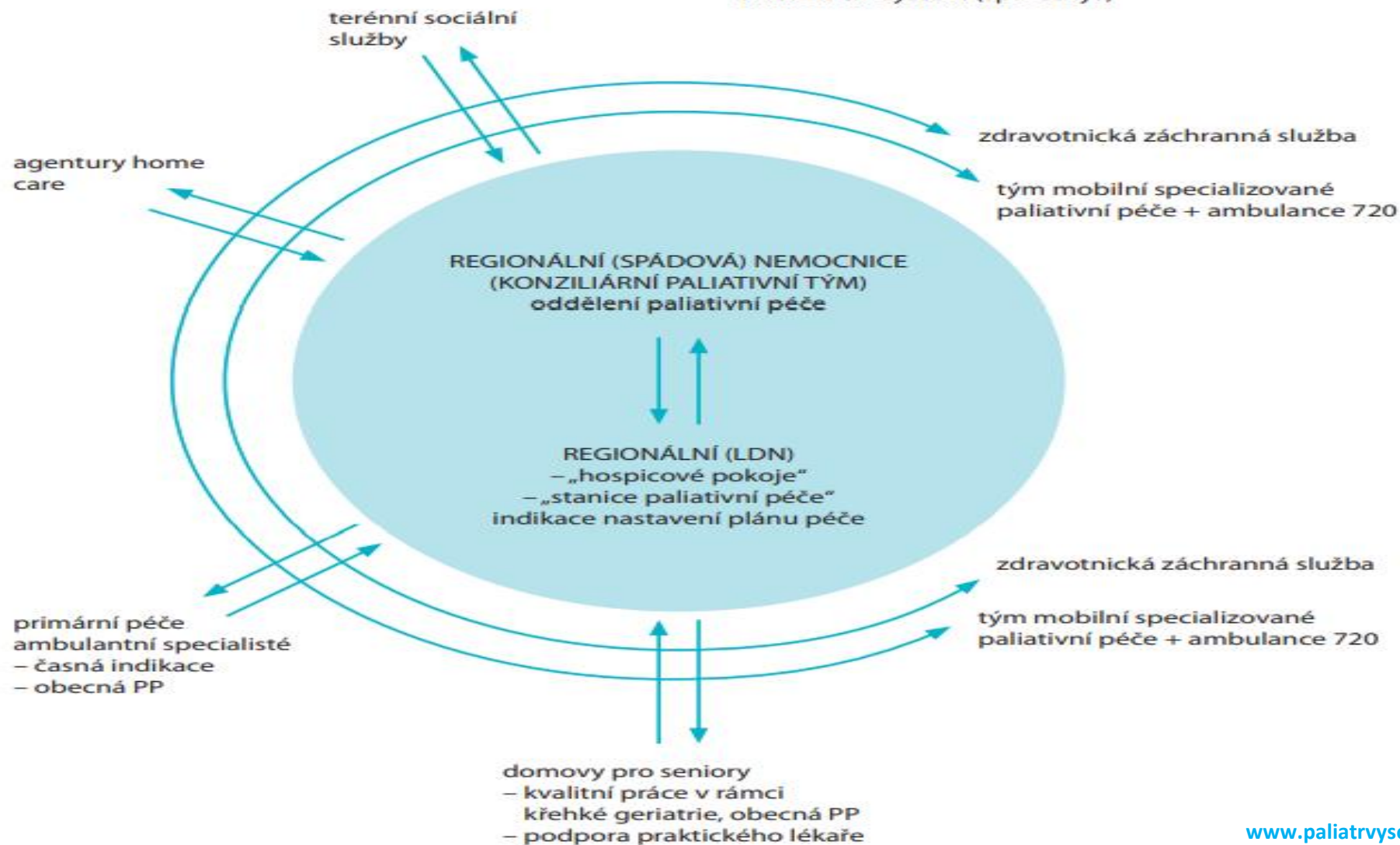
Co jsme dokázali?

- Vytvořit síť PP
- Podpořit vzdělanost a personální stabilitu
- Podpořit včasnou indikaci v rámci nemocnice Třebíč, i primární péče
- Propojit MSPP efektivně se sociálními službami (osobní asistence) s podporou Kraje tak, abychom efektivně podpořili rodiny v péči – mnohdy více individuální péče než v rámci JIP je nyní reálná v domácím prostředí (nejvíce rozvinuto Třebíč)
- Postupně zahajujeme podporu také pro rozvoj efektivnější péče v rámci „křehké geriatric“ - Frailty syndrom – přímé a zásadní ovlivnění kvality a efektivity péče na ZS pomezí

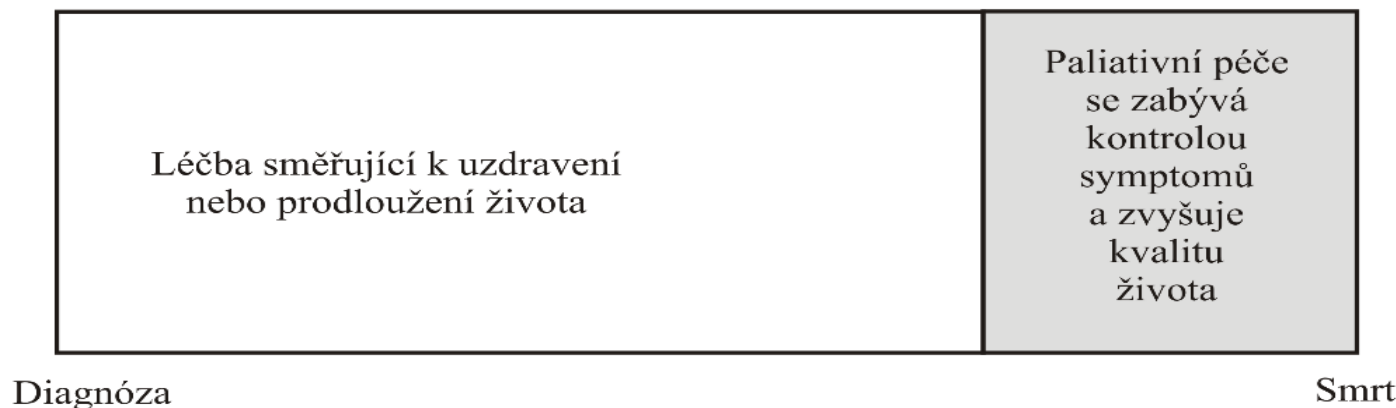
Víceúrovňový koncept dohledu chronicky nemocných

Základní principy

- společné vzdělávání
- předávání pacienta
- kontinuita plánu péče
- informační systém (společný?)



Tradiční přechod mezi kurativní a paliativní péčí



Model časné integrace paliativní péče



Indikace...6 -12 měsíců?

- Dle zahraničních modelů – „Surprise question“: „Pane doktore, byl byste překvapen při úmrtí Vašeho pacienta v kontextu jeho aktuálních progredujících onemocnění v rámci nejbližších 6-12 měsíců?“ „NE-nebyl“.
- Tzn. Provést paliativní konzilium, zvážit potřebu min. podpůrné či přímo komplexní paliativní péče
- Co rozhoduje: potenciál ke stabilizaci: nutriční stav, orgánová stabilita, sociální potenciál (opakované hospitalizace a jejich důvody), symptomy (ESAS), obavy, strach, psychika
- Plán péče: kde, kdy, jak, kdo vede péči, silně zapojit rodinu (rodinná konference/rada)
- Komunikace...komunikace...komunikace

Data o KV – důvody vzniku projektu i jeho první datová reflexe

zdroj IBA MU Brno, tým prof. Duška a PS Paliatr Vysočina

Jaký podíl úmrtí na Vysočině jsou úmrtí očekávatelná? Jaký je to počet ročně a jak se vyvíjí v čase?



19 % všech úmrtí nastává **neočekávaně**

Jedná se o fatální úrazy či otravy nebo o náhlá selhání srdce.



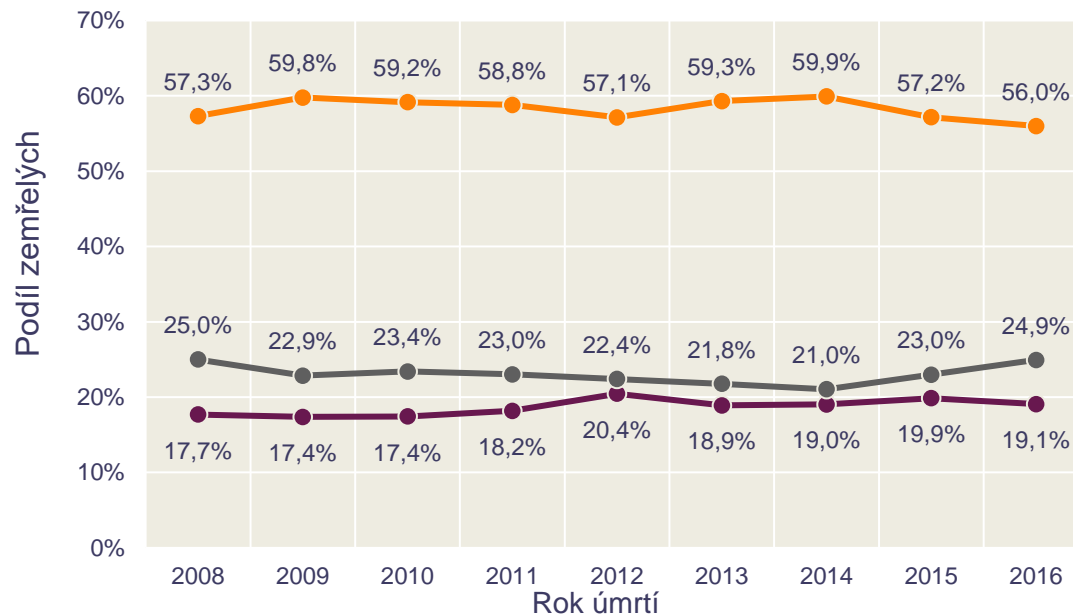
58 % všech úmrtí je výsledkem eskalace déle trvajících problémů.

Jedná se o úmrtí z chronických příčin, často po déle trvající hospitalizaci.



Téměř u všech umírajících z chronické příčiny lze očekávat potřebu některé z forem paliativní péče.

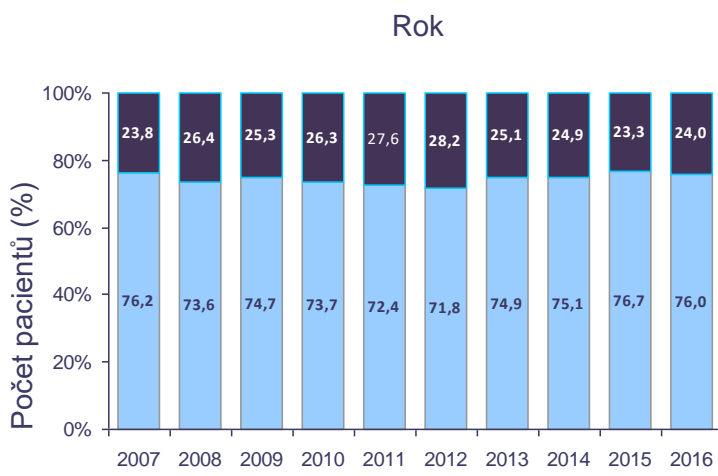
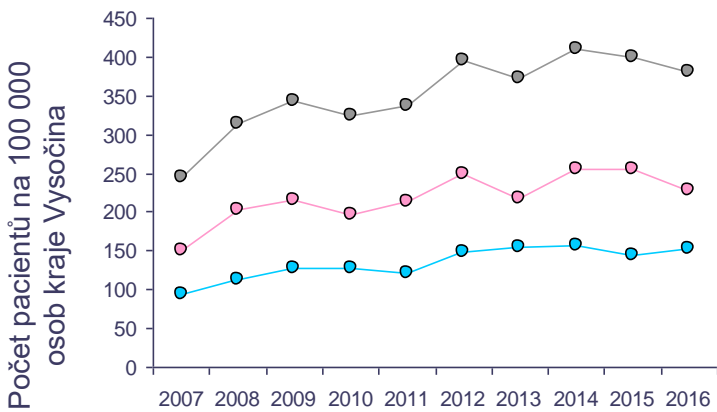
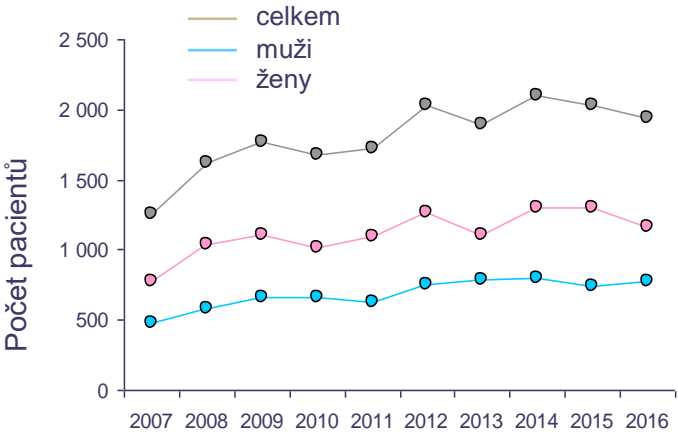
Ročně tak lze předpokládat 2900 až 3200 úmrtí u nichž by pacient mohl profitovat z poskytování paliativní péče.



Typologie úmrtí je provedena na základě kombinace příčiny úmrtí, hospitalizační historie a způsobu přijetí k hospitalizaci. U téměř čtvrtiny úmrtí není možné jasně definovat očekávatelnost. Počet umírajících s potřebou paliativní péče tak může být ještě vyšší. Zahraniční odhady z vyspělých zemí hovoří o 60-80 % umírajících.

- Akutní úmrtí
- Úmrtí chronického pacienta
- Ostatní

Pacienti 80+ z Kraje Vysočina, přijatí opakovaně do 30 dnů

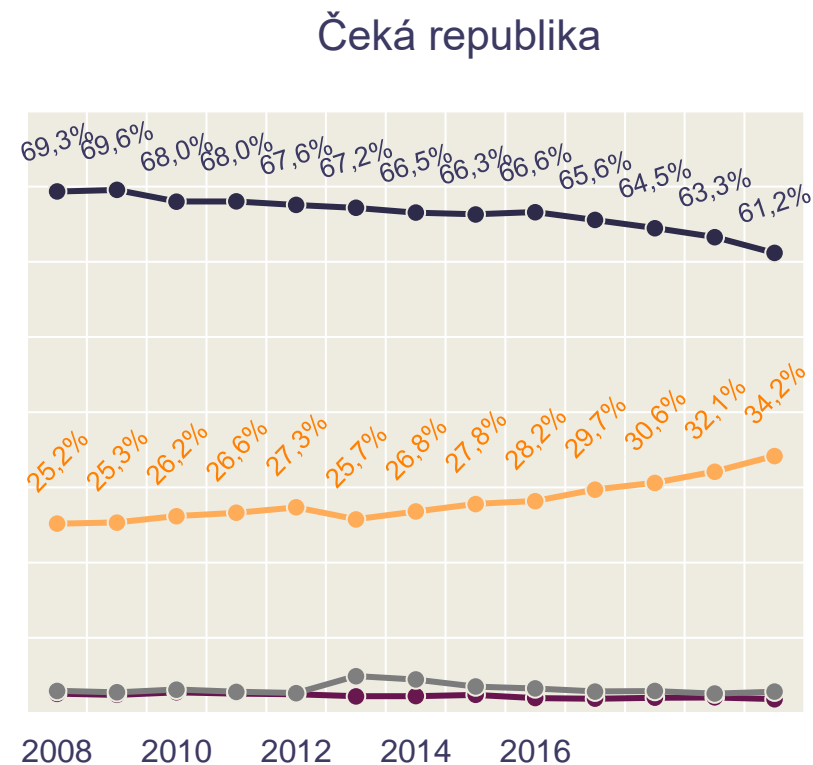
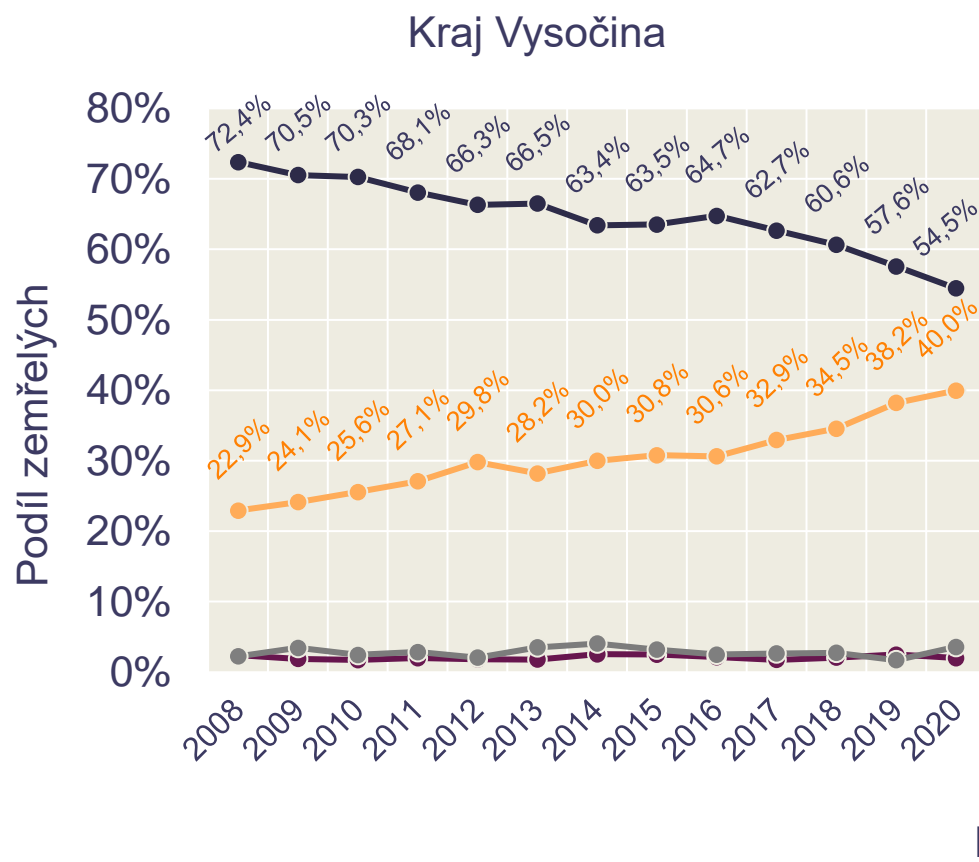


Více než tři čtvrtiny opakovaných hospitalizací osob starších 80 let mají stejnou příčinu.

Rok

— Hosp. z důvodu stejné diagnózy — Hosp. z důvodu jiné než předchozí diagnózy

Místo úmrtí

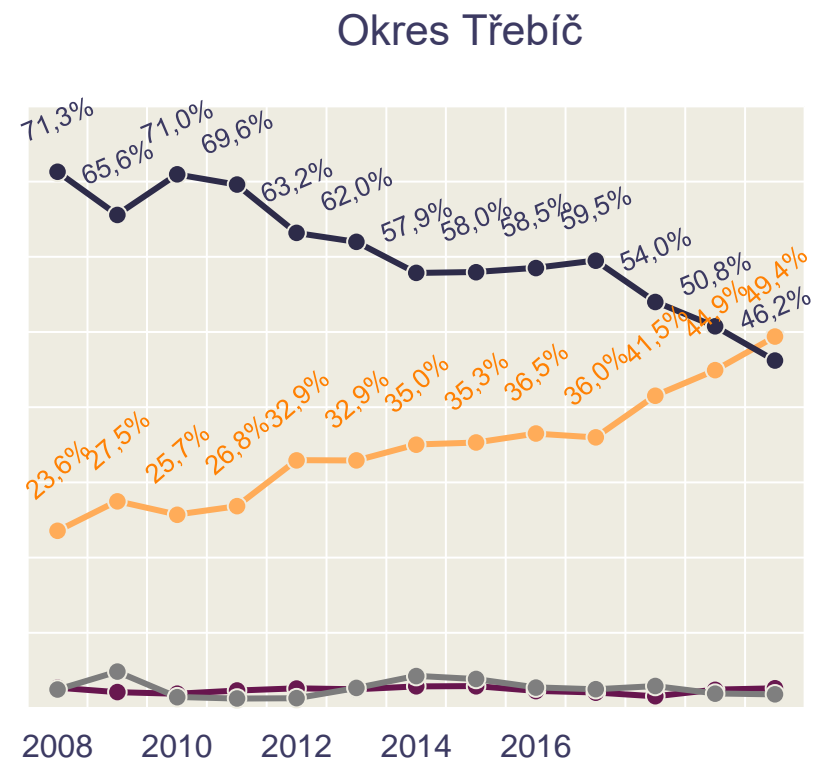
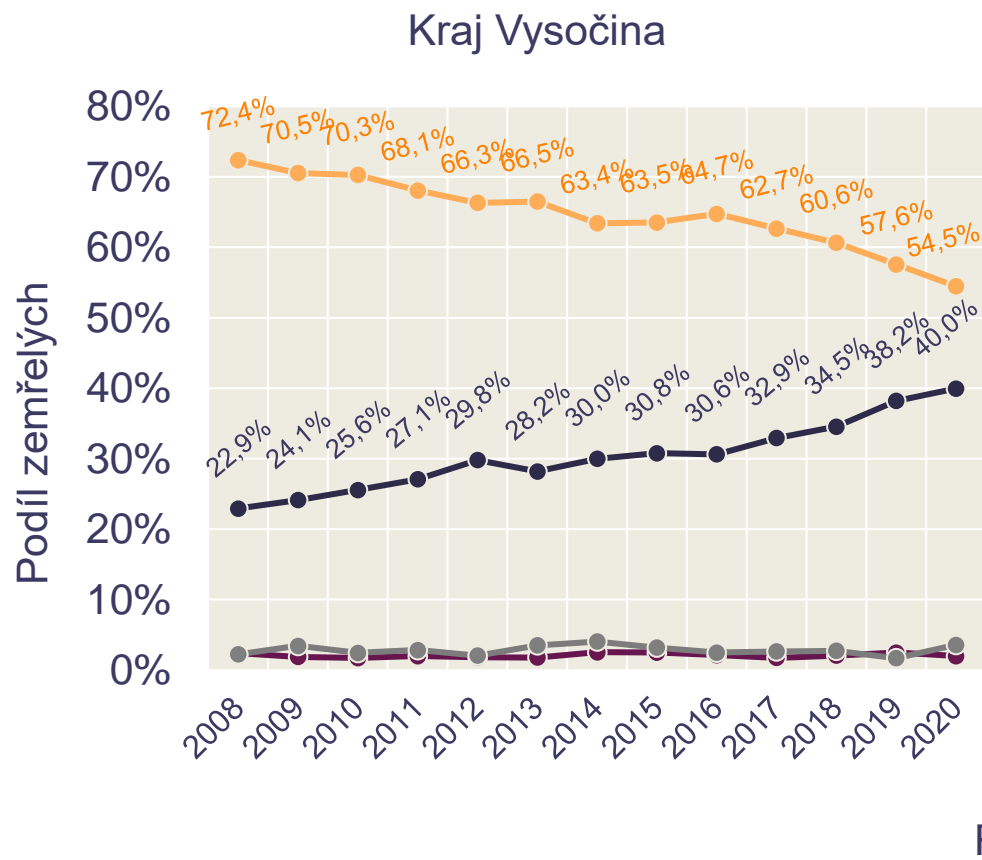


Mezi lety 2008 až 2020 lidé nejčastěji umírali ve zdravotnickém zařízení (téměř dvě třetiny všech úmrtí).

Lze pozorovat trend nárůstu počtu úmrtí v domácím prostředí, který je zejména na Vysočině dosti patrný.

- Ve zdravotnickém zařízení
- Doma, v zařízení sociálních služeb
- Na ulici, při převozu
- Jinde, nezjištěno

Místo úmrtí

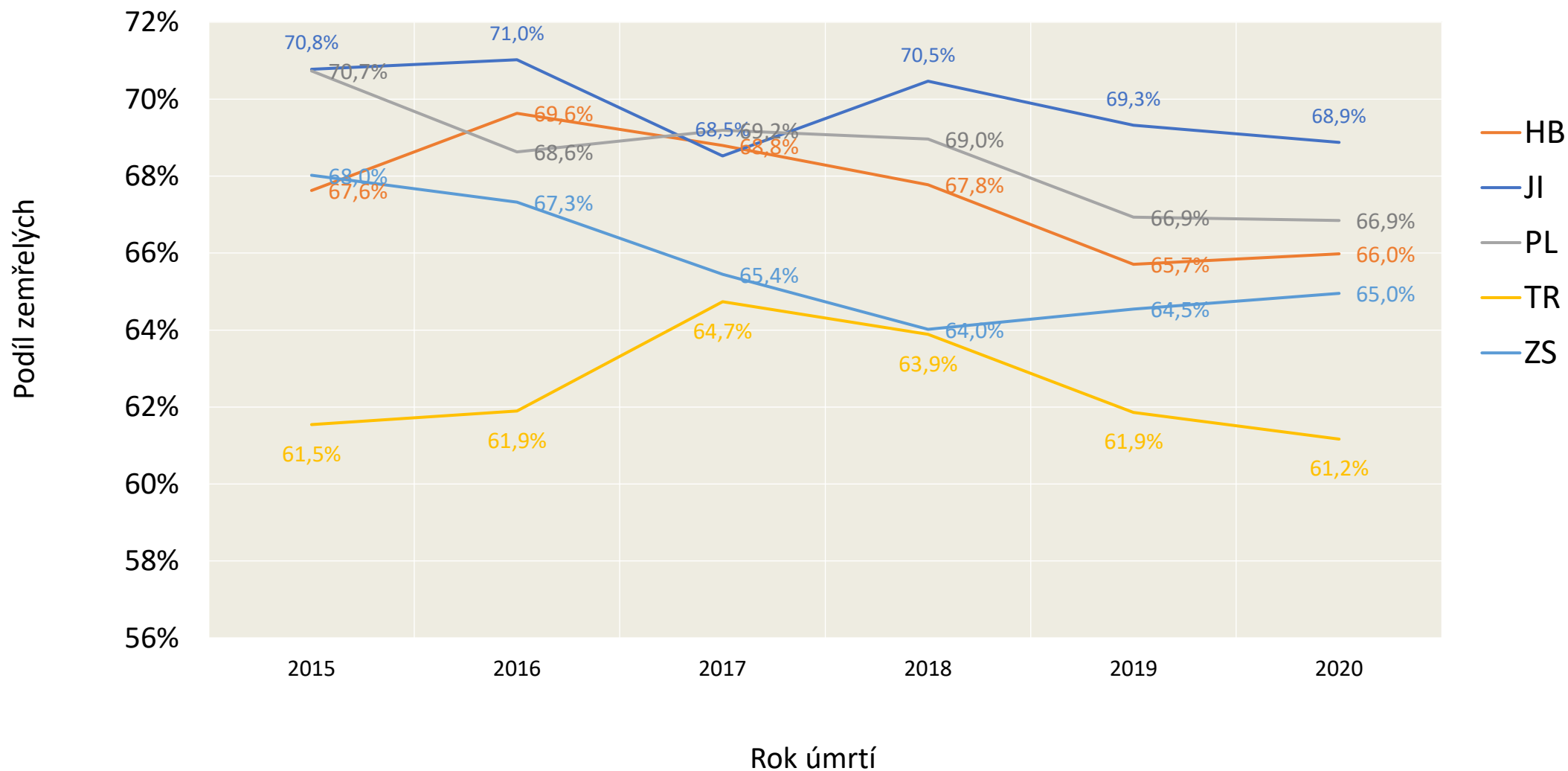


Mezi lety 2008 až 2020 lidé nejčastěji umírali ve zdravotnickém zařízení (téměř dvě třetiny všech úmrtí).

Lze pozorovat trend nárůstu počtu úmrtí v domácím prostředí, který je zejména na Vysočině dosti patrný.

- Ve zdravotnickém zařízení
- Doma, v zařízení sociálních služeb
- Na ulici, při převozu
- Jinde, nezjištěno

Výkony ZZS v posledním půlroce života – dle okresu bydliště



PRŮŘEZOVÁ STUDIE LDN – DLOUHODOBÉ SLEDOVÁNÍ

Popis sběru



Datum sběru: 29.3.-10. 6. 2019

Celkový počet pacientů: $n = 170$

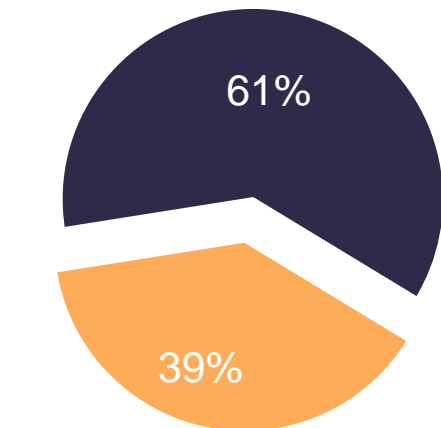
Metodologie sběru:

Jedná se o vzorek pacientů nemocnice Třebíč u nichž byl proveden paliativní pre-screening a kteří mají alespoň půl roční dlouhodobé sledování tak, aby bylo možné vyhodnotit predikční schopnost surprise question.

Surprise question

Překvapilo by Vás, kdyby tento pacient zemřel v průběhu následujících 6 měsíců?

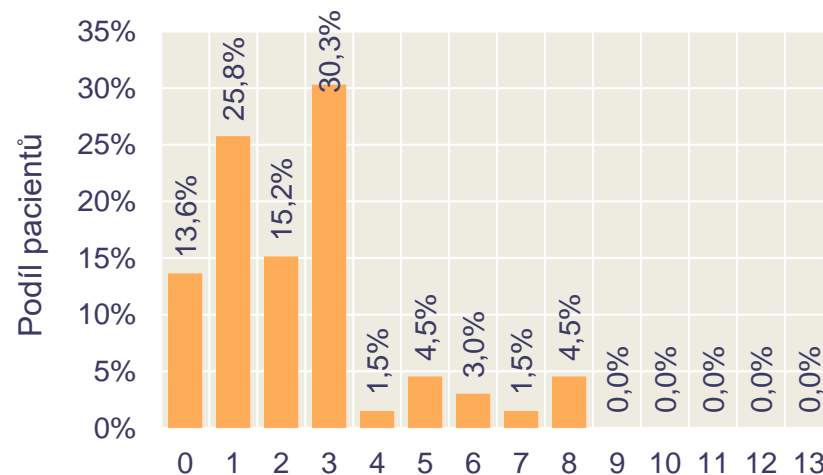
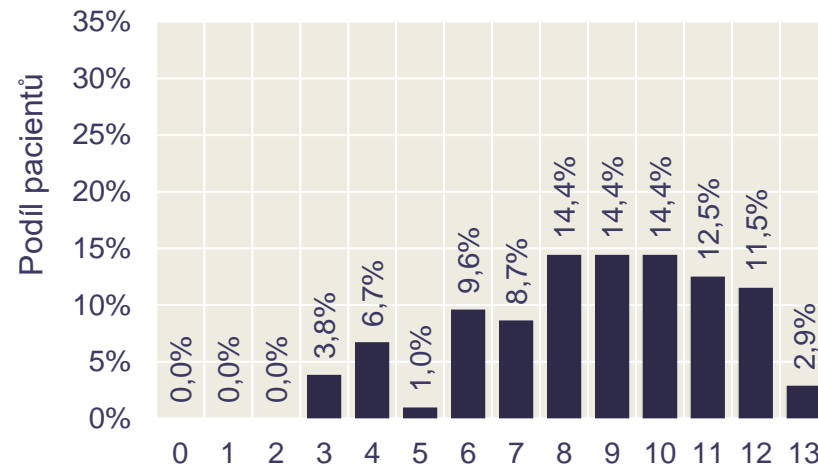
n = 170



● Ne
● Ano

n = 104

n = 66



NECPAL skóre

Z celkového počtu pacientů, kterým byl ve vybraném období proveden paliativní pre-screening pomocí dotazníku NECPAL by u 61 % ošetřujícího lékaře nepřekvapilo, pokud by pacient zemřel do 6 měsíců.

Surprise question rozděluje pacienty na dvě skupiny s výrazně diferencovaným NECPAL skóre.

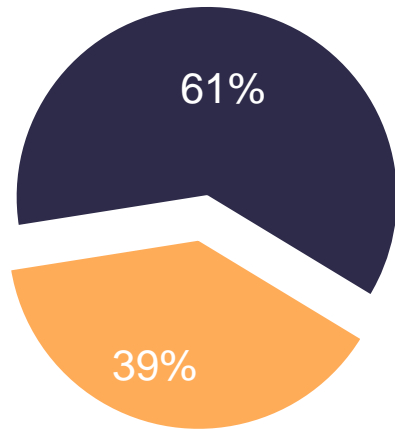
Výstup:
NECPAL je možné použít jako prescreening v péči o závažně chronicky nemocné, SQ výrazně (více jak u poloviny) koreluje s postojem lékařů

CAVE: v průzkumu byla nejdříve SQ a teprve poté vyplněný NECPAL. V praxi je samozřejmě možné postup obrátit, jak můžeme i dále uvažovat v ELFis.

Výsledek screeningu

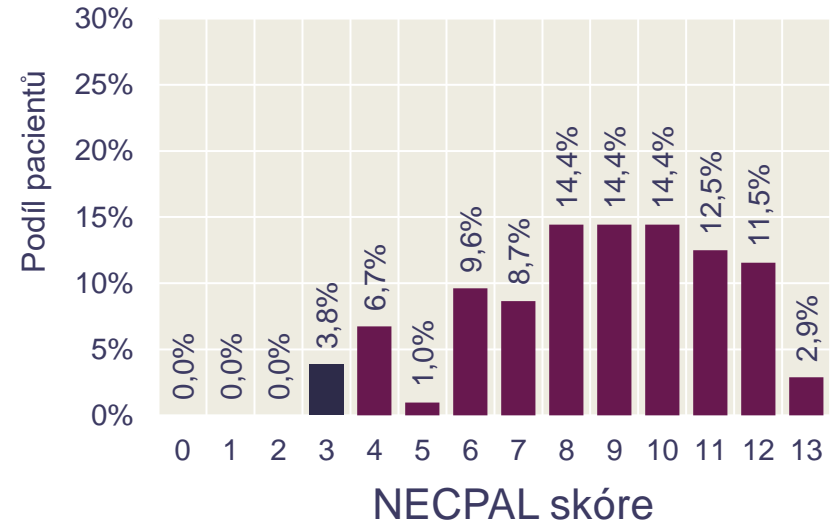
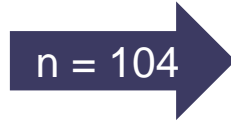
Překvapilo by Vás, kdyby tento pacient zemřel v průběhu následujících 6 měsíců?

n = 170



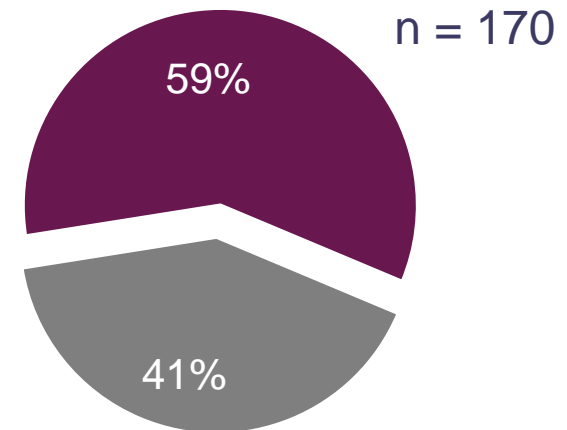
- Ne
- Ano

n = 104



Z celkového počtu 170 pacientů JE dle kritérií SQ- a NECPAL ≥ 4 je 100 (tj. 59 %) pacientů tzv. paliativně pozitivních.

- Paliativně pozitivní
- Paliativně negativní



Detailní výsledky

n = 170

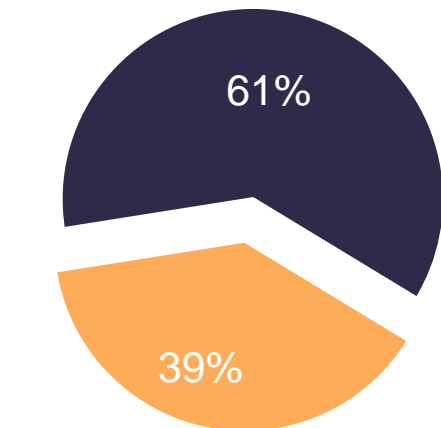


Téměř tři čtvrtiny pacientů má zaznamenáno zhoršení funkčního stavu Karnovsky nebo Barthel skóre >30% ADL >2 (NECPAL 4)
U 52 % pacientů byla členem týmu identifikována potřeba paliativní péče (NECPAL 2).
Žádost o limitaci léčby či o paliativní léčbu byla zaznamenána pouze u 12 % pacientů.

Surprise question a dlouhodobé přežití

Překvapilo by Vás, kdyby tento pacient zemřel v průběhu následujících 6 měsíců?

n = 170

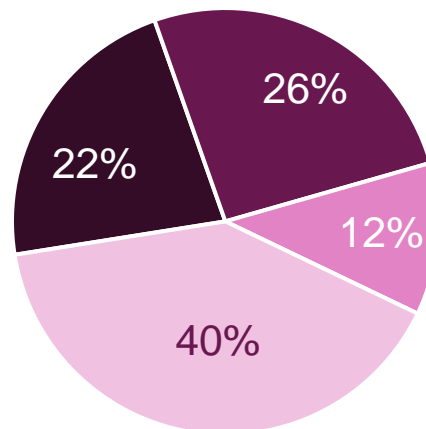


● Ne
● Ano

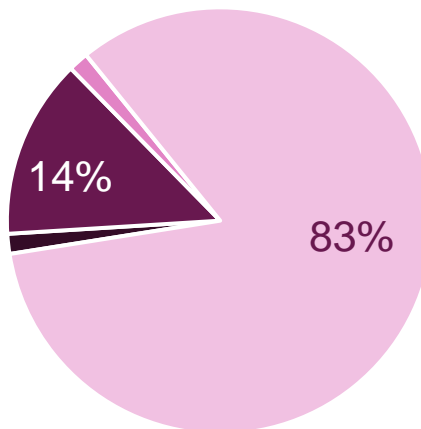
n = 104

n = 66

Půlroční sledování



● Úmrtí do 14 dnů
● Úmrtí do 3 měsíců
● Úmrtí do půl roku
● Žije



60 % pacientů u nichž ošetřující lékař prohlásil úmrtí do 6 měsíců za nepřekvapivé během půlročního sledování skutečně zemřelo.

Ve skupině SQ pozitivních pacientů během 6 měsíců zemřelo pouze 17 % pacientů.

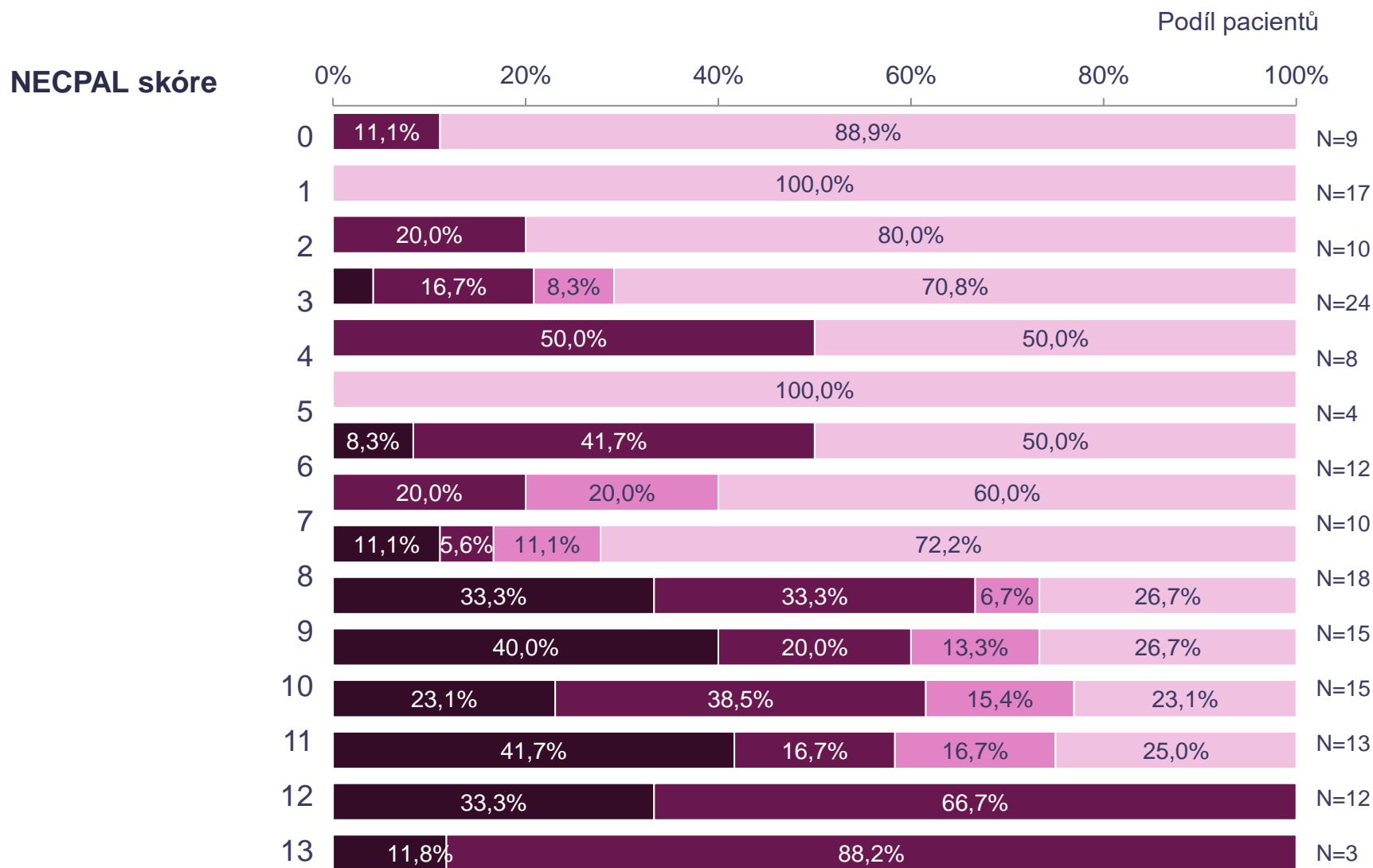
Výstup:

Ve skupině byli významně pacienti geriatrické PP, kde trajektorie je hůře předpověditelná, přesto je důležité o ní a adekvátní (i paliativní péči) přemýšlet.

48% předpověditelnost do 3 měsíců svědčí o poměrně přesvědčivém výsledku ve prospěch smyslu SQ, a jejího použití – samozřejmě není možné, a není cílem, SQ užít jako jediný indikátor pro indikaci PP- důležité je pak KTPP.

NECPAL skóre a dlouhodobé přežití

n = 170



K přesnějšímu hodnocení je třeba větší vzorek. Ukazuje se, že závažnější symptomy, distres, hodnocení SQ od úrovně NECPAL 8 přináší již ¾ a větší „jistotu“ vývoje onemocnění v měsících.

Příběh na závěr?
Kdy a jak indikovat PP

Jak jednotlivé etapy
komunikovat

Paní Petra – leden 2013

- Učitelka, 85 let, žije s dcerou (55 let) 2 roky v Brně, pochází z Vysočiny
- Před ½ rokem: doma pád, TIA, několik let bolesti kloubů, občas se v chůzi zadýchá, určitě do schodů
- V noci občas neklidná, stolice na zemi občas či moč v posteli, ráno si to uvědomuje a velmi ji to trápí, často spí přes den a v noci chodí po domě
- Alb 29, CB 58, svalová atrofie, sní cca 50% (cca 700kcal)
- PL: hypnogen 1/N, digoxin, enap 10mg/den (TK 110/60 v klidu)

„Dobrý den (dceři). Vaše maminka prožívá vstup do závěrečné etapy svého života. V popředí je demence, srdeční selhávání a chronická bolest, také výrazná ztráta svalové hmoty. Její tělo energeticky strádá, a jde tzv. geriatrickou křehkost – nemůžeme stav vyléčit, spíše je zmírnit. Významná je výživa, hlavně podpůrné prostředky/nutridrinky např., pokusit se ovlivnit srdeční selhávání (došetření SSSy., fisi, diuretika zvážít, hladina digitalis atd.), zmírnit bolest (ev. palgotal, či rovnou fentalis 12ug), naprosto zásadní je motivace a pocit bezpečí-večer pro neklidy také nastavíme terapii (asi Buronil 25mg 0-0-1-1). Je skvělé, že máte maminku u sebe doma, ale sama by být měla co nejméně. Mohli bychom zkusit podporu osobní asistence (placená sociální služba), ev. denní stacionář. Přes veškerou naši snahu ale bude docházet v řádu měsíců ke zhoršování stavu“.

Paní Petra – únor 2013

- První úterý v únoru nalezne dcera maminku v pokoji, na zemi, pomočenou, nekontaktní
- RZP-NK- stp. Drop atac- ale zhoršení kognice, MMSE 13, ADL 40, plná závislost, Alb 27, CB55, příjem cca 30% per os
- Lékaři nabídnou LDN- dcera odmítá, zůstává doma z práce a stará se o maminku
- „Vaše maminka má po těžké mozkové příhodě. Při zmapování jejích dosavadních zdravotních obtíží a nemocí je zřejmé, že se dostala do situace imobility a plné závislosti, kterou již nepůjde zlepšit. Spíše je zapotřebí mírnit důsledky. Nejlepší varianta by byla domácí hospicová péče, pokračovat v podpoře výživy a případných obtíží (příznaků) jako je bolest, úzkost, neklid (delirium) – směřuje k závěru života a my bychom Vám chtěli pomoci s ní být co nejvíce, a jí život s tímto těžkým stavem co nejvíce usnadnit“.

Paní Petra – březen 2013

- Maminka často v noci neklidná, upravována terapie, tiapridal 1-1-1, sun down fenomen, dcera vyčerpána
 - Per os 50-60%, cca 800 kcal, sipping dcera kupuje a denně 2x podává
 - Maminka je již zcela ležící, v klidu má dle PL „dobrý tlak“ 110/60, FA- tiaprid, enap, digoxin
 - Kontraktury v koleně, dcera má problémy s polohováním
-
- „Jste skvělá, jak se o maminku staráte. Má těžký stav imobilizace, a jeho důsledky jsou kontraktury, mohou se rozvinout i dekubity. Věřím, že to obrácení spánku a bdění musí být pro Vás hodně těžké. Navrhuji jí podat léky jenom na noc a přes den Vás podpořit pečovatelkou a nejlépe dohledem domácího hospice 24/7. (haloperidol s.c. 5 mg 21 hod + MO s.c. 5 mg 20 a 22 hod fentalis 12 ug, furosemid 10mg 1-1-0, ev. FR500ml/den pomalu s.c. infúze).
 - Zásadní informace pro Vás je, že stav maminky se bude dále zhoršovat. Vaše péče mamince hodně pomáhá, ale nemůže zastavit propad rovnováhy mezi jejími životně důležitými orgány. Její tělo již neumí pracovat s energií, ani nemá zásoby bílkovin a imunity. Musíme se ovšem také postarat o Vás, resp. bychom se rádi zajímali o to, co Vám pomůže, jak Vás podpořit. Je to běh na dlouhou trať – může být, i týdny až krátké měsíce, toto doprovázení“.

Paní Petra – květen 2013

- První týden v květnu PL je volán 4x v týdnu k pacientce: neklidy v noci, dcera zcela vyčerpána
- PL: už to takto nejde, psychiatrická léčebna!
- Psych. léčebna na 14 dnů: zesílení léčby neuroleptiky, rozvoj dekubitu sakrálně 3.st., alb 25, CB 50, rozvoj Bponie, překlad na internu
- Je třeba zajistit domácí hospicovou péči, podat adekvátní analgetika (viz. předchozí snímky), podpořit dceru

Paní Petra – květen 2013, hospitalizace

- Interna dle sektoru: antibiotika- infekce clostridium diff.- NG sonda- poté pac. sondu ex, otok LDK- LMWH
- Dcera: „ráda bych hospic“- lékař: „léčíme žilní trombosu, léčíme maminku, hospic není indikován
- Lékařka hospice na stáži na daném odd.- provádí advocacy za pacientku: „tak si ji tedy vezměte“
- Je třeba zvážit domácí paliativní péči, ev lůžkový hospic, empaticky podporovat doprovázení.

Paní Petra - epilog

- Červen 2013- hospic, odd. zvýšeného sledování
- Hypoaktivní delirium, PAINAD 8, 4 dekubity III.-IV.st.,
- FA z nemocnice: fraxiparine, tramadol 20-20-20 gtts., godasal, digoxin, enap, tiapridal, haloperidol
- FA hospic: transtec 35mkrgr
- **Pac. umírá doprovázena dcerou do 14 dnů**
- **Je třeba podpořit empaticky doprovázení, ev. analgetická, či analgosedací léčba dle vývoje stavu.**

Viz. Geriatrická paliativní péče a komunikace
o nemoci či Nemocné rozhovory

Pilotní projekt ve spolupráci s VZP

- Sledovat v datech proces INDIKACE PP (konzilium v nemocnici, NECPAL) – další péče v nemocnici – formát převzetí do MSPP – INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA - péče v MSPP (léky, symptomy ESAS), pohled rodiny na péči (dotazník VOICES) + vše napojit na data VZP a ÚZIS (ekonomika a logistika péče)
- Pracovní skupina projektu – VZP, KV, ev. JMK, několik paliatrů ze zastoupených týmů, IBA MU Brno (prof. Dušek)
- Průběh: zahájení cca listopad 2021 (první data již tedy v 2022 v polovině roku), ukončení nejdříve konec 2022
- Zapojení: KV, ev. JMK, MSPP týmy navázané na nemocnice (určitě Jihlava, Třebíč, Pelhřimov, Havlíčkův Brod, Nové Město na Moravě + ev. Rajhrad s MOU a FNuSA, ev. 2-3 další organizace JMK- zatím v jednání)

O co usilujeme?

- Prokázat efektivitu a kvalitu terénní paliativní péče (MSPP) v časně indikaci u onkologicky i ne-onkologicky nemocných
- Prokázat efektivitu propojení nemocniční a terénní paliativní péče v regionech
- Prokázat smysl a efektivitu MSPP v propojení zdravotně-sociálního pomezí u závažně chronicky nemocných v závěrečné fázi života (cca poslední rok života)
- V péči o chronicky závažně nemocné: zmírnit zátěž nemocniční akutní péče, ZZS, zlepšit/zpřesnit proces indikace, nastavení plánu péče a jeho udržitelnost, podpořit vzdělanost, sdílení, zlepšit efektivitu péče o tuto skupinu nemocných v systému, zapojit rodiny do péče

Co potřebujeme k vytvoření paliativního regionálního programu ?

- Dostupné rozhodování o PP + služby, ve všech úrovních systému
- Vzdělanost, v celém systému
- Provázanost služeb – ideální formou rozvoje kvalitní komunitní péče (základ MSPP)
- Kontinuální, efektivní financování: krajská síť
- Reflexe poskytované péče – např. ELFis

= příklad PALIATR VYSOCINA

Životní jistoty – základy paliativní péče



Frank Tugend and his grandson, Dan Jury, 1954.



Dan Jury and his grandfather, Frank Tugend, 1974.

Napište mi email 😊
ladislav.kabelka@trebic.charita.cz

Zavolejte mi 😊
+420731681447