

ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ POMEZÍ A SYNDROM GERIATRICKÉ KŘEHKOSTI

Projekt Paliatr Vysočina

1. Autor: Ladislav Kabelka, MD, PhD., Kraj Vysočina, Lékařská Fakulta Masarykovy Univerzity Brno
2. Spoluautoři: Mgr. Jan Švancara, Institut Bioanalýz, Masarykova Univerzita Brno, Prof. RNDr. Ladislav Dušek, CSc., Institut Bioanalýz, Masarykova Univerzita Brno

Anotace:

Projekt Paliatr Vysočina (www.paliatrvysocina.cz) je otevřenou platformou krajské veřejné správy (zdravotní a sociální odbory Kraje Vysočina), odborníků – paliatrů, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb včetně ústředních orgánů státní správy MPSV a MZ. Součástí prací je i hledání konstruktivních cest pro oblast zdravotně-sociálního pomezí závěrečné fáze života spojenou s demografickými změnami posledních 20 let.

Průběžné výsledky projektu směřují k vytvoření komunitního dohledu pro závažně chronicky nemocné a vytvoření regionálních sítí specializované paliativní péče v rámci Kraje Vysočina. V další fázi bude možné rozšířit působení projektu také na pokročile chronicky nemocné pacienty.

Článek popisuje základní princip projektu – klinické i organizační cesty k propojení tzv. zdravotně-sociálního pomezí. Jeho řešení, spojené se stárnutím nemocné populace, je jedním z nejpalčivějších problémů současné české společnosti. V Kraji Vysočina se nyní rozvoj mobilní specializované paliativní péče (domácí hospitalizace nevléčitelně nemocných), a v návaznosti konziliární paliativní nemocniční péče, doplňuje o analýzu možností a potřebnosti rozvoje lůžkové nemocniční paliativní péče. Součástí tohoto procesu je řešení zásadních otázek zdravotně – sociálního pomezí. V závěru článku popíšeme také projekt ELFis (End of Life Information System), datové základny pro přípravu i průběžnou analýzu jednotlivých kroků projektu Paliatr Vysočina.

Zdravotně – sociální pomezí a frailty

Geriatricie začíná tam, kde se objevují první aspekty frailty (geriatrická křehkost).

Syndrom geriatrické křehkosti (frailty syndrom) je patofyziologický jev, spojený se stárnutím a pro stárnutí typickými chorobami (povětšinou komplikacemi aterosklerózy). Má biologické, také sociální, spirituální (horizontální spiritualita, životní bilance) a psychologické aspekty.

Je definován zvýšením rizika rychlého poklesu (ve dnech až týdnech) zdravotního potenciálu, či již sníženým zdravotním potenciálem, který se projevuje snížením adaptačních schopností pacienta, má zásadní vliv na chování, sociální adaptaci (soběstačnost), rozhodování a reakci na zdravotní komplikace. Deteriorace (geriatric failure to thrive – selhání z prospívání dospělých) je pokročilá křehkost, kde již nepomohou intervence stavu, i přes nastavení komplexní a multidisciplinární péče. Tento stav je plně indikován ke specializované paliativní péči, režimu DNR (do not resuscitate), DNI (do not intubate), zadržené či odebrané terapii (withhold resp. withdraw therapy).

Syndrom křehkosti není pevně svázán s věkovou hranicí, i když jeho vyšší výskyt můžeme sledovat nejčastěji až od 8. decenia. Závěrečná fáze geriatrické křehkosti (geriatrická deteriorace) bývá v zahraničí označována syndromem selhání z prospívání dospělých (geriatric failure to thrive).

Etiologie manifestní křehkosti je multikauzální a individuálně variabilní. Podílejí se na ní především biologická involuce, chronické choroby, jejich kombinace (multimorbidita) a nežádoucí účinky léků, životní způsob (dekondice a atrofie z inaktivity, malnutrice), psychosociální faktory, náročnost prostředí se znevýhodňujícími situacemi a bariérami, genetická predispozice.

Základním patogenetickým mechanismem je vzájemné potencování jednotlivých faktorů, utahování deteriorační spirály. Například jakkoliv podmíněná hypomobilita navozuje dekondici a svalovou slabost, které zhoršují hypomobilitu, což dále prohlubuje dekondici, svalovou slabost atd.

Jde o modelový příklad souvislosti a kombinace příčin a důsledků chronických onemocnění. Tedy příčiny mohou být v jedné době také důsledky, a naopak:

- zánět
- oxidační stres, produkce a eliminace volných radikálů, eventuálně ve spojení se zánětlivou reakcí

- inzulinová rezistence, resp. přítomnost metabolického syndromu a jeho souvislost se zánětlivou reakcí a koagulačním stavem
- anorexie jakéhokoliv původu s hubnutím a malnutrií
- sarkopenie, svalová atrofie a slabost hodnotitelná např. vyšetřením síly svalového stisku – tzv. handgripu či objemem svalové hmoty
- snížená výkonnost dolních končetin (lower body function), související s úbytkem svalové síly i s instabilitou
- mizení spontaneity – stravovací (geriatrická anorexie), hydratační (ztráta pocitu žízně, sklon k dehydrataci), pohybové (hypomobilita, ubývání změn polohy ve spánku, stereotypní tempo chůze), behaviorální (self-neglekt, zanedbávání sebe sama)
- dysfunkce autonomního nervového systému: zřejmě významná, ale dosud málo objasněná (synkopy, pády, sarkopenie, dekubity – vznik i hojení, anorexie, hubnutí, inkontinence, deliria, reakce na tepelnou zátěž)
- apatie jako samostatný symptom nejen v rámci deprese či demence: zřejmě důsledek deficitu dopaminu v CNS
- deprese
- úzkost, osobnostní rysy, organický psychosyndrom
- kognitivní deficit
- hormonální deficit: menopauza, andropauza
- chronická bolest
- sedavý způsob života s nízkou pohybovou aktivitou a dekondíci
- chronický stres
- funkčně významné (omezující) důsledky a projevy chorob: např. extrapyramidový syndrom, diabetes mellitus, neuropatie, hemiparéza, ventilační či srdeční insuficience, anemie
- nežádoucí účinky léků, především anorexie, sedace, instabilita, únava

Dle Friedové jsou základními indikátory rozvíjející se křehkosti:

- váhový úbytek- 5 a více kg v posledním roce(snížení BMI o 20%)
- úchopová síla- snížení o 20% dle pohlaví a BMI

ženy	muži
------	------

<i>≤ 17 kg při BMI ≤ 23</i>	<i>≤ 29 kg při BMI ≤ 24</i>
<i>≤ 17.3 kg při BMI ≤ 23.1–26</i>	<i>≤ 30 kg při BMI 24.1–26</i>
<i>≤ 18 kg při BMI ≤ 26.1–29</i>	<i>≤ 30 kg při BMI 26.1–28</i>
<i>≤ 21kg při BMI ≤ 30 a více</i>	<i>≤ 32 kg při BMI > 28</i>

- rychlost chůze

ženy	muži
čas ≥ 7 sec při výšce ≤ 159 cm	čas ≥ 7 sec při výšce ≤ 173 cm
čas ≥ 6 sec při výšce > 159 cm	čas ≥ 6 sec při výšce > 173 cm

- vyčerpání, únavnost („*cokoliv, co jsem dělal v minulém týdnu, nebylo možné bez neskutečného úsilí, ani chůze nebyla možná bez přemáhání se*“)
- úroveň vlastní aktivity (Minesotský dotazník k využití volného času: ženy méně než 270 kcal ve škále aktivit, muži méně než 383 kcal)

Základním terapeutickým nástrojem řešení frailty syndromu je prevence vzniku, časný záchyt a intervence jednotlivých aspektů. Nástroje prevence jsou tedy použitelné i v době rozvinuté frailty. V komunikaci s nemocným, ale také jeho blízkými či kolegy v ošetřujícím týmu, při plánování péče, je nezbytné klást realistické cíle a nároky.

Frailty syndrom nelze vyléčit, lze jej intervenovat. Intervence frailty je zásadně multidisciplinární téma – musí zahrnovat jak oblast fyzické stránky, tak psychiku nemocného, jeho sociální stav a v neposlední řadě životní motivaci a spontaneitu – tedy horizontální spiritualitu a hodnotové základy. Musí probíhat kontinuálně, v celém zdravotním a sociálním systému.

Prevence a léčba **FRAILTY** je vykládána v anglické literatuře takto:

F – Food intake maintained. Udržujte dobrou výživu a příjem bílkovin (prevence anorexie a malnutrice). Liberalizace dietního režimu, menší jídla častěji, sipping (podpůrná výživa, mezi jídly, s chladnou vodou, popíjet), kvalitní dentální hygiena a péče, kontrola

polykání a rizika aspirace (CAVE pseudobulbární syndrom), tím také konsistence a kvality přijímané potravy.

R – Resistance exercises. Pohybujte se, chod'te a posilujte svaly (odporový trénink k udržení svalové síly zvláště dolních končetin). Aktivitu je třeba uzpůsobit možnostem nemocného (například pokročilé srdeční selhání, nebo výrazná únavnost, či kognitivní obtíže sse sníženou compliance). Také je vhodné eliminovat medikaci, která může akcelarovat únavu pacienta. Je třeba provést kvalitní vyšetření syndromu instability nemocného a také zhodnocení jeho domácího prostředí (rizik pro případné pády a zranění) – role primární péče.

A – Atherosclerosis preventive: Předcházejte ateroskleróze, ovlivňujte její rizikové faktory (metabolický syndrom) i manifestaci. Kvalitně dispenzarizujeme chronické choroby, CAVE polypragmaziie.

I -Isolation avoidance: „Go out and do things“. Chod'te mezi lidi, buďte aktivní, neuzavírejte se v bytech, předcházejte izolaci. Je důležité léčit spánkové poruchy, podporovat (nejlépe sociálně přijatelnou skupinovou aktivitou) životní motivaci.

L - Limit pain. Mějte pod kontrolou bolest, zvláště muskuloskeletální. Vhodné je kombinovat například paracetamol s tramadolem, ev. krátkodobě NSAD. Vždy je třeba citlivě poměřit efekt léčby a případné nežádoucí účinky a komplikace. Při bolestech chronického charakteru VAS (vizuální analogová škála) 5 a více již je s výhodou užití transdermální formy silných opioidů, například buprenorfinu či fentanylů.

T - Tai-chi or other balance exercises. Posilujte rovnováhu, stabilitu, cvičte např. Tai-hi. V českém prostředí je obecně více dostupné zdravotní cvičení, například podporované pravidelnými návštěvami home care. Také hromadná cvičení (například aktivity obce Sokolské) významně jak zdravotně, tak sociálně přispívají k oddálení rizik frailty).

Y- Yearly functional necking. Dodržujte pravidelné kontroly zdravotního a funkčního stavu a reagujte na změny. Frailty syndrom vyžaduje neustálou kontrolu zdravotního stavu zkušeným profesionálem. Pokud se nevyskytují symptomy, dostačuje péče agentury home care 1-2x týdně, při zajištěném denním režimu (péče Domova pro seniory je v této oblasti velmi dobře většinou zajištěna při dodržení standardů). Při výskytu symptomů přes VAS 5 (v rámci Edmonton symptom assesment scale, ESAS) je již zapotřebí dohledový režim s možností konzultace 24 hodin 7 dnů v týdnu kvalifikovaným zdravotníkem (viz. např. režim v Dolním Rakousku, víceúrovňový koncept péče o závažně chronicky nemocné – vize a cíl projektu Paliatr Vysočina www.paliatrvysocina.cz).

Křehkost není synonymem multimorbidity ani disability: multimorbidita patří k jejím etiologickým složkám a disability je její důsledek.

Funkční deteriorace může progredovat ke ztrátě sebeobsluhy, k potřebě dlouhodobé ústavní péče a k upoutání na lůžko. V této pokročilé fázi geriatrické křehkosti (související obvykle s imobilizačním syndromem, pro jehož rychlý rozvoj geriatrická křehkost predisponuje), označované jako syndrom terminální geriatrické deteriorace, jsou obvykle přítomny:

- Imobilita na lůžku či jen minimální pohyb kolem lůžka
- závažná inkontinence
- delirantní stavy
- pokles zájmu o okolí, zaměření zájmu pouze na vlastní tělesnost
- ireverzibilní zhoršování nutričního stavu s rozvojem metabolické dysbalance
- při přechodu do terminálního stavu pak orgánová selhávání

Kraj Vysočina disponuje sítí domovů pro seniory. Jsou jednou ze dvou hlavních oblastí, na kterých probíhá proces péče o závažně chronicky nemocné v závěrečné fázi života (End of life care, při časně indikaci hovoříme o posledních 6-12 měsících). Druhou oblastí je primární sociální prostředí. Propojujícími prvky jsou nemocnice (5 hlavních nemocných v managementu Kraje Vysočina) a Mobilní paliativní týmy.

Obyvatelé sociálních zařízení jsou velice často akutně hospitalizováni v regionálních nemocnicích. Z klinické zkušenosti se lze domnívat, že řadu komplikací pacientů v pozdní fázi života lze řešit v rámci zajištění primární péče v DpS. To ale není možné, pokud není zajištěna kvalifikovaná a dostupná zdravotní péče + z nemocnice nepřichází adekvátní „plán péče“.

Frailty syndrom – syndrom geriatrické křehkosti – je typickým a častým modelem multimodálního souboru chronických onemocnění a stavů, pro něž „terapeutické okno je velmi úzké“. Pokud se nepokusíme v kontextu kombinace kurativních a paliativní postupů o co nejefektivnější intervenování v rámci multidisciplinární péče, přechod do terminální geriatrické deteriorace může nastat v řádu hodin až dnů, a nevratně.

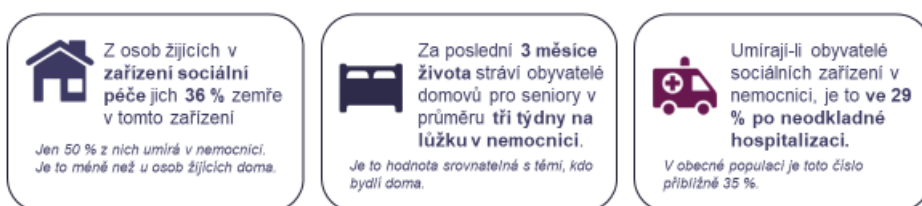
Z dostupných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky MZ ČR a Institutu Bioanalýz Masarykovy Univerzity v Brně, v rámci projektu Paliatr Vysočina, uvádíme základní

klinicko-organizační zdravotní aspekty péče v závěru života na zdravotně-sociálním pomezí.
Data jsou vztažena ke Kraji Vysočina.

- Za poslední měsíce života 3 týdny v průměru v nemocnici, ve 30 % jde o neodkladné hospitalizace

Jak umírají lidé žijící v sociálních zařízeních?

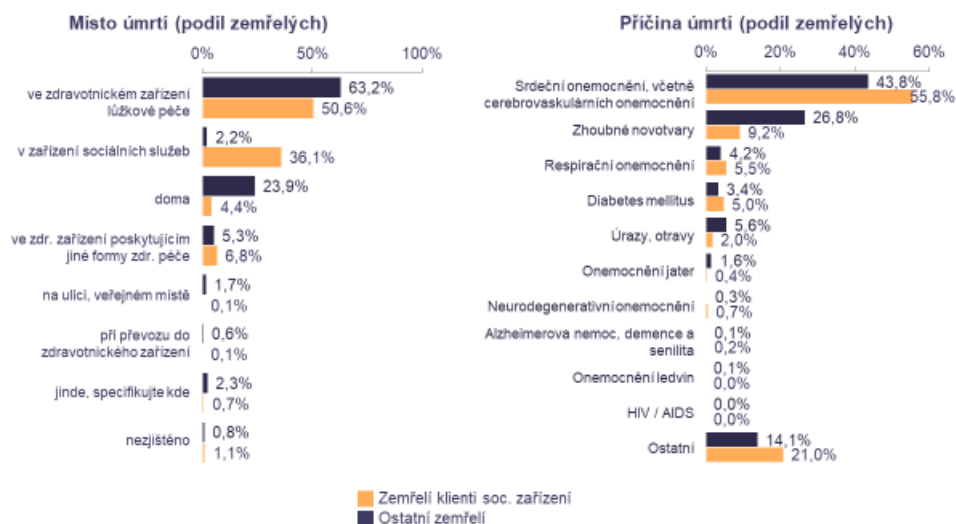
V datech NZIS není obsažena informace o pobytu osob v zařízení sociální péče. Tuto informaci můžeme částečně získat u těch pacientů, kteří byli propuštěni do zařízení sociální péče.



Obyvatelé sociálních zařízení pro seniory představují z hlediska zdravotního stavu specifickou populaci. Jedná se o osoby, které se již dožily relativně vysokého věku. Mezi klienty domovů pro seniory je tak výrazně méně onkologických pacientů. Zhoubné novotvary zapříčiňují méně než 10 % úmrtí. Klienti domovů pro seniory tak umírají v průměru o 8 let starší než obecná populace a jejich život nejčastěji ukončí kardiovaskulární selhání. Vyšší výskyt je také patrný při úmrtí na diabetes mellitus. Populace seniorů žijících v zařízeních sociálních služeb představuje skupinu se specifickými potřebami na jejichž definování by bylo dobré shromáždit víc relevantních dat.

- Zdravotnická zařízení jsou klíčovým místem pro nastavení plánu péče v závěru života

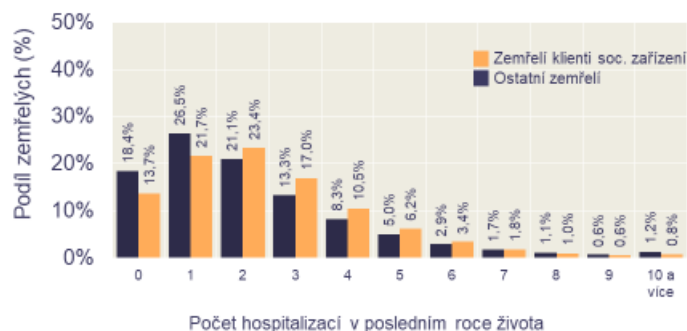
Frailty: místo a příčina úmrtí (klienti sociálních zařízení, ostatní)



Klienti soc. zařízení umírají méně často v nemocnici či převozu. Klienti sociálních zařízení jsou méně často umírají na onkologická onemocnění, což je dáno způsobem výběru klientů (vyšší věk etc.).

- Celková ošetrovací doba klientů sociálních zařízení je v posledním roce života téměř 2x delší, než u ostatních zemřelých. Je to jistě dáno také věkem a polymorbiditou těchto pacientů (zemřelí z primárního sociálního prostředí jsou i z mladších věkových kategorií, více také s onkologickými diagnózami. Přesto je na místě se pokusit tento trend ovlivnit kvalitní diagnostikou frailty, a dobrým plánem péče při odchodu z nemocnice do Domova pro seniory.

Hospitalizační historie



	Zemřelí klienti soc. zařízení	Ostatní zemřelí
Celková ošetrovací doba za poslední rok (průměr ve dnech)	61.67	38.94
Celková ošetrovací doba na akutním lůžku za poslední rok (průměr ve dnech)	20.83	23.60
Celková ošetrovací doba na následném lůžku za poslední rok (průměr ve dnech)	40.84	15.33

- Hospitalizace v závěru života u pacientů nad 75 let jsou z 20 % rychlou záchrannou službou, další významná skupina hospitalizací sice probíhá po domluvě, bez RZS, ale bohužel jsou často jejich důvody ukázkou „neprojednaného adekvátního plánu péče“, a to zvláště při přechodu do geriatrické deteriorace. Tento aspekt lze společnou edukací nemocnic a jejich regionálních DpS a PL postupně proměňovat. Co lze učinit

ihned, je kvalitní propouštěcí zpráva s jasně definovaným postojem k dalšímu plánu péče ve prospěch intervence frailty a dalších paliativních postupů.

Počet hospitalizací v posledním roce života

Definice dle MKN 10*

Počet pacientů, kteří v posledním roce života měli

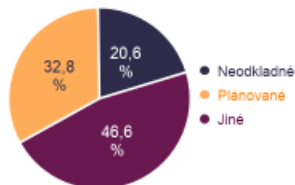
	1 hospitalizaci	2 hospitalizace	3 a více hospitalizací	Průměr (Min - Max)	Medián (5 percentil : 95 percentil)	
Srdeční onemocnění, včetně cerebrovaskulárních onemocnění	1907	1485	1776	2 (1-12)	2 (1;6)	I00-I52, I60-I69
Zhoubné novotvary	572	681	1090	3 (1-23)	2 (1;7)	C00-C97
Úrazy, otravy	120	77	107	2 (1-10)	2 (1;5)	S00-S99, T00-T98
Respirační onemocnění	286	227	287	2 (1-13)	2 (1;6)	J06-J18, J20-22, J40-J47, J96
Diabetes mellitus	120	82	161	3 (1-11)	2 (1;7)	E10-E14
Onemocnění jater	18	9	14	2 (1-6)	2 (1;5)	K70-K77
Neurodegenerativní onemocnění	7	11	13	3 (1-8)	2 (1;6)	G10, G20, G35, G122, G903, G231
Alzheimerova nemoc, demence a senilita	61	68	77	2 (1-8)	2 (1;5)	F01, F03, G30, R54
Onemocnění ledvin	41	25	41	3 (1-11)	2 (1;7)	N17, N18, N28, I112, I113
HIV / AIDS	0	0	0	-	-	B20-B24
Ostatní	414	300	355	2 (1-13)	2 (1;5)	

■ Muži ■ Ženy

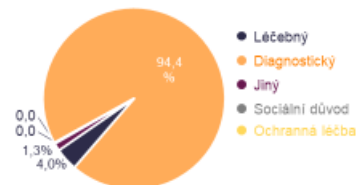
Zdroj dat: ÚZIS, NRHOSP 2007-2016 N = 24 683 zemřelých obyvatel Kraje Vysočina s hospitalizační historií v posledním roce života starší 75 let

Hospitalizace osob starších 75 let v posledním roce života - čísla ovlivněna způsobem vykazování

Způsob přijetí pacienta



Důvod přijetí pacienta



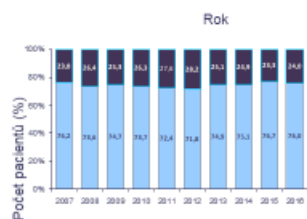
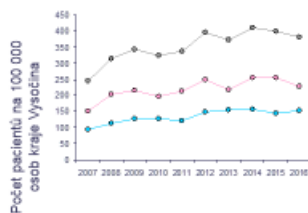
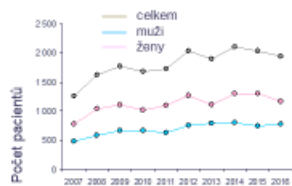
Přijetí doporučil



Zdroj dat: ÚZIS, NRHOSP 2007-2016 N = 60 157 hospitalizace zemřelých obyvatel Kraje Vysočina s hospitalizační historií v posledním roce života starší 75 let

- Opakovaně přijatí do 30 dnů jsou pacienti ze 3/4 se stejnou příčinou přijetí, u pacientů nad 80 let. Tento aspekt podtrhuje výše uvedené.

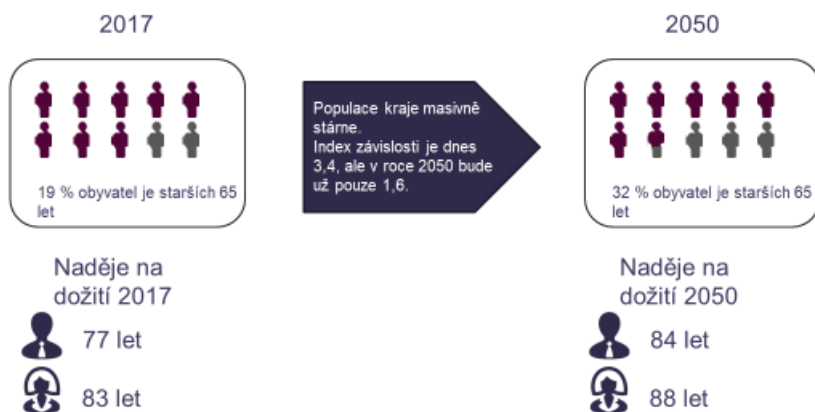
Pacienti 80+ z Kraje Vysočina, přijatí opakovaně do 30 dnů



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

- Budoucí vývoj zřetelně směřuje k trendu delšího života v nemoci, ve větším počtu takto závažně nemocných. Systém zdravotní a sociální péče se musí proměnit k větší efektivitě péče o tuto skupinu pacientů, jinak není možné danou situaci zvládnout.

Jaký vývoj lze očekávat do budoucna?



Demografické změny posledních desetiletí s sebou jistě přinesly nové výzvy pro systém zdravotní péče. Spolu s ekonomickým rozvojem se zlepšila zdravotní péče a prodloužilo se přežití nevléčitelně nemocných pacientů. Rozvoj resuscitačních technik umožňuje stále více oddalovat úmrtí. Zdravotnictví tak musí nově reagovat na zvýšenou potřebu péče o pacienty vysokého věku, pacienty křehké a polymorbidní. Při všech plánovaných změnách systému je potřeba pamatovat na to, že proces stárnutí bude s nezměněnou intenzitou pokračovat i v dalších dekadách.

Index závislosti - projekce

Počet obyvatel ve věku:	k 1. 1. 2017		k 1. 1. 2020		k 1. 1. 2030		k 1. 1. 2040		k 1. 1. 2050	
	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR
0-14 let	76 036	1 615 844	75 327	1 622 053	63 598	1 355 818	56 546	1 229 454	55 623	1 264 703
15 až 65 let	333 447	6 922 570	324 095	6 754 217	303 552	6 557 007	276 071	6 077 801	243 422	5 389 512
65 let a více	97 804	1 997 368	104 908	2 156 103	124 792	2 483 876	141 080	2 819 163	153 124	3 158 657
Podíl obyvatel ve věku:										
	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR	Vysočina	ČR
0-14 let	15,0 %	15,3 %	14,9 %	15,4 %	12,9 %	13,0 %	11,9 %	12,1 %	12,3 %	12,9 %
15 až 64 let	65,7 %	65,7 %	64,3 %	64,1 %	61,7 %	63,1 %	58,3 %	60,0 %	53,8 %	54,9 %
65 let a více	19,3 %	19,0 %	20,8 %	20,5 %	25,4 %	23,9 %	29,8 %	27,8 %	33,9 %	32,2 %
Index závislosti	3,4	3,5	3,1	3,1	2,4	2,6	2,0	2,2	1,6	1,7

Index závislosti (Potential Support Ratio) je počítán jako podíl kolik osob produktivního věku (15-64 let) připadá n jednu osobu v postproduktivním věku (65 let a více). Tento index nedeklaruje přesnou potřebu péče, ale jasně definuje demografickou základnu pro případnou péči o seniory. V roce 1950 měl index závislosti v České republice hodnotu 8,2, ještě v roce 1991 byla hodnota tohoto indexu 5,3.

Aktuální hodnoty indexu závislosti a zejména projekce do dalších let jasně ukazují, že je třeba očekávat výrazné zatížení ekonomicky aktivní populace péčí o stárnoucí rodinné příslušníky. Uměrně tomu poroste potřeba zdravotní péče. Kraj Vysočina se v tomto ohledu nikterak neliší a lze předpokládat vývoj shodný s celorepublikovými trendy.

Příjem, dokumentace a předání (plán péče) u pacienta se syndromem geriatrické křehkosti

Pro klinické rozhodování je na křehkost myslet a pojmenovat její příčiny. S tím souvisí i uvedení frailty syndromu v dokumentaci, nejlépe v úvodu diagnostického souhrnu.

Dg. soubor – příklad diagnostického závěru u 80-letého muže, vyšetřeného na interním oddělení v rámci geriatrického konzilia, se závěrem intervence syndromu frailty.

1. *Frailty syndrom (syndrom geriatrické křehkosti), vaskulární demence P-PA-IA2 dle ČALS syndrom instability, dekubit sakrálně I. st, syndrom celkové bolesti*
2. *Resistance syndrom, lehká proteino-kalorická malnutrice, sekundární parkinsonský třes, úzkost*
3. *Chronické srdeční selhání ve stádiu B/C*
4. *Chronická renální insuficience st. II, prerenálně dekompenzována dehydratací*

Diagnostický závěr: doporučuji intervenci syndromu frailty, primárně v oblasti výživy, hydratace a rehabilitací dle možností nemocného. Observace chronických onemocnění, CAVE hypotenze – léčba nesmí snížit TK pod 130/80 v klidu. Nezbytné diskutovat režimová opatření s rodinou, vhodná home care a pečovatelská služba po propuštění, sledování v režimu geriatrické ambulance á 3 měsíce, pravidelné návštěvy praktického lékaře á měsíc.

V případě, že frailty progreduje i přes péči, většinou také s ohledem na přítomné další komorbidity a progredující chronická onemocnění, je zapotřebí zvážit principy kategorizace.

Dg. soubor – příklad diagnostického závěru u 83 letého muže, vyšetřeného na interním oddělení v rámci geriatricko-paliativního konzilia, se závěrem rozvoje geriatrické deteriorace.

- *Frailty syndrom (syndrom geriatrické křehkosti), vaskulární demence P-PA-IA3 dle ČALS – vysoké riziko rozvoje geriatrické deteriorace, imobilizačního syndrom, dekubit sakrálně III. st, syndrom celkové bolesti*
- *Poruchy polykání, středně těžká malnutrice, sekundární parkinsonský syndrom, úzkost, noční delirantní stavy*
- *Chronické srdeční selhání ve stádiu C/D*
- *Chronická renální insuficience st. IV, konzervativní postup*

Diagnostický závěr: z důvodu pokročilého imobilizačního syndromu v návaznosti na těžký průběh frailty, CHSS a CHRI, doprovázené malnutricí a progresí kognitivní deteriorace usuzují, že se jedná o nemocného v EoL care (péči v závěru života) s potřebou specializované paliativní péče. Doporučují kategorizaci DNI (pacient nebude profitovat z intenzivní péče), kvalitní ošetrovatelskou péči, podporu rodině, symptomovou paliativní léčbu. Z pohledu život ohrožujících komplikací zadržena terapie.

Takový pacient by měl být následně posouzen konziliem minimálně 2-3 lékařů, zhodnocen v multidisciplinárním týmu, kategorizace pečlivě dokumentována a je nezbytné ji vysvětlit citlivě rodině nemocného. Takto dokumentovaný postup lze také vnímat jako ochranu pacienta před nadbytečnými výkony a nekvalitní péčí v závěru života. Zároveň ale pomůže eticky a odborně dobře promyslet a zhodnotit oblast kurativně-paliativního pomezí u této skupiny křehkých geriatrických pacientů. Naším cílem v oblasti křehkosti musí být vyvarovat se over-treatmentu, ale stejně tak terapeutického nihilismu.

Indikací geriatrické paliativní péče jsou:

- **Geriatrické syndromy** – syndrom imobility, instability, progresse frailty s nízkou možností její intervence, závislost na péči rodinných příslušníků

- **Přítomnost výrazné symptomové zátěže** – v popředí závažnosti je syndrom celkové bolesti, dušnost, úzkost, delirium. Vhodným nástrojem hodnocení závažnosti jsou škály ESAS (Edmonton symptom assessment scale), PAINAD (pain in alzheimer disease) a MSSE (mini suffering state examination)
- **Pozdní fáze některých onemocnění** – specificky se jedná o pozdní fáze onkologických onemocnění, terminální městnavé srdeční selhání, konečné fáze selhání ledvin, stavy po těžkých, dokonaných mozkových příhodách či syndrom demence.

Nutné je ovšem říci, že paliativní péče není těmto nemocným užitečná jen v posledních týdnech života – její význam je v zahraniční doceněn jako podpora péče kurativní již od časných fází chorob. Například v časných stádiích vývoje syndromu demence je třeba klást důraz na institut dříve vyslovených přání v diskusi s nemocným i jeho blízkými: preferovaná cíle péče v pozdních fázích choroby, organizační zajištění podpory a péče, také edukaci rodinných příslušníků o jejich rolích a možnostech v různých fázích choroby. U středně těžké demence (P-PA-IA klasifikace stupeň 2, Reisberg 3-4) je třeba zesílit zdravotní dohled. Vysoké riziko snížení zdravotního potenciálu a komplikací je při progresi funkčního poškození, poruchách chování s nočními delirii a „sun down“ fenoménem (po snížení oční kontroly v noci, horší světelné podmínky, pacient který část dne prospí – často pod medikací, má snahu odejít z lůžka, fyzickou aktivitu, často s rizikem pádu a například zlomeninou krčku stehenní kosti). Významná je také podpora laickým pečovatelům a opakované sledování nastavení a průběhu péče. Zde musí sehrát roli terénní péče, včetně praktického lékaře v rámci tzv. komunitní péče. Ve fázi pokročilé demence pak je primární pacientův emoční a fyzický komfort, podpora rodiny ve vyrovnání se vývojem nemoci, a také v postoji k rozhodování o život udržující léčbě (sondová výživa, intenzivní péče, udržení péče v přirozeném domácím prostředí). Tématem začíná být příprava rodinných příslušníků na roli pozůstalých.

Projekt ELFis – End of Life Care Information Systém

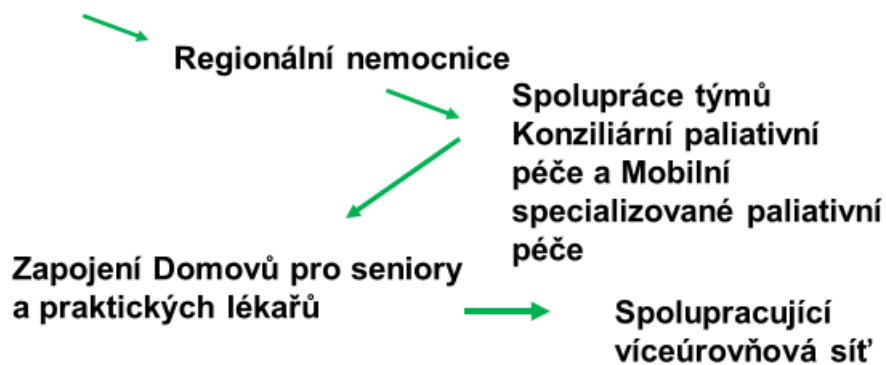
Projekt ELFis je společným projektem Kraje Vysočina a Institutu Bioanalýz Masarykovy Univerzity Brno. Byl zahájen v únoru 2018 jako součást projektu Paliatr Vysočina (www.paliatrvysocina.cz).

Cílem projektu Paliatr Vysočina je síť široce dostupné komplexní péče o závažně chronicky nemocné, nejen v terminálním stavu, ale v posledních měsících až roce jejich života. Jsme ve fázi, kdy jsme zvládli zavedení systému Mobilní specializované paliativní péče (Kraj Vysočina disponuje nyní systémem terénní, 24 hodinové specializované paliativní péče, který pokrývá celé území Kraje). Tento systém nyní chceme stabilizovat.

Součástí stabilizace je navázání do nemocnic, slouží k tomu podpora rozvoje nemocniční konziliární paliativní péče a aktuálně diskuse o vytvoření platformy lůžkové nemocniční paliativní péče.

Paliatr Vysočina - kroky realizace

Mobilní specializovaná paliativní péče

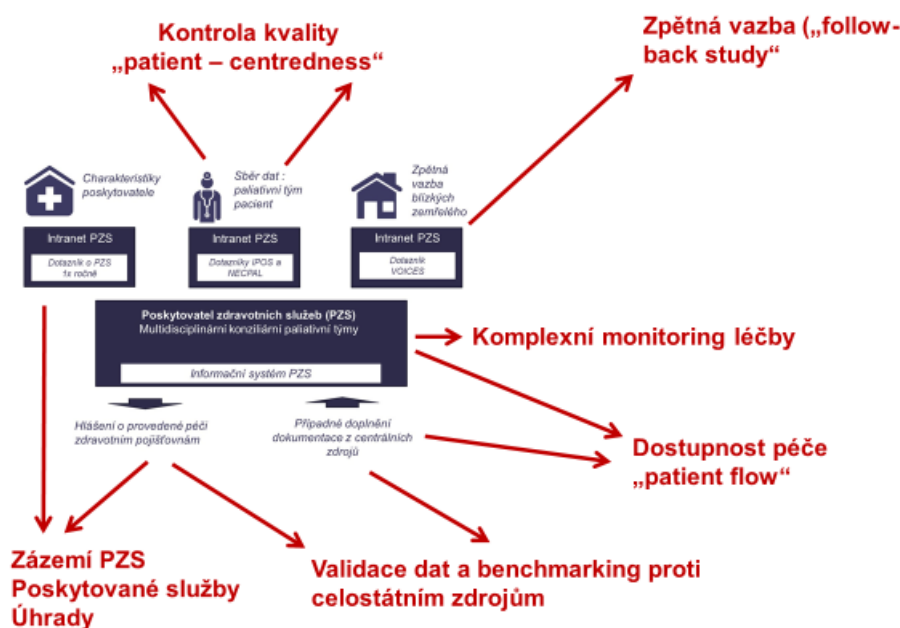


V projektu nám výrazně pomáhá vzdělávání, které aplikujeme průřezově zdravotním a sociálním systémem, ve vzájemné provázanosti. Dalším zásadním prvkem je souběžný sběr dat o charakteru péče, s pomocí Institutu Bioanalýz Masarykovy Univerzity Brno.

Tento kvantitativní sběr nyní hodláme doplnit o kvalitativní data a data o ekonomice poskytované péče tak, abychom se dokázali vyjádřit průběžně o efektivitě našich systémových kroků.

Projekt ELFis (jehož grafické ztvárnění je níže, bližší popis na www.paliativnivysocina.cz) je nyní od 15.4.2019 ve své pilotní fázi s předpokládaným spuštěním v září 2019 nad všemi klíčovými nemocnicemi Kraje Vysočina.

End of life – informační systém (ELFis)



Do budoucna se předpokládá rozšíření na další poskytovatele. Kombinací dotazníkových šetření na indikaci a kvalitu péče v nemocnicích, zpracování dat za bránou nemocnice a jejich zaslepeným (bez osobních dat) vyvedením ke statistickému zpracování dosáhneme při spojení na standardní ze zákona sbíraná data komplexního pohledu na cestu pacienta v systému.

Závěr:

Rozvoj paliativní péče je jednou z hlavních priorit Světové zdravotnické organizace či Evropské Unie ve vztahu k řešení stárnutí populace a zvýšení efektivity péče o chronicky nemocné. Je správné, že i v České Republice se státní správa o tuto tematiku nyní zajímá více a konkrétněji, než v době, kdy jsem jako předseda ČSPM ČLS JEP (Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně) v roce 2013 uváděl

v Praze XIII. Světový kongres paliativní péče, společně s tehdejším ministrem zdravotnictví, doc. Hegrem. V Kraji Vysočina se od roku 2017, po schválení celokrajské strategie rozvoje paliativní péče, daří v projektu Paliatr Vysočina, úzkou spoluprací krajské samosprávy, vedení Kraje a odborníků i poskytovatelů, vytvářet zásadní kroky pro řešení oblasti zdravotně-sociálního pomezí – nyní i do budoucna. Možná není opakovatelný v rámci celé ČR model celého Kraje Vysočina, ale s jistotou jsou opakovatelné konkrétní kroky. Společně s vedením Kraje se snažíme na tato témata již nyní vést diskusi s ostatními kraji a stejně budeme předkládat výsledky projektu ELFis. K inspiraci, či následování.

Literární zdroje:

- Kabelka L. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta, 2017:317 s. ISBN: 978-80-204-4225-3
- Geriatric palliative care, Suzanne Goldhirsch (Author), Emily Chai (Editor), Diane Meier (Editor), Jane Morris (Editor), ISBN-13: 978-0195389319, Oxford, 2015
- www.paliatrvysocina.cz
- www.paliativnidata.cz