

Domácí hospicová péče – pohled PL

MUDr. Vladimír Marek, prakt. lékař, Brno



Přání x realita

Přání umřít doma má 80% lidí

X

V domácích podmínkách umírá asi 10-15% pac.

Situace se ale mění zejm. z důvodů ekonomického tlaku při stárnutí populace.

Doporučené postupy pro PL – SVL JEP



PALIATIVNÍ PÉČE O PACIENTY V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI

Autoři:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Ondřej Sláma

Česká onkologická společnost ČLS JEP

a Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

přednosta hematologické kliniky FN Brno

a předseda České onkologické společnosti ČLS JEP

MUDr. Ladislav Kabelka

předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

NOVELIZACE 2011

Obecná indikace hospicové péče

- **Byla vyčerpána kauzální léčba** – velmi často se vyjadřují onkologové a někdy neurologové, ostatní specialisté zřídka (např. problém u pac. s opak. srdečním selháním, kde opak. hospitalizace s nejasným profitem).
Hranice někdy velmi neostrá a posouvána preferencemi pacienta, rodiny x poskytovatele péče, pokrokem v medicíně
- Domácí hospicovou péči má i **většina PL spojenou s problematikou onkologickou, s neurologickou, méně pak s interními onemocněními.**

Indikace hospicové péče

- **Pacient i rodina jsou srozuměni s ukončením léčby a souhlasí s hospicovou péčí** – postoj rodiny je naprosto zásadní v rozvaze co dál. Je potřeba počítat i se změnou rozvoje.
- **Pacient má vážné tělesné a fyzické obtíže** – rodina i tak trpí nejistotou a řada obtíží je spíše v rovině **psychologické a organizační** – i zde je jistě vhodná iniciální konzultace se stanovením plánu a ev. příslibem intenzivnější péče při zhoršení

Indikace hospicové péče

- Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat že má pacient před sebou **délku života v řádu týdnů až několika měsíců** – někdy velmi obtížně odhadnutelné.
- Domácí nebo lůžkový hospic ?
- Hospic nebo agentura DP ?

Péče PL x péče specialisty

- **PL – zná rodinu, zná zázemí** (ekonomické a ale stavebně technické řešení bydlení– péče o pacienty v terminálním stadiu bez **návštěvy nemocného v jeho prostředí** těžko myslitelná. Osobně nevyšetřuji jen pacienta, ale i bydlení - kde je WC, sprcha, schody, kde jsou léky, co je v lednici, má peníze, kdo nakupuje ?
- **Zná osobnost pac.** i některých **rodinných příslušníků**
- Může znát **ekonomické a sociální vazby** pacienta
- Zná jeho **přístup k léčbě a preference** na základě zkušeností s léčbou předchozích onemocnění

PL - plusy

- Znalost pacienta umožňuje anticipovat jeho preference a reakce
- Obvykle máme pac. v péči řadu let, někdy i desetiletí. Máme tedy často **intenzivnější vztah lékař x pacient. Je to dobře ?**
- Častěji než specialisté se tedy **odkláníme od guidelines a léčbu individualizujeme**. Specialisté nás za to často kritizují – ale jak léčí svoje známé ?

PL - mínusy

- Pracujeme sami a tj. učíme se zejm. z vlastních chyb.
- Vzhledem k širokému záběru někdy neznáme přesnou prognózu a průběh onemocnění. Zejm. u méně prevalentních – nejistota, chybí rutina, jak naše, tak našich zdr. sester
- Péče o pac., kteří dříve byli častěji v LDN – PEG, nasogastr. sonda, tracheostomie, epicystostomie, nové typy žilních vstupů – porty
- Mamé jasná doporučení ?

Multioborová spolupráce ?



Kazuistika 1

- Pacient v naší péči od 11/2015, muž ve věku 68 let, nemůže již dojíždět k původnímu PL
- **Pac. o operaci tumoru mozku frontálně – v.s. meta**
– dle histol. KRCA, ca pankreatu ?, pooperační epilepsie
- ICHS st.p opak IM, st.p. impl. ICD – SSS, ICHDKK, vřed. chor. GD
- **2/16 nalezeno origo – ca plic**
- 2/16 RT mozkovny, 3/16 chemoterapie

- 13-15.4. 16 hosp. MOU dehydratace
- 26.9.16 pád doma – kompres fr. T12, L4 – dle RTG – tel. konzultace chir.- analgetická terapie - Tramadol, depres. ladění – nasazen Sertralin 50 mg, poslechově výpotek na bazi pravé plíce, dušnost minimální. Obtížný pohyb na WC – nově plenkové kalhotky. Po domluvě s pacientem nikam neodesílán.

- 3. 10. 16 do ordinace již nezvládne – tedy dom. návštěva - již ležící, obtíže s rovnováhou, spavost, u pac. se střídá dcera a manželka
- Zahájena domácí hospicová péče – rodina preferuje umrtí doma – postupně rozvoj org. psychosyndromu – bolesti hlavy, spavost – Haloperidol + Dormicum s.c. na noc
- 17.10. 16 nesrozumitelná řeč, zhoršení, stavu, rodina nezvládá. Nemůžou uvěřit, že pac. umře.

Exitus letalis

- 20. 10. 16 přijetí do lůžkové hospice
- 21. 10 .16 exitus letalis

- 1.11. 16 – manželka – volá RZP pro panickou ataku
- Následně opak. ventil. tetanie, pokles váhy, apatie, nespavost – úzkostně depresivní obtíže. Nasazen Paroxetin 20 mg 1x1, Neurol 0,25mg d.p.
- Zlepšení až 2/17 – příbytek na váze, zlepšení nálady. 6/17 Paroxetin postupně vysazen

•Kazuistika 2

- Pac. – muž 82 let
- St.p. radikální nefrektomii – M. Grawitz, lymfadenektomii, adrenalektomii 2000
st.p. pooperační imunoterapii
- st.p. bilat. thorakotomii a metastazektomii bilat. 9/2006
st.p. pooperační chemoterapii
gonartrosi et coxartrosis gr. III-IV bilat
hypertenze
DM II na dietě

- Pac. v mé péči od r. 2005
- Do roku 2010 bez zn. recidivy, dominují gonartrotické obtíže
- Od r. 2010 opět meta do plic, opakovaně chemoterapie
- 2013 zvětšení mts dle CT plic o 30% meziročně
- 1/2014 zhoršení mobility – iniciálně artrotické obtíže, postupně celk. slabost, váhový úbytek, nedojde na WC, řešeno WC křeslem, obstrík kolen. kl., Durogesic

- Opakované návštěvy – postupná progrese, depresivní ladění a apatie – 6/14 nasazen Fluoxetin, redukce antihypertenzní medikace
- 7/14 další zhoršení – upoután na lůžko. Navržena hospicová péče. Pac. dříve souhlasil, nyní pro apatii nelze souhlas potvrdit. Rodina (zdravotníci) žádá kurativní postup. Hospic odmítnut. Odeslán k hosp. na sektor. internu. 28.7.14

Hospicová péče

- 5. 8. 14 – pac. nekomunikuje, rodina souhlasí s překladem do hospice
- Exitus letalis 22. 8. 14

•Děkuji za pozornost



