

Rozhodování o léčebném plánu v domovech pro seniory

MUDr. Regina Slámová
Centrum paliativní péče Brno



Kazuistika – paní Jana

87letá imobilní pacientka s demencí těžkého stupně s dysfagií, těžkou kognitivní poruchou (téměř nemluví, rodinu spíš nepoznává) , imobilitou – sama se nehýbe, složité polohování.

OA: Demence těžkého stupně, smíšené etiologie (MMSE 6/30 před rokem, 18/30 před 3 roky), Kachexie, sarkopenie, imobilita, Stav po TIA před 3 roky v levé přední mozkové cirkulaci,

Parkinsonský syndrom vaskulární etiologie (rigidita, hypokinese), Anémie normocytární chronická, Glaukom oboustranně.

SA: bývalá zdravotní sestra, má syna a dceru, syn se o nemocnou staral 3 roky, před ½ rokem přijata do domova pro seniory

Medikace: Nutridrink 2x d, Godasal, Omeprazol, Oxazepam, Rosucard, Travatan gtts do očí



Rozhodování 1

V DPS popisováno sestrou celkové zhoršení stavu, chrčivé dýchání a zhoršení dysfagie, nepolyká tekutinu ani léky.

Při přijetí zjištěna kvantitativní porucha vědomí až charakteru soporu, susp. při rozvíjející se sepsi Diagnostikována levostranná pneumonie a uroinfekt, dekubitus I. st. na levém boku.

Podávána komplexní interní medikace, při druhých antibioticích pokles zánětlivých parametru.

Pacientka je zcela imobilní, neorientována, verbálně nekomunikuje, příjem per os velmi problematický, ale při úpravě konzistence jídla a stravovací techniky nemocná zvládla přijímat kašovitou stravu v malých porcích.



Rozhodování 1

Jaké jsou možné léčebné postupy, o čem je třeba rozhodnout?

Kdo rozhoduje o dalších léčebných postupech?

Jak dále postupovat v organizaci péče?



Témata k rozhodování

došetření dysfagie

řešení anemie

zajištění výživy a tekutin

léčba Parkinsonova syndromu

rehabilitace

jaký zvolit přístup k dalším výkyvům či komplikacím zdravotního stavu

jakou doporučit medikaci

kdo zajistí péči



Věty z rozhovoru se synem

Prioritou pro syna je důstojné dožití jeho matky, aby nemusela opakovaně měnit místo péče, pokud to nebude pro ni benefitem. Tak si to přála jako zdravotní sestra, která pracovala na LDN.

Zavedení PEG a navýšení výživy nepovede v této fázi nemoci k váhovému přírůstku ani zlepšení funkčního stavu a nezabrání riziku aspirace.



Péče po propuštění

Pacientka je propuštěna do domova pro seniory. Praktický lékař společně se sestrami a multidisciplinárním pečujícím týmem v domově zajišťuje další péči.

Při zdravotních komplikacích zvažují společně se synem nemocné přiměřenou péči, tj. péči s nejvyšším benefitem pro nemocnou a dle toho zajišťují zdravotní péči.

I při polykacích potížích již není potřeba zvažovat zavedení PEG ani NGS, zajištěna preventivní režimová opatření k prevenci aspirace.

Dohoda na nerozšiřování péče na akutní lůžko.



Péče po propuštění

Při zhoršení poruchy polykání využívá lékař terapeutický pokus s podáváním subkutánní hydratace (500 ml FR denně).

Dochází k přechodnému zlepšení polykání a obnovení bazálního perorálního příjmu.

Pravidelně kontrolovány symptomy a potřeby pacientky.

Komunikace s rodinou.

Nemocná umírá v domově pro seniory po 7 měsících.

V uvedeném období nebyl nutný žádný výjezd ZZS ani hospitalizace na akutním lůžku.

Spolupráci s paliatrem či domácím hospicem v tomto případě nevyužili.



Rozhodování 2

V DPS popisováno sestrou celkové zhoršení stavu, chrčivé dýchání a zhoršení dysfagie, nepolyká tekutinu ani léky

Mohla by zůstat klienta v domově pro seniory?

Byl by to správný postup?



Úskalí rozhodování o léčebném plánu v domově pro seniory

Hospitalizace při komplikacích

Léčba antibiotiky

Podávání medikace s záměrem prevence

Postup při dysfagii

Postup při zhoršování kognitivních funkcí

Postup při novém neurologickém deficitu

Komplikace při orgánových selháních (dušnost, poruchy vědomí)

Podávání parenterální hydratace

Rozhodnutí o péči cílené na komfort nemocného v závěru života



Co je přiměřená péče u geriatrických pacientů?

Identifikovat pacienty s postupným zhoršováním stavu

Dle pravděpodobné trajektorie nemoci a preferencí a potřeb pacienta či jeho blízkých plánovat a přizpůsobovat péče

Využívat přiměřené intervence ke zlepšení zdravotního stavu

Využívat souběh péče kauzální a symptomatické

Rozhodování o dalším postupu – limitace péče – risk x benefit

V terminální fázi cílit na péči symptomatickou cílenou na prevenci dyskomfortu



Komunikace cílů léčby a péče a léčebného plánu – sdílené rozhodování

Zástupný souhlas § 34 odst. 7 ZSS – osobou určenou pacientem nebo zákonem - vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

Dříve vyslovené přání – ZSS, občanský zákoník

Zákonný zástupce - opatrovník

Koncept Advance care planning (ACP) – sdílené rozhodování



Podmínky pro rozhodování v domově pro seniory

1. Komunikace o cílech péče s klienty
2. Komunikace o cílech péče s osobou k zástupnému rozhodování
3. Časový plán pro individuální rozhovory o plánu péče budoucí
4. Plánu budoucí péče rozumí MDT domova pro seniory, podmínky pro jeho plnění
5. Sdílení plánu péče mezi poskytovateli péče
6. Péče o pacienta v kontextu plánu budoucí péče a jeho aktualizace
7. Dokumentace plánu péče





Děkuji za pozornost.
regina.slamova@polza.cz



Centrum paliativní péče Brno



Sdružení zdravotnických zařízení II BRNO, příspěvková organizace