

Multidisciplinarita/polymorbidita a neonkologická onemocnění v PP



MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.
Mobilní hospic sv. Zdislavy Třebíč,
nemocnice Třebíč, Kraj Vysočina, ČSPM ČLS JEP

Proměna potřeb v českém zdravotním a sociálním systému?

Polymorbidita – rozhodování

(cca do 80 let)

Frailty – polymorbidita a sociální kontexty

(cca nad 80 let)

Cíl: zachytit včas polymorbiditu a frailty, posoudit, podpořit

Správný pacient, správná péče,
správné místo

Indikace...6 měsíců

- Surprise question
- 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

Indikace geriatrické paliativní péče

- **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

Syndrom selhání z prospívání v geriatrici

- geriatric failure to thrive , geriatrická deteriorace

- Nutriční stav (BMI méně či rovno 22 kg/m²), malnutrice, již probíhající nutriční podpora bez efektu, či není možná
- Snižování celkové kondice ve dnech až týdnech
- Palliative Performance Scale či Karnofského skóre rovno či menší 25-30
- Infekce, aspirace, aftosní stomatitis či kandidóza
- Doprovodné aktivní malignity v pokročilém stádiu
- Poruchy chování při demenci (stupeň demence P-PA-IA 3), deprese, spánková inverze, recidivující delíria
- Obtížně kompenzovatelné komorbidity, kachexie, únava a svalová slabost
- Výrazné snížení chuti k jídlu až neschopnost perorálního příjmu
- Sociální izolace, demotivace, redukce spontaneity

Palliative performance scale

%	Ambulation	Activity Level Evidence of Disease	Self-Care	Intake	Level of Consciousness	Estimated Median Survival in Days (a) (b) (c)		
100	Full	Normal No Disease	Full	Normal	Full	N/A	N/A	108
90	Full	Normal Some Disease	Full	Normal	Full			
80	Full	Normal with Effort Some Disease	Full	Normal or Reduced	Full			
70	Reduced	Can't do normal job or work Some Disease	Full	As above	Full	145		
60	Reduced	Can't do hobbies or housework Significant Disease	Occasional Assistance Needed	As above	Full or Confusion	29	4	
50	Mainly sit/lie	Can't do any work Extensive Disease	Considerable Assistance Needed	As above	Full or Confusion	30	11	41
40	Mainly in Bed	As above	Mainly Assistance	As above	Full or Drowsy or Confusion	18	8	
30	Bed Bound	As above	Total Care	Reduced	As above	8	5	
20	Bed Bound	As above	As above	Minimal	As above	4	2	6
10	Bed Bound	As above	As above	Mouth Care Only	Drowsy or Coma	1	1	
0	Death	-	-	-	--			

1.Survival post-admission to an inpatient palliative unit, all diagnoses (Virik 2002).

2.Days until inpatient death following admission to an acute hospice unit, diagnoses not specified (Anderson 1996).

3.Survival post admission to an inpatient palliative unit, cancer patients only (Morita 1999).

ESAS – Edmonton symptom assessment scale

Numerical Scale
Regional Palliative Care Program

Please circle the number that best describes:

No pain 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible pain

Not tired 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible
tiredness

Not nauseated 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible nausea

Not depressed 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible
depression

Not anxious 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible anxiety

Not drowsy 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible
drowsiness

Best appetite 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible appetite

Best feeling of
wellbeing 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Worst possible feeling
of wellbeing

Paliativní konzilium

- **„SURPRISE QUESTION“**
- **VÁŽENÝ PANE DOKTORE, BYL BYSTE PŘEKVAPEN, POKUD VÁŠ PACIENT ZEMŘE V NEJBLIŽŠÍCH 3 (několika) MĚSÍCÍCH V SOUVISLOSTI S PŘIROZENÝM VÝVOJEM SVÝCH ONEMOCNĚNÍ?**

VÍCEÚROVŇOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE – např. rakouský model

	Typ paliativní péče		
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí	
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, v ČR neexistující služba)	Nemocniční paliativní konziliární týmy
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče		Mobilní specializovaná paliativní péče
			Mobilní specializovaná paliativní péče, stacionáře

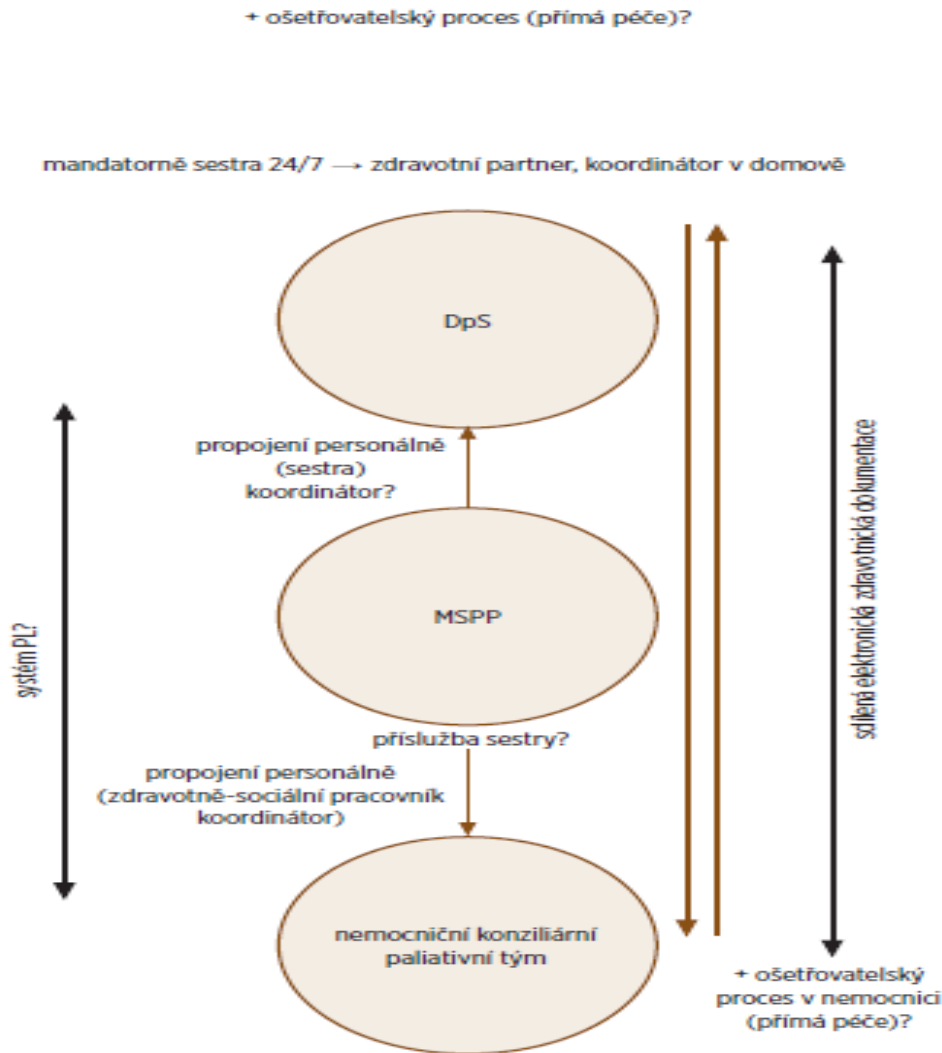
Vytvoření paliativního programu?

- Rozpoznání, že nemocný je v paliativní péči
- Partnerství s nemocným a jeho blízkými
- Vynikající oš. péči, symptomovou diagnostiku a léčbu
- Respekt a pokora k přáním nemocného a jeho blízkých
- Etika v rozhodování o plánu péče
- Cílená práce s životní bilancí a spiritualitou nemocného
- Psychologická péče a snaha o naplnění života s nemocí

Struktura služeb

- v každém regionu dostupná ambulance paliativní medicíny (720)
- Mobilní specializovaná paliativní péče, nemocniční konziliární paliativní tým, lůžka paliativní péče v rámci následné nemocniční péče a akutní nemocniční paliativní lůžkové kapacity
- **ev. lůžkový hospic** (po vytvoření ostatních typů služeb v rámci stávajícího systému a po zhodnocení potřebnosti)

Sociálně- zdravotní pomezí



- Ošetrovatelská podpora a diagnostika dostupná 24/7
- Dostupnost kvalifikovaného rozhodnutí lékaře 24/7
- Plán péče nastavuje kvalifikovaně praktický lékař, ve spolupráci s paliatrem, nebo v rámci indikované nemocniční hospitalizace.
- Součástí je pečlivá komunikace s rodinou pacienta
- Vzdělávání a reflexe všech klinických zaměstnanců domova – nejlépe ve spolupráci s mobilními paliativními týmy

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.



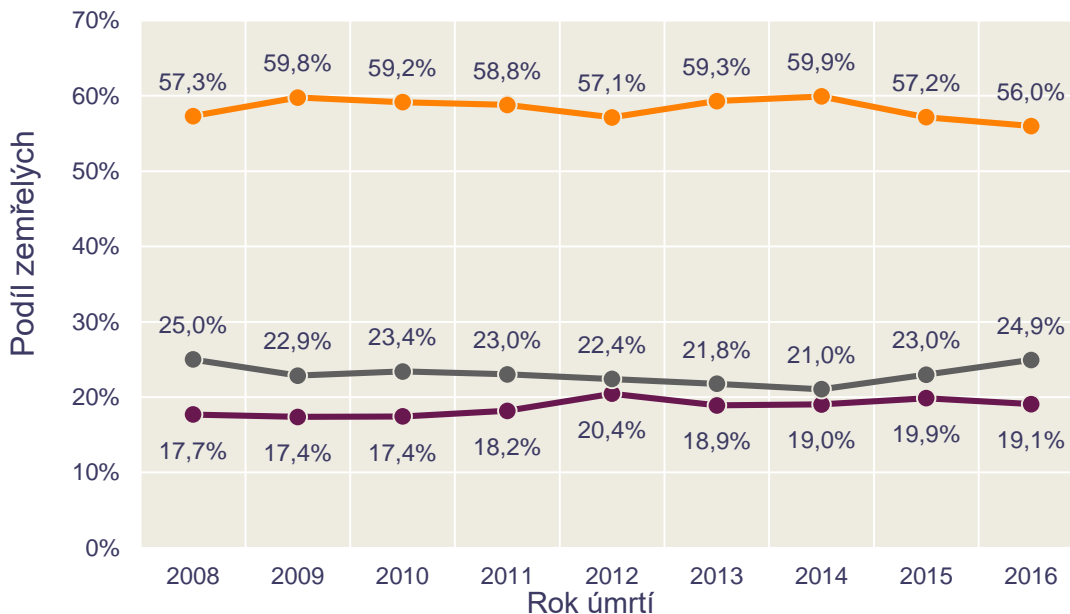
58 % všech úmrtí je výsledkem eskalace déle trvajících problémů.

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

Existuje významná skupina obyvatel Vysočiny, kteří při očekávatelném úmrtí čerpají péči v závěru života mimo kraj? A kde?



12 % úmrtí obyvatel Kraje Vysočina se odehrává ve zdravotnickém zařízení **mimo kraj**.

Jedná se v průměru o 460 zemřelých ročně.

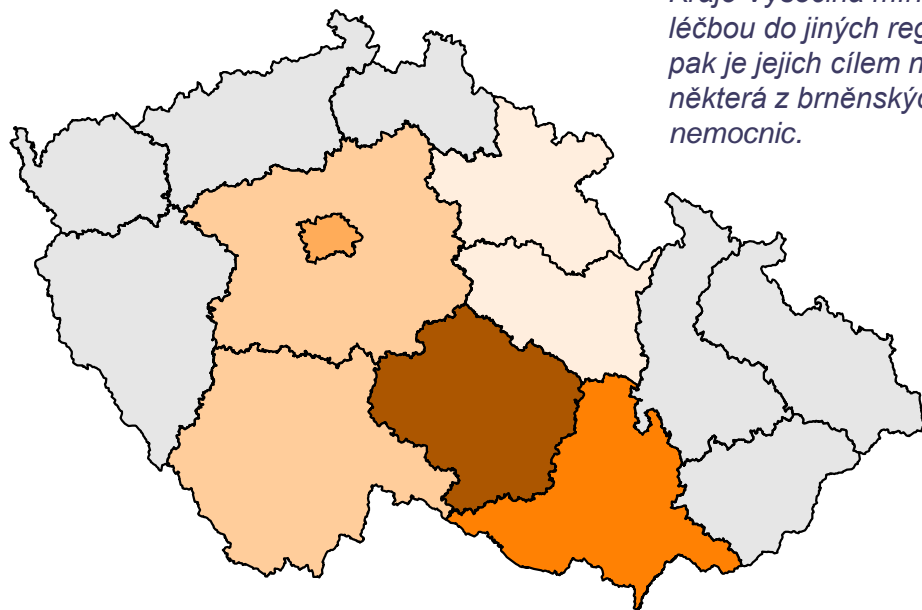


67 % úmrtí **mimo kraj** Vysočina jsou úmrtí z očekávaných příčin.

Mimo kraj tedy umírají častěji chroničtí pacienti.



Tím co vede nemocné v závěru život k tomu, aby se léčili mimo Kraj Vysočina jsou nejčastěji **onkologická onemocnění**.



Pokud terminálně nemocní z Kraje Vysočina míří za léčbou do jiných regionů, pak je jejich cílem nejčastěji některá z brněnských nemocnic.

	zemřelých obyvatel Kraje Vysočina ročně
Fakultní nemocnice Brno	53
Masarykův onkologický ústav	36
Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně	18
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	13
Nemocnice Dačice, a.s.	12
Diecézní charita Brno-DLBsH sv. Josefa	10
Nemocnice Znojmo, p.o.	8
Nemocnice České Budějovice, a.s.	8
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	8
Fakultní nemocnice Hradec Králové	8
Městská nemocnice Čáslav	7
Fakultní nemocnice v Motole	6
Centrum kardiovaskulární a transplantáční chirurgie Hospic Chrudim z.ú.	6
Poličská nemocnice, s.r.o.	5
Hospic Sv. Alžběty o.p.s.	5
Nemocnice Tábor, a.s.	5
Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé	5
Institut klinické a experimentální medicíny	5
Nemocnice Ivančice, p.o.	4

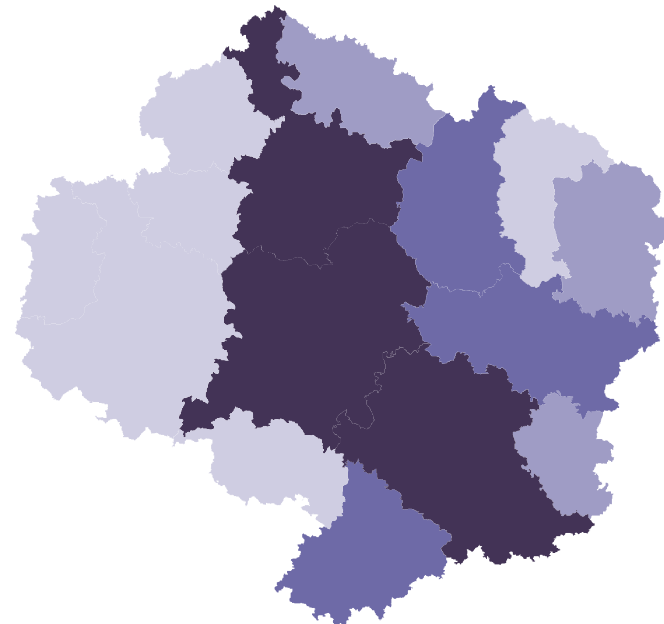
20 nemocnic s největším podílem na péči o umírající chronicky nemocné z Kraje Vysočina v období 2008-2016

Kolik osob je závislých na péči?



Ke konci roku 2016 žilo na Vysočině **13 298** osob **starších 65 let** pobírajících **příspěvek na péči**.
5 234 pobíralo dokonce příspěvek **III. či IV. stupně**. Jednalo se tedy o osoby zcela závislé na péči okolí.

Osoby 85+ s III. či IV. stupněm závislosti



- Více než 200
- 150-200
- 100-150
- Méně než 100

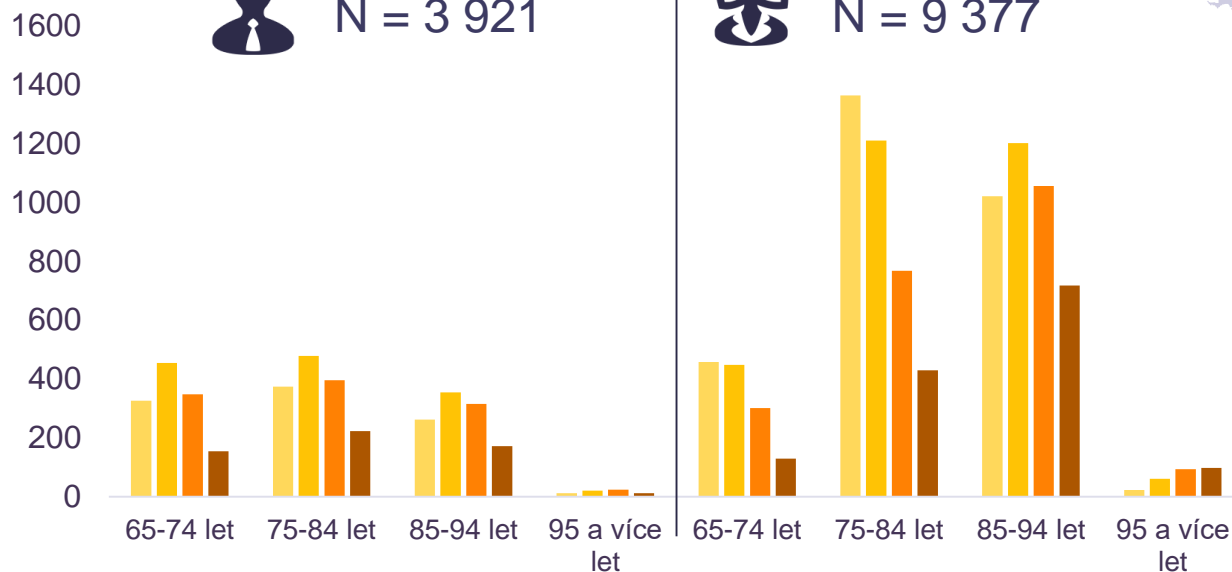
Zdroj dat: MPSV – data k 31.11.2016



N = 3 921



N = 9 377



Stupeň závislosti I. II. III. IV.

Počet osob pobírajících příspěvek

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.



Z osob žijících v **zařízení sociální péče** jich **36 %** zemře v tomto zařízení

*Jen 50 % z nich umírá v nemocnici.
Je to méně než u osob žijících doma.*



Za poslední **3 měsíce života** stráví obyvatelé domovů pro seniory v průměru **tři týdny na lůžku v nemocnici**.

Je to hodnota srovnatelná s těmi, kdo bydlí doma.



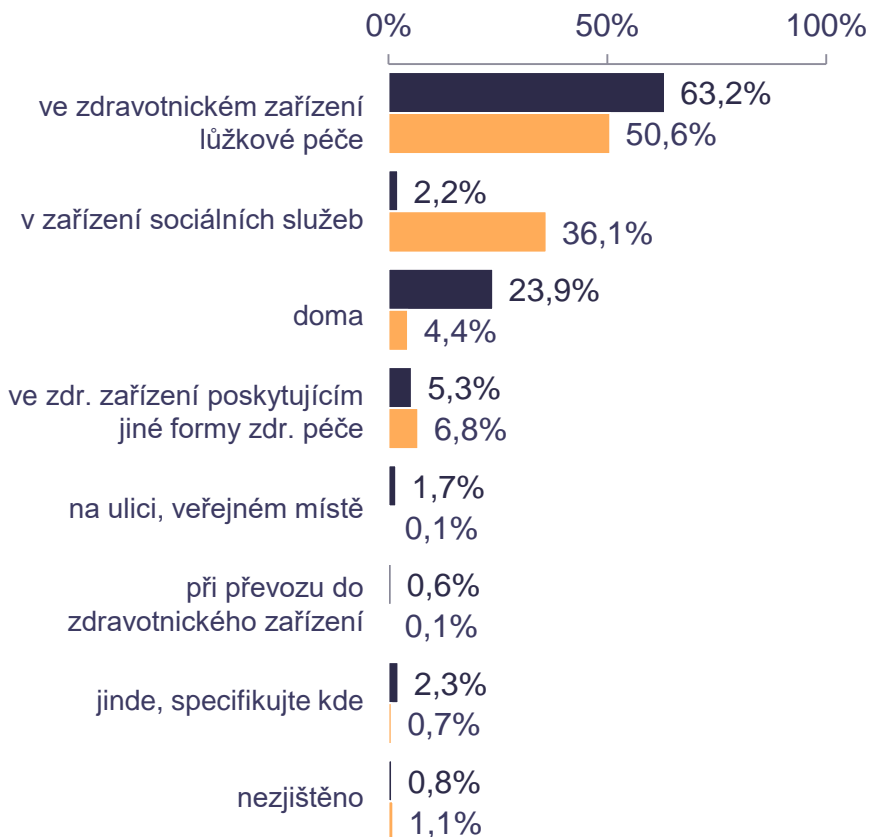
Umírají-li obyvatelé sociálních zařízení v nemocnici, je to **ve 29 % po neodkladné hospitalizaci**.

V obecné populaci je toto číslo přibližně 35 %.

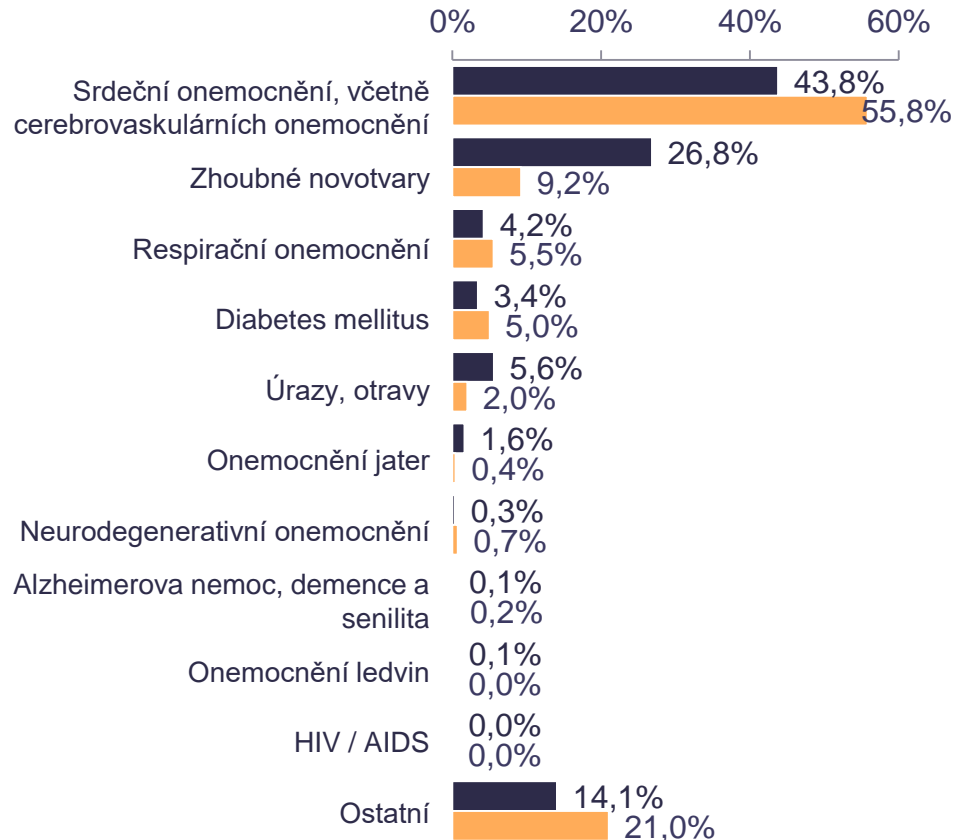
Obyvatelé sociálních zařízení pro seniory představují z hlediska zdravotního stavu specifickou populaci. Jedná se o osoby, které se již dožily relativně vysokého věku. Mezi klienty domovů pro seniory je tak výrazně méně onkologických pacientů. Zhoubné novotvary zapříčiňují méně než 10 % úmrtí. Klienti 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.

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

Místo úmrtí (podíl zemřelých)



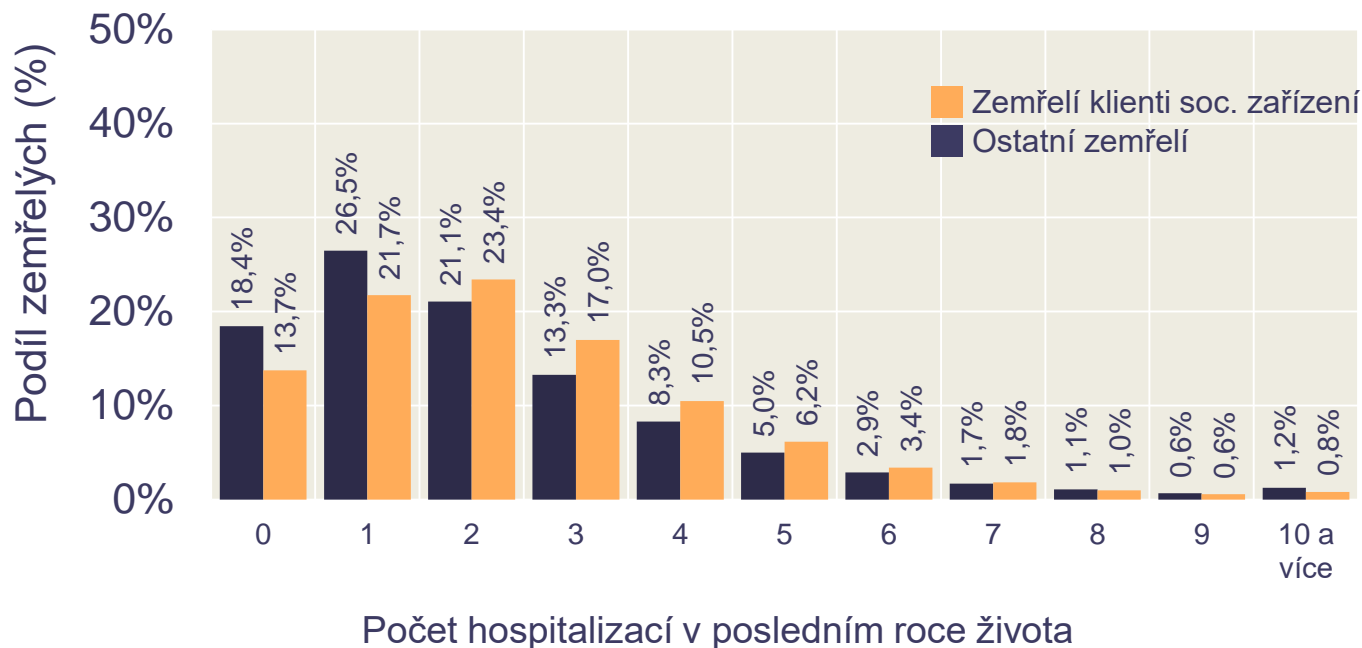
Příčina úmrtí (podíl zemřelých)



 Zemřelí klienti soc. zařízení
 Ostatní zemřelí

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.).

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

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 3036	1465 2277	1776 2636	2 (1-12) 2 (1-19)	2 (1;6) 2 (1;5)	I00-I52, I60-I69
Zhoubné novotvary	572 662	681 607	1090 1036	3 (1-23) 3 (1-15)	2 (1;7) 2 (1;6)	C00-C97
Úrazy, otravy	120 172	77 117	107 110	2 (1-10) 2 (1-8)	2 (1;5) 2 (1;5)	S00-S99, T00-T98
Respirační onemocnění	286 349	227 213	287 267	2 (1-13) 2 (1-12)	2 (1;6) 2 (1;5)	J06-J18, J20-22, J40-J47, J96
Diabetes mellitus	120 205	92 176	161 248	3 (1-11) 2 (1-14)	2 (1;7) 2 (1;5)	E10-E14
Onemocnění jater	18 19	9 8	14 19	2 (1-6) 2 (1-10)	2 (1;5) 2 (1;6)	K70-K77
Neurodegenerativní onemocnění	7 4	11 8	13 4	3 (1-8) 2 (1-8)	2 (1;6) 2 (1;8)	G10, G20, G35, G122, G903, G231
Alzheimerova nemoc, demence a senilita	61 132	68 115	77 125	2 (1-8) 2 (1-8)	2 (1;5) 2 (1;5)	F01, F03, G30, R54
Onemocnění ledvin	41 37	25 37	41 41	3 (1-11) 2 (1-10)	2 (1;7) 2 (1;5)	N17, N18, N28, I112, I113
HIV / AIDS	0 0	0 0	0 0	- -	- -	B20-B24
Ostatní	414 684	300 423	355 1601	2 (1-13) 2 (1-16)	2 (1;5) 2 (1;5)	

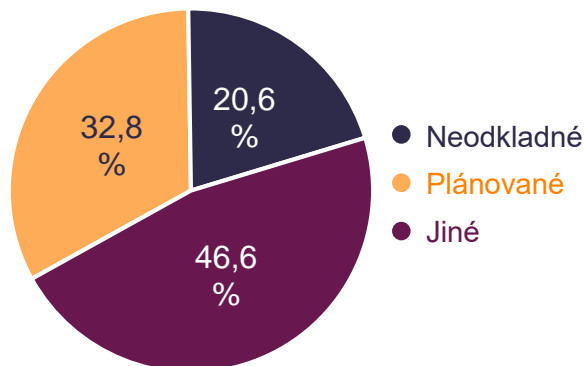
■ Muži

■ Ženy

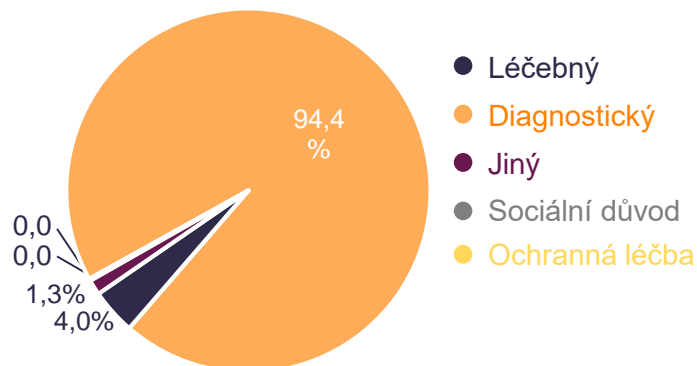
Hospitalizace osob starších 75 let v posledním roce života

- čísla ovlivněna způsobem vykazování

Způsob přijetí pacienta



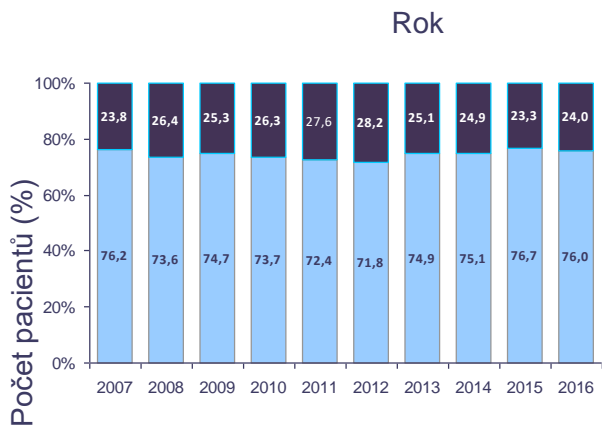
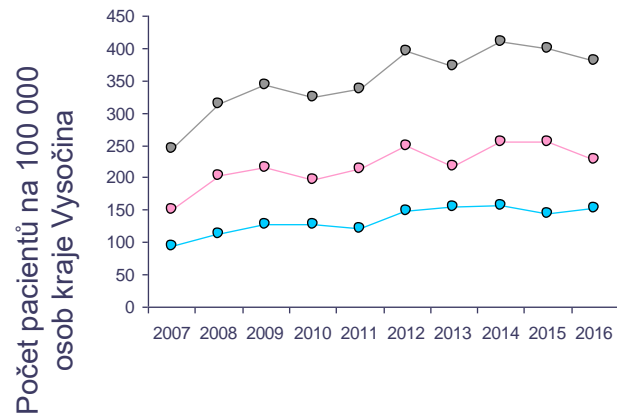
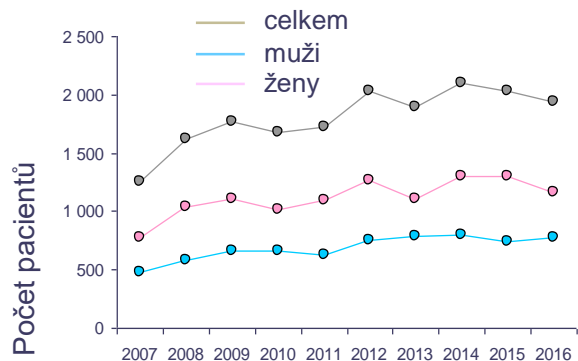
Důvod přijetí pacienta



Přijetí doporučil



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



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

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

Jaká je potřeba paliativní péče?

Table 5. Numbers needing palliative care in England, for the period 2006–2008 and annually, estimated and compared using four different methods.

		n (2006–2008)	n (annually)	Percentage of all deaths	Confidence intervals (95%)	
					Lower limit	Upper limit
Higginson ¹	Pain	854,936	284,979	60.28	60.20	60.36
	Breathlessness	554,787	184,929	39.11	39.03	39.20
	Depression	432,481	144,160	30.49	30.42	30.57
Rosenwax et al. ⁷	Minimal estimate	524,906	174,969	37.01	36.94	37.07
	Maximal estimate	1,370,301	456,767	96.61	96.58	96.64
Gómez-Batiste et al. ⁸	Estimate	1,063,763	354,588	75% ^a		
Murtagh (methods developed in this article)	Minimal estimate	893,956	297,985	63.03	62.95	63.11
	Intermediate estimate – lower limit	980,056	326,685	69.10	69.02	69.17
	Intermediate estimate – upper limit	1,161,201	387,067	81.87	81.81	81.93
	Maximal estimate	1,370,301	456,767	96.61	96.58	96.64
Total deaths		1,418,351	472,784	100		

^aThe actual numbers are derived from the per cent; therefore, 95% confidence intervals are not presented.

Odhady potřeb paliativní péče jsou vždy zatíženy chybou. Dle dostupné zahraniční literatury však lze předpokládat, že minimálně 60 % všech úmrtí představuje nějakou potřebu paliativní péče.



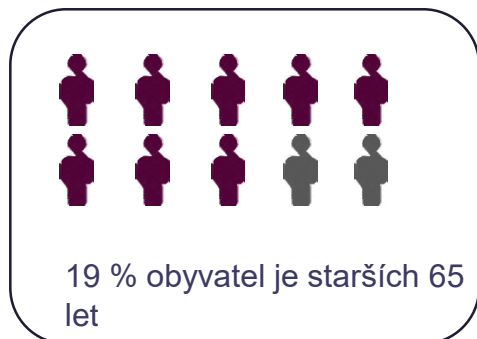
Téměř u všech umírajících z chronické příčiny lze očekávat potřebu některé z forem paliativní péče.

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

Ročně zemřou na Vysočině dvě až tři děti na onkologické onemocnění. Paliativní péči o děti je potřeba formovat jako zcela personalizovanou službu.

Jaký vývoj lze očekávat do budoucna?

2017



Naděje na dožití 2017



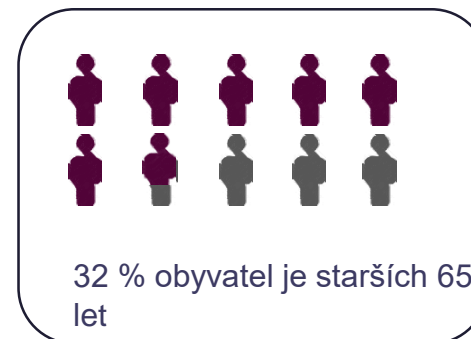
77 let



83 let

Populace kraje masivně stárne.
Index závislosti je dnes 3,4, ale v roce 2050 bude už pouze 1,6.

2050



Naděje na dožití 2050



84 let



88 let

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 dekádách.

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	141 060	2 819 163	153 124	3 158 657
Podíl 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	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 na 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. Úměrně tomu poroste potřeba zdravotní péče. Kraj Vysočina se v tomto ohledu nikterak neliší a lze předpokládat vývoj shodný s celorepublikovými trendy.

End of life – informační systém (ELFis)

Existující data NZIS představují robustní data o hospitalizační historii a umírání nicméně neumožňují posuzovat kvalitu života nebo poskytnutou péči. Pro skutečně validní popis problematiky závěru života se tedy jeví jako nutné vytvořit metodiku pro sběr těchto měkkých dat.

Návrh ELFis kombinuje dotazování na několika úrovních systému (instituce – lékaři – rodina), tak aby bylo možné vytvořit komplexní pohled na všechny základní aspekty umírání.



- Roční opakovaný sběr informací od poskytovatelů zdravotních služeb.
- On-line administrace (REDCap)
- Vlastní dotazník
- Agregovaná data



- Monitorování symptomů a péče u pacientů v závěru života
- Vyplňuje konziliární paliativní tým
- On-line administrace (REDCap)
- Dotazníky IPOS a NECPAL
- Anonymní údaje
- Není nutný informovaný souhlas
- Není možné propojit závěr života v různých ZZ



- Mapování závěru života dotazováním pozůstalých
- Administruje poskytovatel zdravotních služeb, vyplňuje blízký příbuzný
- Vyplňováno na papíře, případně i on-line (REDCap)
- Dotazník VOICES
- Anonymní údaje

Vzdělávání

- 6/2018 na Vysočině proběhly Krajskou lektorskou skupinou připravené a koordinované (viz. www.paliatrvysocina.cz) interaktivní, multidisciplinární týmové kurzy ELNEC, nyní je již ovlivněno tímto základním vzděláním v paliativní péči na 51 profesionálů – především sester, také lékaři a sociální pracovníci, z nemocnic, mobilních týmů, ambulantní a sociální péče.
- 6/2018 se připravuje vznik vzdělávací instituce, zřízené pod Krajem Vysočina a nemocnicí Třebíč: **Zdravotní a Sociální Institut Vysočina.**
- Od 1/2018 je otevřen a postupně propracováván webový portál www.paliatrvysocina.cz – dalším krokem je například práce na vytvoření interaktivní mapy služeb, nebo podpora informovanosti laické i odborné veřejnosti

- Výzvy české/evropské kardiologie a paliativní medicíny, 2.11.2018 Jihlava
- 12.11. 2018 pracovní setkání PS Paliatr Vysočina a ZO a SO ostatních krajů, Jihlava
- Paliatr Vysočina 2018, Jihlava, 29.11.2018, geriatric, pediatrie, nemocniční PP a MSPP

Životní jistoty aneb základy paliativní péče

1/31
kabelka@paliativni-institut.cz
+420 737 230 772



Frank Tugend and his grandson, Dan Jury, 1954.



Dan Jury and his grandfather, Frank Tugend, 1974.

Salzburg, EPEC 9/2003