

Syndrom geriatrické deteriorace a jeho management v pobytových zařízeních sociálních služeb (resp. DPS)

MUDr. Regina Slámová
Centrum paliativní péče Brno



Osnova

1. Syndrom geriatrické deteriorace
2. Co klienti potřebují
3. Co obsahuje péče
4. Plánování péče
5. Management péče v DPS



Syndrom geriatrické deteriorace

Geriatrické selhávání z neprospívání i přes cílené intervence

Malnutriční stav (BMI pod 22 kg/m²) při již probíhající nutriční podpoře - anorexie

Snižování celkové kondice

Palliative Performance Scale či Karnovského skóre pod 40

Infekce, aspirace, aftozní stomatitidy, kandidózy

Často polymorbidita, příp. malignita

Poruchy chování při demenci (P-PA-IA 3 – rozvinutá demence)

Deprese, spánková inverze, delirantní stavy

Kachexie, svalová slabost

Sociální izolace, pocity vyčerpání a únavy



Co mají klienti (pacienti) společného?

- mají sníženou schopnost sebeobsluhy – jsou závislí na péči, ale často chtějí být co nejvíce soběstační
- mohou mít různé potíže, zdravotní problémy,
- mají potřeby v oblasti psychické, sociální, duchovní (existenciální)
- chtějí mít kontakt s blízkými, aktivity dle individuálních možností
- chtějí důstojně žít a dožít svůj život
- někteří si přejí žít v DS až do konce, nechtějí být hospitalizováni, pokud pro ně nebude prospěšná, ale zároveň chtějí mít „dobrou“ péči
- Někteří v DPS umírají



Co potřebují?

- Sociální péči
- Zdravotní péči – péče dlouhodobá, krizových situací, přiměřená – personalizovaná, srozumitelná, léčba symptomů
- Multidisciplinární přístup
- Plánování péče budoucí (advance care planning)
- Důstojnost a mírnění utrpení i při komplikovaném umírání



Multidimenzionální sledování - **co by nás mělo v péči zajímat**

změny fyzické – porucha rovnováhy, opakované pády , posturální hypotenze, smyslově poruchy, otoky, dekubity

změny ve funkční zdatnosti - závislost na péči (PPS, KI, ADL)

změny v nutrici –váhový úbytek, snižování příjmu stravy a tekutin, porucha polykání (BMI, MNA)

změny ve výskytu symptomů – ESAS, MSSE (přetrvávající příznaky, potřeba medikace), příznaky srdečního a respiračního onemocnění (oxygenoterapie)

změny v oblasti psychické a kognitivních funkcí - zhoršení slovní komunikace, deprese, úzkost, nervozita, zhoršování paměti, nálady, časté delirium (MMSE)



Multidimenzionální sledování - **co by nás mělo v péči zajímat**

změny v oblasti sociální - osamělost, porucha adaptace – zranitelnost, schopnost o sobě rozhodovat, upozornění rodiny na změnu chování

přítomnost chronických chorob (komorbidit)

- **progrese v obl. specifických indikátorů pro konkrétní nemoci**

změny v poskytování péče – závažné symptomy trvají i přes léčbu

- **snížený efekt doposud účinných intervencí**
- **narůstající potřeba ošetrovatelské péče**
- **časté změny zdravotního stavu v posledních 3 měsících**
- **neplánované akutní hospitalizace**
- **přidávání dalších léků, potíže s polykáním, chyby v užívání medikace**



Kazuistika

Pan Jan, 81 let

S chronickým srdečním selháním po několika Q infarktech myokardu, po dvojnásobném aortokoronárním bypassu, EFLK 15%, nechutenství – jí čím dál méně, sipping + cca polovinu porce.

V posledním půlroce 2x hospitalizace na JIP pro plicní edém. Nyní opět hospitalizován. V nemocnici těžký průběh kardiálního selhávání s deliriem, zhoršení mobility. Nabídka LDN.

Nyní: Dušnost NYHA III-IV, otoky končetin, nespavost, deprese, sedne si na lůžku, stoj již nezvládne pro slabost dkk a dušnost. Tbl polyká.

Chce se vrátit do DPS, už nechce jít do nemocnice....řekli mu, že už pro něj nemohou nic udělat...

Může se vrátit do DPS?

Jakou bude potřebovat zdravotní péči?



Plánování péče v závěru života (advance care planning)

Co je důležité pro pacienta

Co chci aby se stalo

Co nechci aby se dělo

S kým jiným o péči můžeme mluvit

Rozhovor s pacientem i rodinou

Dokumentování



Plánování péče v závěru života (advance care planning)

Dřív vyslovené přání

sepisujeme pro případy nebo situace, že bychom nebyli v budoucnu schopni z důvodu svého zdravotního stavu vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí.

(§ 36 zákona o zdravotních službách a v § 38 a následujících občanského zákoníku)

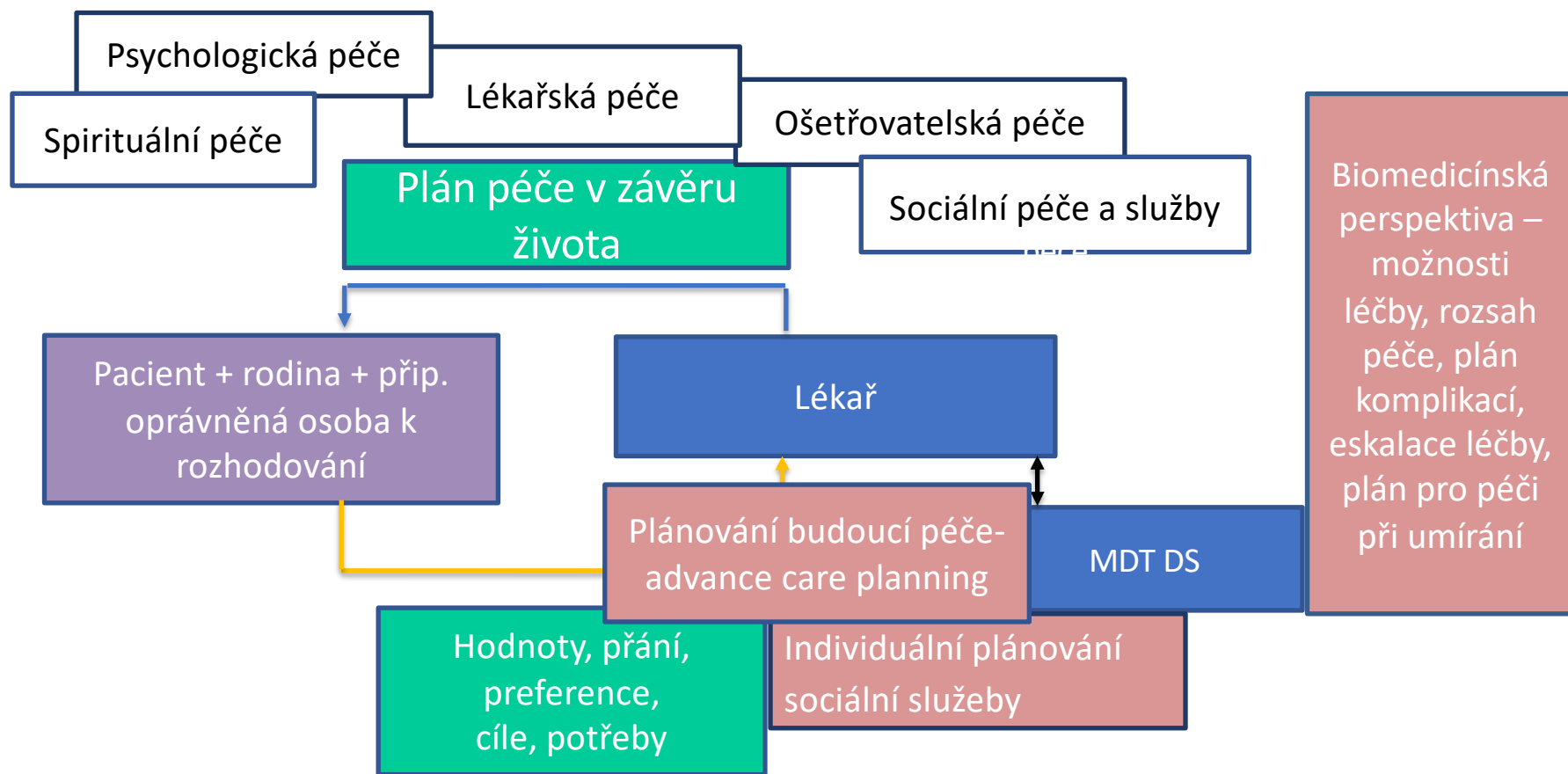
Zástupný souhlas

Pacient může určit osobu, která smí udělit tzv. zástupný souhlas pro případ, že by nastala situace, kdy toho pacient nebude sám schopen. Jeho zástupce je povinen brát zřetel na příp. dříve vyslovená přání, pokud je pacient formuloval.

[§ 33 odst. 1 a § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách.](#)



Plánování péče v závěru života (plán péče budoucí) u klientů v DPS



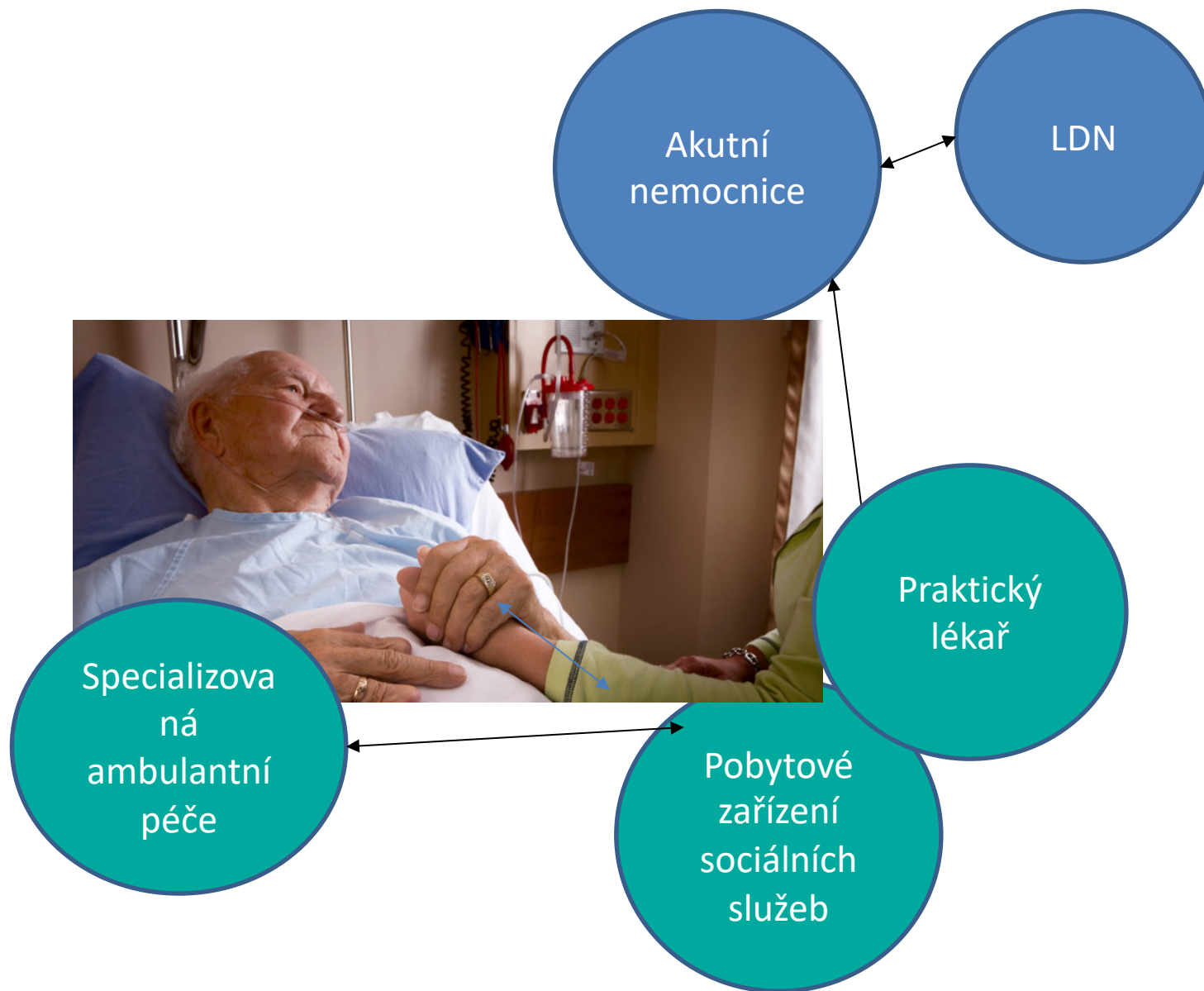
Spolupráce

Rainy day thinking.



“Hope for the best but
prepare for the worst.”

the **gold standards**
framework
enabling Gold Standard Care for
everyone in the last years of life



Důstojnost a mírnění utrpení i při komplikovaném umírání

1. Přehodnocení cílů péče
2. Management symptomu – hodnocení, ovlivnění, přehodnocení
3. Zjištění potřeb pečujících
4. Změna léčby – dostupnost lékaře 24/7 ?, plán řešení akutních komplikací
5. Změny v ošetrovatelské péči, pomůcky
6. Aplikace léků – parenterální
7. Aktualizace multidimenzionálního terapeutického plánu Doprovázení, soukromí, loučení
8. Péče o pozůstalé



Pilíře péče o pacienty se sy geriatrické deteriorace v DPS

Paliativní přístup v DS

Spolupráce zdravotních
a sociální služby s cílem
umožnit klientům
dožít, kde si přejí



Plánování péče v závěru
života u klientů DS

Zajištění potřebné
zdravotní péče, péče při
zdravotních
komplikacích, péče při
umírání



Management v DPS pro poskytování této péče

Interní témata

1. **Ošetrovatelskou péči 24/7** – co obsahuje? (podávání parenterální medikace, infuze, zhodnocení a léčba symptomů, režimová opatření, komunikace s rodinou, komunikace v MDT, péče při umírání)
2. **Multidisciplinární spolupráce a plánování péče** – dokumentace
3. **Procesní, technické a personální vybavení**
4. **Pracovníci** mají schopnosti, dovednosti, znalosti, zkušenosti a kapacitu.

Externí témata

1. Organizačně provázaná a spolehlivá spolupráce s **praktickým lékařem (koordinátor péče)**
2. Spolupráce s **nemocnicí**, dalšími poskytovateli zdravotních služeb



O jaké péči mluvíme?

Identifikace pacientů s postupným zhoršováním stavu

Dle pravděpodobné trajektorie nemoci plánování a
přizpůsobování péče

Využívání intervencí ke zlepšení zdravotního stavu

Rozhodnutí dalšího postupu – limitace péče – risk x benefit

Paliativní péče je péče

proaktivní a koordinovaná, multidisciplinární **v fázi pokročilých chronických chorob doplňuje léčbu kauzální** a ve fázi terminální se jedná o symptomatickou péči, cílí na potřeby pacientů a jejich rodin v kontextu progresivních chorob.



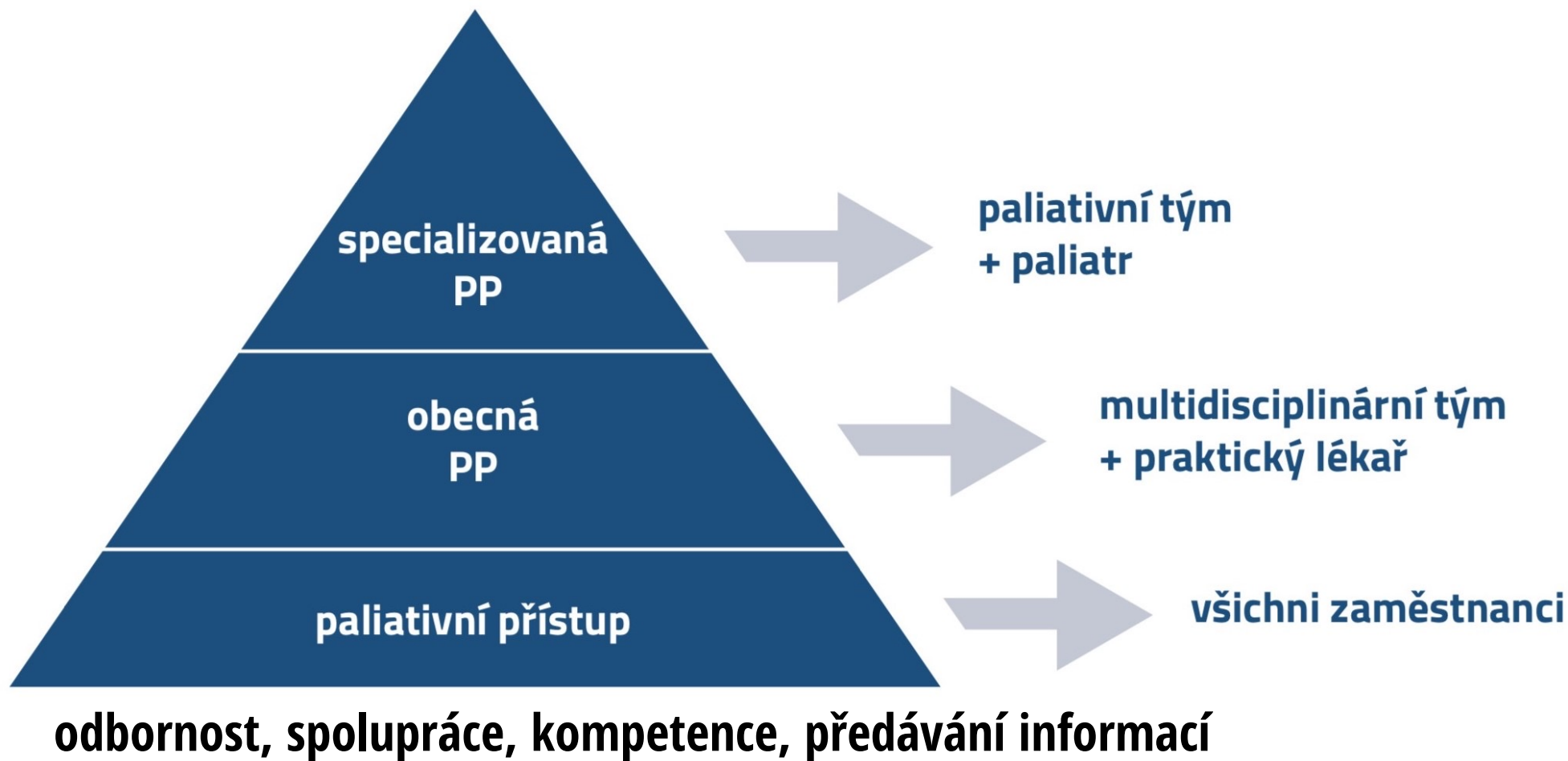
Dvě úrovně paliativní péče

Obecná PP: dobrá klinická péče o pacienta v závěru života poskytovaná v rámci dané odbornosti (ambulantní specialisté, PL, home care, LDN..)

Specializovaná PP: Určena pro zvláště složité pacienty , lékař-paliatr, multidisciplinární tým



Paliativní péče v domovech pro seniory



	Ambulance paliativní medicíny	Mobilní specializovaná paliativní péče
Způsob péče	konziliární, návštěvy, telefonické kontakty	převzetí do péče , 24/7
Výhody	časná paliativní péče konzultace pro PL, sestry DS přizpůsobení potřebné intenzity péče	trvalá podpora – pacient, rodina, personál DS Zvýšení kapacity – péče pro všechny?
Limity	indikace přijetí? - identifikace trvalá konzultační možnost lékaře (24/7) rizika distanční práce ekonomická nestabilita služby	Kdy? souběh odborností 926 a 913
Doba péče	Měsíce/rok(y)	Dny/týdny



Metodické doporučení Fóra mobilních hospiců (FMH)

Metodické doporučení

Spolupráce poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových zařízení sociálních služeb

Metodika vznikla v pracovní skupině Fóra mobilních hospiců,
které sdružuje většinu mobilních hospiců v ČR

Kolektiv autorů: MUDr. Regina Slámová, Mgr. et Mgr. Karolína Pechová,
JUDr. Barbora Steinlauf, MA, PhD., MUDr. Irena Zavadová, MUDr. Pavel Svoboda,
MUDr. Hana Miličková, Ing. Eliška Hájková

Vydává FMH v r. 2022



Centrum paliativní péče Brno



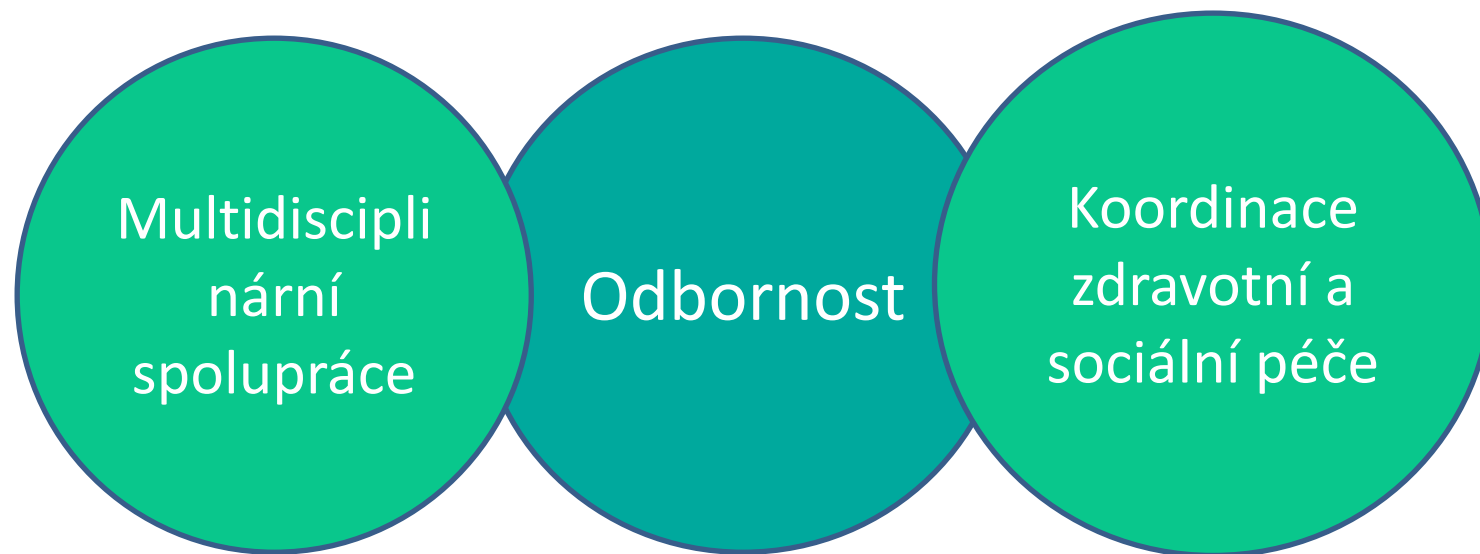
Sdružení zdravotnických zařízení II BRNO, příspěvková organizace

Závěr - co by měla obsahovat péče

1. **Multidimenzionální hodnocení**
2. **Posouzení stádia nemoci a možností a pravděpodobného vývoje**
3. **Identifikace hodnot, priorit a potřeb pacienta a jeho blízkých a zahájení plánování péče budoucí**
4. Zvážit další typy a formy péče, oslovit vybrané služby
5. Sestavení multidisciplinárního terapeutického plánu
6. **Zajištění koordinace péče (case management, personalizovaná péče)**
7. Pravidelná aktualizace doporučení a **sdílení informací**



Cíl péče
Zajištění náležité péče ZDRAVOTNÍ i SOCIALNÍ
s ohledem na hodnoty a potřeby klientů





www.paliativnipecbrno.cz



www.polza.cz

Děkuji za pozornost!

regina.slamova@polza.cz