

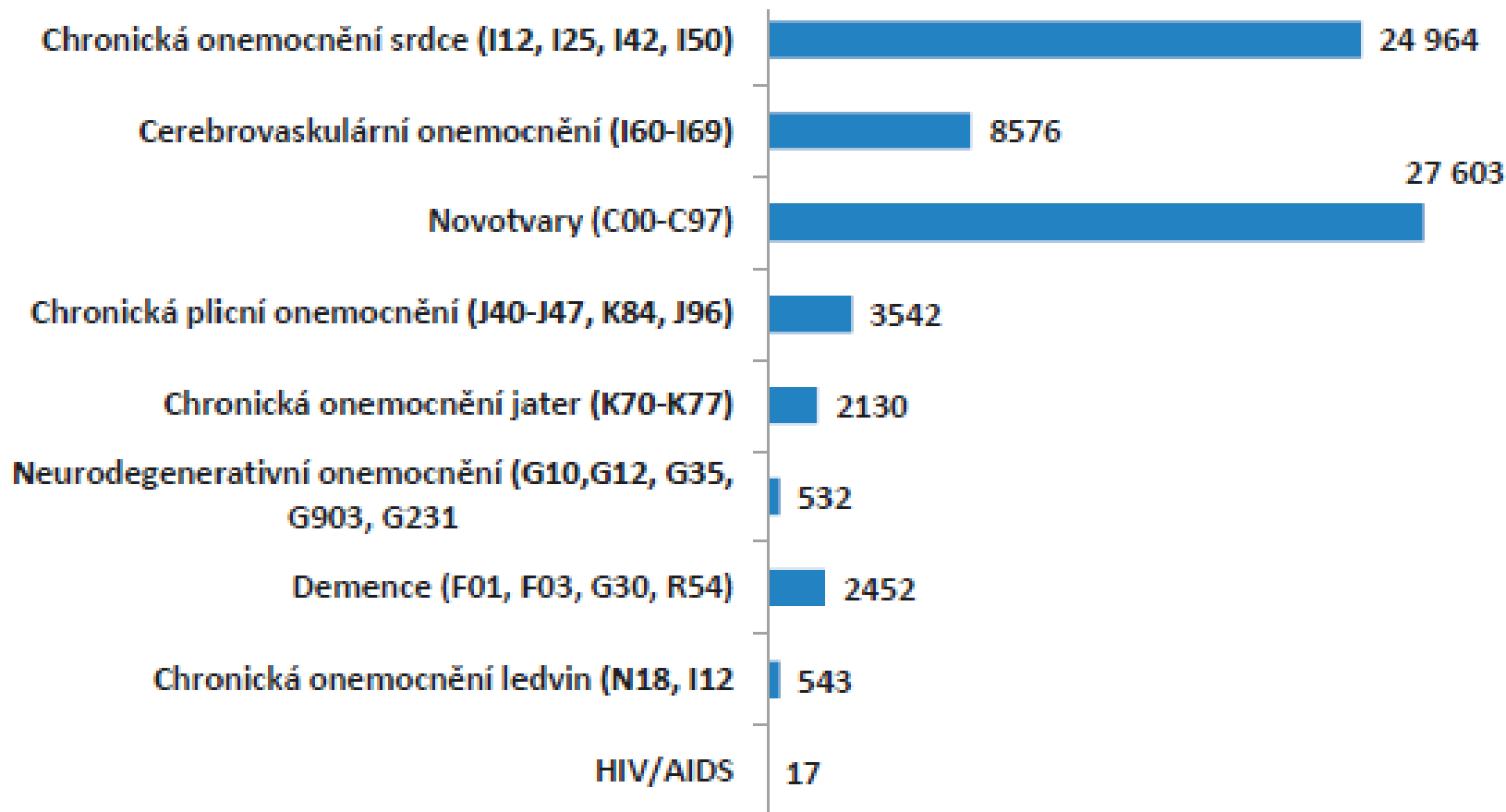
Kdo potřebuje paliativní péči v domácím prostředí ?

Regina Slámová, Hospic sv. Alžběty
– Domácí hospic

Kdo potřebuje paliativní péči?

- Nádory
- Pokročilá a konečná stádia orgánových selhání (CHOPN, CHSS, chron.renální selhání)
- Geriatrická křehkost, terminální geriatrická deteriorace
- Neurodegenerativní onemocnění (RS, ALS, M.Parkinson, demence..)
- Refrakterní orgánová selhání v intenzivní péči
- Děťští pacienti (např. se závažnými vrozenými vadami,..)

„Paliativně relevantní“ diagnózy



Kdo potřebuje paliativní péči

1. Pacient v kompenzované fázi nevyléčitelné nemoci, „nemocí“ (roky) –

„ŽIVOT S NEMOCÍ“

2. Pacient v **„ZÁVĚRU ŽIVOTA“** – nestabilní fáze nemoci, nemocí (cca 1 rok)

3. Pacient v terminálním stavu nemoci -
„ UMÍRÁNÍ“

Kdo potřebuje paliativní péči v domácím prostředí?

- Pacient v domácím prostředí schopný ambulantního sledování
- Pacient v domácím prostředí imobilní či jinak limitovaný, neschopen ambulantních kontrol
- Pacient v náhradním domácím (sociálním) prostředí

Co mají společného?

- neumíme je postupy současné medicíny vyléčit
- působí řadu tělesných, psychických, sociálních a existenciálních (spirituálních) obtíží
- onemocnění přináší řadu komplikací, postupně progreduje, limituje pacienty v životních aktivitách, plánech, snižuje jejich soběstačnost
- potřebují **PALIATIVNÍ PÉČI**

Co tedy potřebují tito pacienti?

- Individuální plán paliativní péče
- Hodnocení a léčbu symptomů
- Péči o psychické, sociální a spirituální potřeby
- Otevřenou komunikaci o nemoci a prognóze nemoci s respektem k jeho přáním
- Podporu pro rodinu a blízké

Život s nemocí doma

Pacientka 66 let,

dg. amyotrofická laterální sklerosa před 1,5 rokem

- kvadruparesa s levostrannou akcentací, dysartie
- Obtížná toaleta DC (cough asistent)

Orofaryngeální dysfagie, tč. afagie, v plánu PEG

Obstrukční sy spánkového apnoe

Hyperkapnická respirační insuficience - domácí NIV - režim BIPAP

Pacientka žádá o vyšetření v APM, dop. neurologem. Schopna chůze, společensky aktivní život, mluvení velmi těžce (tablet). Zhoršuje se polykání. V nutriční poradně doporučen PEG, s tím souhlasí. Nechce ale TS, podporu UPV, pokud by se zhoršila dušnost. Ptá se na sepsání dříve vysloveného přání. Přichází s manželem, dcerou, sestrou.

Plán péče: Pacientka s progresivním neurologickým onemocněním, sledována na neurologii, nyní domluva na zavedení PEG. Dále pokračování v péči v odborných ambulancích (a. pro poruchy dechu, orl, nutriční, rlb, neurologie?). Nemocná je schopna ambulantního sledování. O péči v APM informováni kolegové.

V případě progrese dechové tísně si pacientka nepřeje napojení na UPV ani případné oživování, vysvětlena alternativa symptomatického paliativního postupu – zmírnění dušnosti opioidy, při progresi dušnosti analgosedace. Péče může probíhat i doma v péči domácího hospice- tedy komplexní péče dle domluveného plánu. Pacientka i její manžel a dcera s tímto plánem souhlasí.

- Odborné ambulance, život s nemocí zvládá,
- APM – za 3m pro dechovou tíseň v noci, dop opioidy,

Sledování symptomů – dušnost, slinění, zácpa, stomatologické potíže, prevence otlaků

Rozhovor o nemoci a prognose, přehodnocení plánu péče (ošetřovatelská péče, úprava medikace, **podpora rodiny**, kompenzační pomůcky, sociální a spirituální podpora)

Opioidy užívá až za 1 m

- Domácí hospic až za 5 měsíců (ošetřovatelská péče, kontrola symptomů, **pohotovostní režim**, psychosociálně spirituální podpora)

V péči DH 2m. Umírá doma (sedace posledních 24 hodin)

Umírání doma

80 letá nemocná, dosud schopna chůze, drobných denních aktivit, žije v DpS

Hospitalizována pro akutní ischemie PDK (ztráta citlivosti, motoriky), odstranění krevní sraženiny, fasciotomie, vážné prokrvení končetiny. Ostatní dg – ICHS, EF LK 35% , Fisi aa tč. sin rytmus, HN, Hypothyreosa, Osteoporosa, Stav po TEP bilat,

NO: Pacientka odmítla amputaci, přála si symptomatický postup, plně si je vědoma terminálnosti stavu (že se stav bude horšit v krátké době a zemře). Informována i dcera nemocné, která souhlasí s rozhodnutím pacientky. Pacientka se chce vrátit do DpS.

Lékař chirurgické JIP kontaktuje Domáci hospic, domluven překlad do DpS.

Plán péče:

Paliativně symptomatický postup, s cílem kontroly symptomů, prokrvení pravé končetiny je velmi proměnlivé, je pravděpodobné zhoršování prokrvení, riziko bolestí a kardiálního selhání. Nemocná je schopna příjmu léků ústy, v případě, že dojde ke zhoršení vědomí potřeba medikace dle symptomů parenterálně. Medikace i péče může být zajištěna v DpS. Domluva na péči s pacientkou, personálem DpS, dcerou nemocné. Vzhledem k očekávatelnému rozvoji komplikací je třeba zajistit nepřetržitou dostupnost S+L.

Nemocná si přeje péči v DpS

Subj: plně orientována situací, polyká, neguje trvalé bolesti končetiny a je schopna s ní pohnout v lůžku, akrální cyanosa

- Převezvy pdk, ošetrovatelská péče,
- psycho-socialně-spirituální péče
- přítomna dcera nemocné stále
- Péče koordinována – personál DpS , DH, rodina
- Medikace: Fraxiparin, Helicid, Euthyrox , Cordarone
Ac follicum, Kinito, Furon , Arlevert, Stilnox
- Medikace dle potřeby: Tramal 40 gtts, Buronil 25 mg na noc až 0,0,1,1-2 v noci při neklidu, zmatenosti

Den 3 (SOBOTA) v noci porucha vědomí

- Plán péče: Vzhledem k ireverzibilitě zdravotního stavu při život limitující nemoci a přání nemocné dále symptomatický postup, nerozšiřování terapie, sledování, cílem je důstojné umírání v DpS. S plánem péče souhlasí pacientka i dcera.
- Medikace: ex fraxiparin, ex per os medikace, jídlo? tekutiny?, dle potřeby - Tramal 50mg sc, Haloperidol 1/2 amp sc až a 4 hodiny.
- Nemocná umírá den 4 v noci v přítomnosti dcery
- Péče o tělo zemřelé, rozloučení
- Péče o pozůstalé

Dobrá paliativní péče (individuální)

- Individuální plán paliativní péče
- Hodnocení a léčba symptomů
- Péče o psychické, sociální a spirituální potřeby
- Otevřená komunikace o prognóze a přáních pacienta a respekt k těmto přáním
- Podpora pacientovu rodinu a blízké....

Dobrá péče (péče lege artis)

péče na náležitě odborné úrovni

Zákon o zdravotních službách

- Zákon č. 372/2011 Sb.,

§ 4 (5) Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti

Dobrá péče – péče na náležité odborné úrovni

- Standardy paliativní péče odborné společnosti
- Léčebná doporučení odborných společností

Modrá kniha

Doporučený postup pro praktické lékaře

- Směrnice pro poskytování paliativní péče

Standardy paliativní péče

Standardy paliativní péče 2013

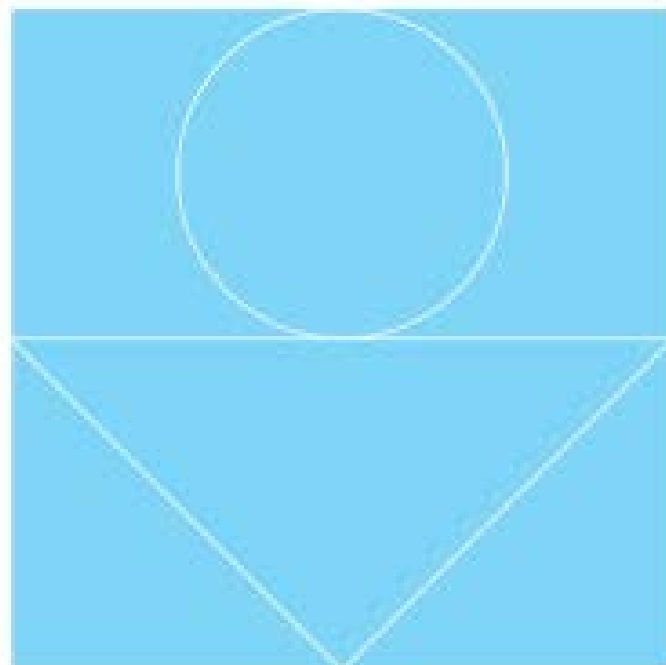


Česká společnost
paliativní medicíny
České lékařské společnosti
Jana Evangelisty Purkyně



Standardy mobilní specializované paliativní péče

Česká společnost paliativní medicíny (ČSPP)
Pracovní standardy (2013)





Závěr života není jen „medicínská událost“,
„suma symptomů a zdravotních potíží“,
ale hluboce lidská událost.