



UNIwersYTET JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

Opieka długoterminowa

Katarzyna Szczerbińska

Wydział Lekarski
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum



Repetytorium

- Pierwsze 22 przezrocza stanowią przypomnienie seminarium z medycyny rodzinnej z poprzedniego roku – obowiązuje do zaliczenia przedmiotu geriatria i opieka paliatywna



OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Opieka długoterminowa – definicja

Są to świadczenia udzielane przez pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej

- w formie **długotrwałej opieki** medycznej i pielęgniarско-opiekuńczej
- osobom przewlekle chorym i niesamodzielnym,
- których **stan zdrowia nie wymaga leczenia w warunkach ostrego oddziału szpitalnego**,
- natomiast powoduje występowanie poważnych deficytów w samoopiece i
- wiąże się z koniecznością udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych.



OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

OPIEKA ZDROWOTNA

Domowa

- Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa
- Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i dorosłych wentylowanych mechanicznie

Półstacjo- narna

Stacjo- narna

- ZPO - Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy
- ZOL - Zakład opiekuńczo-leczniczy
- ZPO, ZOL dla psychicznie chorych

POMOC SPOŁECZNA

- Pracownik socjalny:
- Opiekun środowiskowy
- Asystent osoby niepełnosprawnej
- Zasiłki i pomoc rzeczowa

- DDPS –dzienny dom pomocy społecznej

DPS - Domy Pomocy Społecznej

- dla osób w podeszłym wieku (60+)
- dla przewlekle somatycznie chorych
- dla przewlekle psychicznie chorych
- dla osób fizycznie niepełnosprawnych
- dla osób intelektualnie niepełnosprawnych (dorosłych)
- dla osób intelektualnie niepełnosprawnych (niepełnoletnich)



OPIEKA DŁUGOTERMINOWA W DOMU

POZ

Lekarz rodzinny – pełni bezpośrednią opiekę lekarską

Pielęgniarka rodzinna – prowadzi doraźną opiekę w zakresie wykonania pilnych zabiegów (np. iniekcje dom., ocena parametrów życiowych); ma pod opieką 2-3 tys.

Pielęgnacja długoterminowa w domu pacjenta

Wskazania:

- 1) Indeks Barthel <40 pkt. (w skali od 0-100)
- 2) Konieczność wykonania zabiegów pielęgniarских: np. pielęgnacja odleżyn, stomii, karmienie przez zgłębnik do żołądkowy

Pielęgniarka opieki długoterminowej (po kursie kwalifikacyjnym w zakresie opieki długoterminowej, pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych ; na kontrakcie na OD)

przychodzi do domu pacjenta co najmniej 4 razy w tygodniu, na przeciętnie 2 godz.

Pod opieką nie może mieć więcej niż 4-6 pacjentów.

➤ Zakres świadczeń: **zabiegi** pielęgniarские

Pomoc społeczna – pracownik socjalny kwalifikuje do świadczeń z pomocy społ.:

- **pieniężnej** (zasiłki), **rzeczowej**, **usługowej** (opiekunka środowiskowa)
- Zakres świadczeń opiekunki: **pielęgnacja podstawowa** (mycie, karmienie, pomoc w ubraniu i przemieszczaniu się) – nie zmienia opatrunków p/odleżynowych !
- Asystent osoby niepełnosprawnej – prowadzi kinezyterapię



Dzienne Domy Pomocy Społecznej (DDPS)

- Organizowane przez pomoc społeczną lub organizacje pozarządowe
- Zakres świadczeń:
 - posiłki (odpłatność za posiłek zależnie od wysokości dochodu)
 - społeczna aktywizacja,
 - warsztaty terapii zajęciowej dla psych. chorych i niepełnosprawnych intelektualnie,
- To czego brakuje:
 - specjalistyczne programy dla chorych na demencję w różnych fazach (wczesnej do późnej)
 - specjalistyczne programy rehabilitacji dla chorych po udarze mózgu, złamaniu kości, protezowaniu stawów
 - programy poprawy ogólnej sprawności
 - organizacja i dofinansowanie transportu niepełnosprawnych
 - opieka odciążeniowa dla opiekunów (respite care)



Liczba osób przebywających w instytucjach opiekuńczych w Polsce w 2014r.

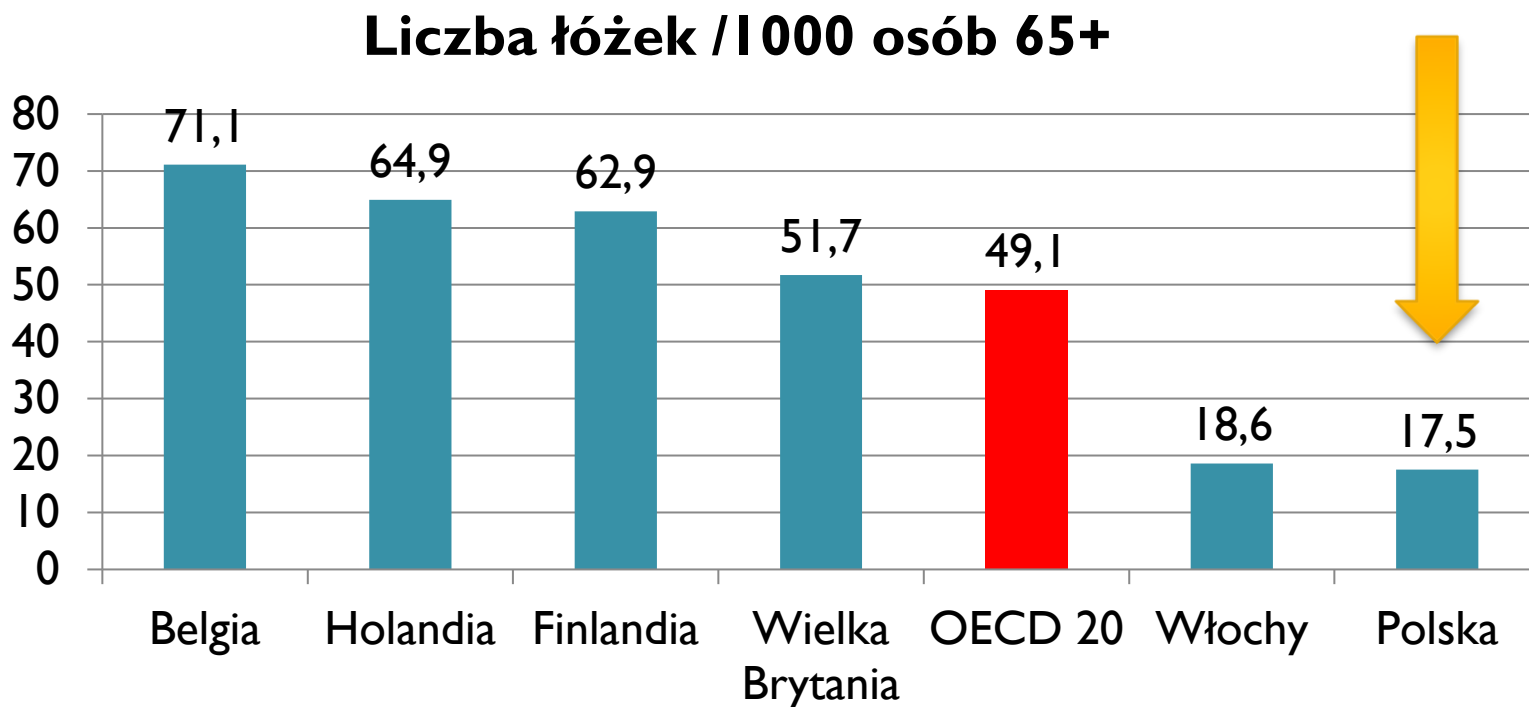
Typ placówki	Zakłady pomocy społ.	ZOL	ZPO	ZOL + ZPO dla psych. Ch.	Hospicjum	Oddział op. paliat.	RAZEM
Liczba placówek	1676*	337	150	56	73	69	2361
Liczba miejsc [tys.]	111,7	18,1	6,7	5,3	2,5	1,2	145,5
Liczba leczonych rocznie [tys.]	105,7	37,5	14,0	7,2	33,8	17,7	215,9
Przeciętny czas pobytu (ALOS)	Lata	5,3 m-cy	5 m-cy	7,8 m-cy	24 dni		
Odsetek 65+	43,8%	75,2%					
Odsetek obłożnych	10,7%	39,7%					
Niepubliczne	26,5%	49%					

*1676 zakłady pomocy społecznej łącznie z DPS, ośrodkami, zakładami dla bezdomnych, samotnych matek oraz filiami.

GUS, 2015



Liczba łóżek w opiece długoterminowej na 1000 osób 65+





Organizacja i finansowanie

ZOL

- Dyrektor d/s medycznych
- Lekarze na pełnym etacie + dyżury całodobowe
- Całodobowa opieka pielęgniarska
- Świadczenia rehabilitacyjne (fizjoterapia, terapia zajęciowa, psycholog)
- Pobyt przeciętnie 5-6 miesięcy
- Odpłatność za pobyt do 70% dochodu
- Leki, świadczenia medyczne bezpłatne

ZPO

- Dyrektor niekoniecznie lekarz
- Lekarze na umowie o zlecenie
- Całodobowa opieka pielęgniarska
- Świadczenia rehabilitacyjne (fizjoterapia, terapia zajęciowa, psycholog)
- Pobyt przeciętnie 4-5 miesięcy
- Odpłatność za pobyt do 70% dochodu
- Leki, świadczenia medyczne bezpłatne



Wskazania do OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Wskazania do opieki długoterminowej w ZOL/ZPO:

osoby, które mają zakończony proces leczenia, są w pełni zdiagnozowane, **nie** wymagają hospitalizacji, a jednocześnie ich stan zdrowia nie pozwala na samodzielne funkcjonowanie oraz mają:

- **Niesamodzielność mierzona Indeksem Barthel < 40 pkt (w skali 0-100) !**

ORAZ wymagają specjalistycznych zabiegów pielęgniarских, np.:

- kroplowych wlewów dożylnych wynikające ze stałego zlecenia lekarskiego związanego z prowadzonym procesem leczenia
- wykonywania opatrunków (rany, odleżyny i owrzodzenia troficzne podudzi)
- karmienia przez zgłębnik
- karmienia przez przetokę
- pielęgnacji przetoki
- zakładania i usuwania cewnika (stałe zlecenie lekarskie)
- płukania pęcherza moczowego
- pielęgnacji rurki trachoeostomijnej



Przeciwwskazania do OPIEKI w ZOL/ZPO

Przeciwwskazania do opieki długoterminowej:

- Indeks Barthel > 40 pkt (w skali 0-100)

ORAZ bez względu na wartość Indeksu Barthel

- Zaawansowana choroba nowotworowa (przeciwdziałanie dublowaniu świadczeń opieki paliatywnej)
- Ostra faza choroby psychicznej
- Uzależnienie

Wskazania do wypisu z OD:

- Indeks Barthel jest oceniany co miesiąc – jeśli wzrośnie > 40pkt. ustaje uzasadnienie do pobytu w ZOL/ZPO

Hospitalizacja w trakcie pobytu w ZOL/ZPO

Jeśli pacjent w trakcie pobytu w ZOL/ZPO wymagał hospitalizacji – po jego wypisaniu ze szpitala nie jest konieczne ponowne składanie wniosku o przyjęcie go do zakładu.



Dokumenty wymagane do przyjęcia do ZOL/ZPO

- Skierowanie do ZOL wydane przez lekarza UZ
- Ew. badanie psychiatryczne jeśli kierujemy do ZOL/ZPO o profilu psychiatrycznym
- Wywiad pielęgniarzki
- Karta kwalifikacyjna do ZOL (indeks Barthel < 40)
- podstawowe badania laboratoryjne, EKG, RTG płuc + dokumenty dot. stanu zdrowia
- Dokument stwierdzający wysokość dochodu osoby ubiegającej się o skierowanie (decyzja ZUS) albo osoby zobowiązanej do ponoszenia odpłatności za pobyt w ZOL.
- Dowód ubezpieczenia



Typy Domów Pomocy Społecznej (DPS)

- DPS dla osób w wieku podeszłym
- DPS dla osób przewlekle chorych
- DPS dla osób przewlekle psychicznie chorych
- DPS dla osób niepełnosprawnych intelektualnie
- DPS dla osób niepełnosprawnych fizycznie
- Rodzinne DPS - prowadzone dla 3 do 8 osób starszych



Dokumenty wymagane do przyznania miejsca w DPS

- Wniosek o umieszczenie w DPS
- Pisemna zgoda na umieszczenie w DPS własnoręcznie podpisana przez pacjenta w obecności pracownika socjalnego
- **wywiad środowiskowy** dot. sytuacji rodzinnej, bytowej, stopnia niesamodzielności, stanu zdrowia przeprowadzony **przez prac. socjalnego**
- **zaświadczenie lekarskie** o stanie zdrowia w celu określenia typu domu
- podstawowe badania laboratoryjne, EKG, RTG płuc
- **zaświadczenie z ZUS** o odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej
- **decyzja** danego ośrodka (PCPR, MOPS)



Umieszczenie chorego w placówce opiekuńczej bez jego zgody

Wniosek do sądu w celu wydania postanowienia o umieszczeniu w placówce opiekuńczej bez zgody zainteresowanego,

składa ośrodek **pomocy społecznej (MOPS) lub szpital psychiatryczny**

(na podstawie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego - art. 38 i 39 lub ustawy o pomocy społecznej - artykuł 54, ust. 4 - Dz. U. z 2004 roku nr 64 poz. 545 z późniejszymi zmianami).



Zasady odpłatności za pobyt w DPS

- 1) Mieszkaniec płaci do wysokości **70% swojej emerytury lub renty** oraz
- 2) Najbliższa rodzina (współmałżonek, rodzice lub dzieci) do wysokości średniego miesięcznego utrzymania w danym domu, **jeśli ich średni dochód na członka rodziny przekracza 300% kryterium dochodowego** ustalonego na potrzeby pomocy społecznej, z tym że kwota dochodu pozostająca po wniesieniu opłaty nie może być niższa niż 300% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie; lub
- 3) Gmina, w wysokości różnicy między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy społecznej a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca i jego rodzinę.



DPS - zespół terapeutyczno-opiekuńczy:

opiekun
pracownik socjalny
fizjoterapeuta
psycholog
dietetyk
kapelan

wolontariusz, stażysta, praktykant, osoba odbywająca służbę zastępczą w DPS, **jeżeli bezpośrednio opiekuje się/wspiera mieszkańców domu.**
(§ 2 ust. 2 rozporządzenia)

Pielęgniarka
Lekarz rodzinny

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 19 października 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. Nr 217 poz. 1837)



DPS – pracownik pierwszego kontaktu

przydzielony **w ciągu 1. tygodnia** po przyjęciu do DPS

później **wskazany przez mieszkańca** (o ile jego stan zdrowia na to pozwala)

mieszkaniec może zmienić – wybrać inną osobę na pracownika pierwszego kontaktu

koordynuje działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca



Pracownik pierwszego kontaktu PPK

to osoba wybrana z całego personelu, obdarzona przez podopiecznego szczególnym zaufaniem, do której zwraca się ze wszystkimi swoimi problemami i uwagami.

Sprawy zgłoszone do PPK załatwiane są w części przez niego samego, a w części przekazywane właściwym pracownikom.

Jest koordynatorem działań wynikających z indywidualnego planu opieki, który jest ważnym dokumentem i instrumentem wspomagającym współdziałanie oraz wspólne metody pracy z mieszkańcami.

PPK podejmuje bezpośredni kontakt z mieszkańcem, musi być akceptowany przez mieszkańca, budzić w nim zaufanie, starać się poznać zainteresowania i potrzeby bio-psycho-społeczne mieszkańca.

- ma przeciwdziałać samotności, ułatwić adaptację do placówki



Indywidualny plan opieki

1. Regularne spotkania zespołu interdyscyplinarnego
2. Cel główny:
 - Omówienie problemów mieszkańca przynajmniej raz na 6 mcy
 - Wytyczenie planu postępowania
 - Wyznaczenie terminów i odpowiedzialnych
 - Okresowa kontrola realizacji
3. Korzyści:
 - Poprawa przepływu informacji o pacjencie
 - Integracja zespołu
 - Poprawa jakości opieki i jakości życia mieszkańca

Bardzo potrzebna współpraca lekarza rodzinnego w tym zakresie !



DPS - zespół terapeutyczno-opiekuńczy opracowuje

Indywidualny plan wsparcia mieszkańca

- powinien być **przygotowany w terminie 6 miesięcy** od dnia przyjęcia mieszkańca do domu
- działania wynikające z indywidualnego planu wsparcia mieszkańca są **koordynowane przez pracownika pierwszego kontaktu**, wskazanego przez mieszkańca Domu
- mieszkaniec omawiany minimum 2 razy w roku (co 6 miesięcy)



Problemy:

1. Spotkania zespołu interdyscyplinarnego

- zbyt rzadko
- czasem prowadzone przez wybrane osoby zespołu

2. Indywidualny plan opieki:

- Mieszkańcy omawiani do 6 mc-y po przyjęciu (zbyt późno)
- Brak ustrukturyzowania
- Brak wspólnego języka (narzędzi/skal)

3. Udział lekarzy

- Brak współpracy – zwykle nie biorą udziału w spotkaniach



Zasadnicza część seminarium

Specyfika pacjentów w ZOL/ZPO i DPS



Specyfika pacjentów w ZOL/ZPO i DPS :

- **Funkcjonowanie fizyczne**

- Zaburzenia ADL i IADLs
- Wskazania do rehabilitacji medycznej

- **Funkcjonowanie zmysłów**

- Zaburzenia porozumiewania się
- Zaburzenia wzroku i słuchu

- **Zdrowie psychiczne**

- Zaburzenia funkcji poznawczych
- Zaburzenia zachowania
- Objawy psychotyczne
- Depresja i lęk
- Zaburzone funkcjonowanie społeczne

- **Funkcje wydalnicze**

- Nietrzymanie moczu i stolca
- Konieczność stosowania cewników

- **Problemy zdrowotne/zespoły geriatryczne**

- Ch. układu krążenia i oddechowego
- Schorzenia neurologiczne
- Schorzenia układu ruchu
- Upadki
- Niedożywienie i sposób odżywiania
- Ból
- Odleżyny, zmiany skórne i stóp
- Wielochorobowość i skrócona LE
- Wysokie ryzyko instytucjonalizacji

- **Specyfika świadczeń**

- Ograniczone możliwości prewencji chorób
- Polipragmazja - Kontrola zażywania leków (w tym psychotropowych)
- Kontrola infekcji - szczepienia
- Opieka paliatywna i u kresu życia
- Ocena możliwości wypisu (warunków życia oraz wydolności opiekuńczej rodziny)
- Rozpoznawanie przemocy wobec osoby starszej, zaniedbań (porzucenia)



Problemy opieki nad pacjentów OD

- Wielochorobowość
- Niesamodzielność
- Zaburzenia funkcji poznawczych
- Polipragmazja,
- Niedostateczne leczenie bólu i depresji
- Opieka nad umierającym
- ACP – planowanie opieki z wyprzedzeniem
- Współpraca z personelem placówek
- Odrębne zalecenia z powodu skróconej oczekiwanej długości życia (LE)

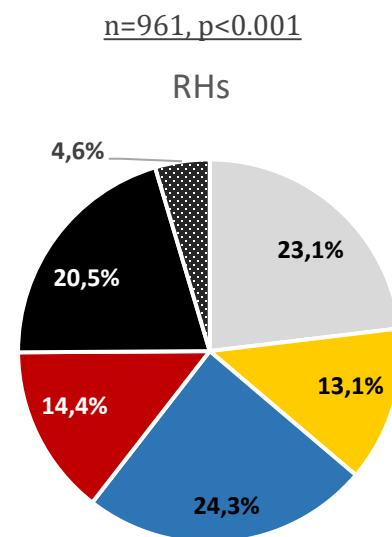
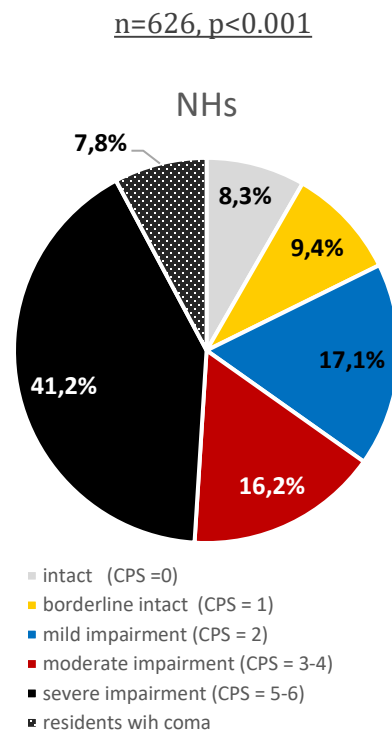
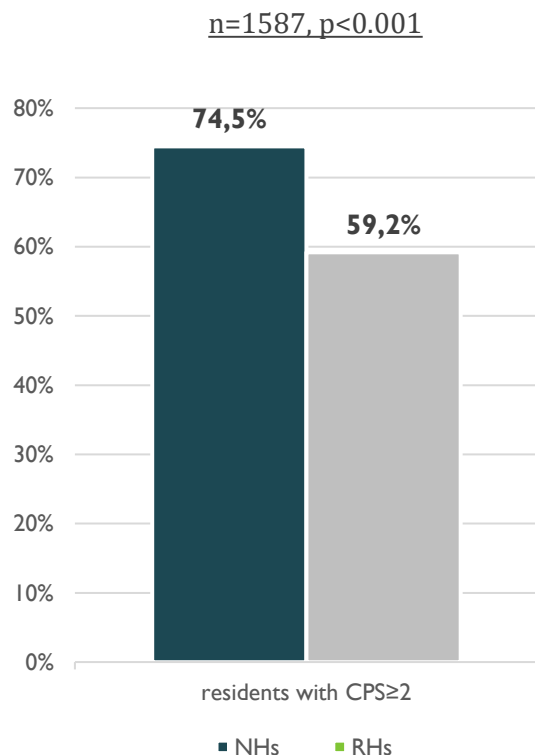


Problemy zdrowia pacjentów

charakterystyka	ZOL/ZPO	DPS
Ch. Nadciśnieniowa	39,7 %	44,0 %
Ch. niedokrwienność serca	44,6 %	45,7 %
Przewlekła NS	25,3 %	17,9 %
Depresja	8,8%	15,6%
Stan po udarze mózgu	31,0%	9,1%
Porażenie połowicze	20,7%	4,8%
Paraplegia, porażenie czterokończynowe	8,5%	1,1%
Choroba zwyrodnieniowa stawów M15-19	8,4%	11,7%
Zniekształcenia/choroba kręgosłupa M40-54	1,3%	8,9%
Osteoporoza	1,6%	7,1%
Stan po złamaniu kości udowej	8,5%	1,4%
POCHP	4,1%	13,6%
Cukrzyca	24,2%	21,0%
Choroby ukł. trawiennego	5,7%	11,7%



Występowanie upośledzenia funkcji poznawczych – ZOL vs. DPS

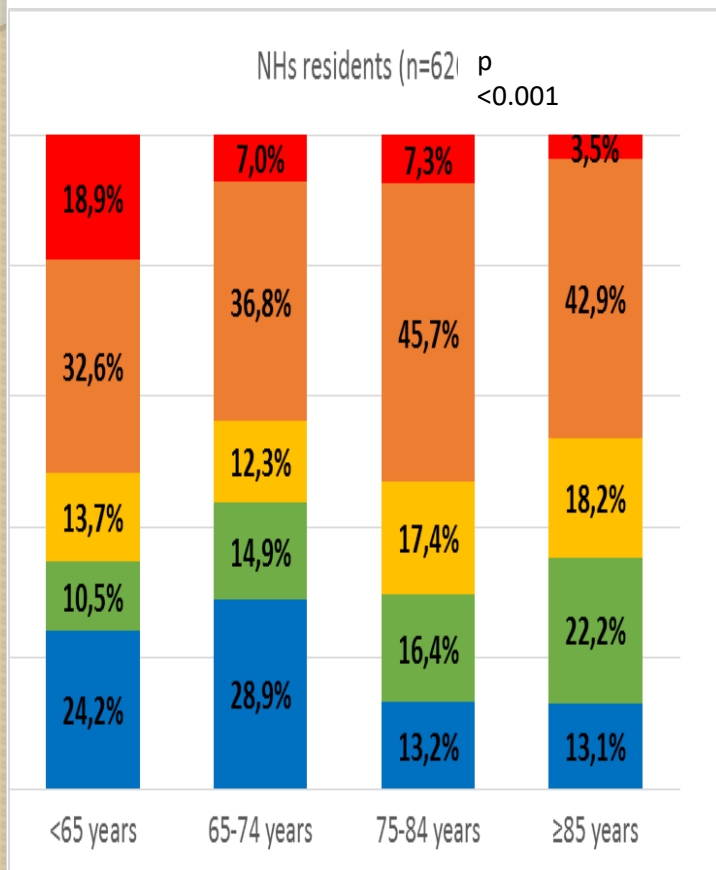


Stopień rozpoznawania otępienia
Rozpoznanie choroby Alzheimera lub innego otępienia G30, F00, F01, F02, F03
wśród osób z zaburzeniami funkcji poznawczych miało:
60,3% w ZOL/ZPO vs. 64,9% w DPS

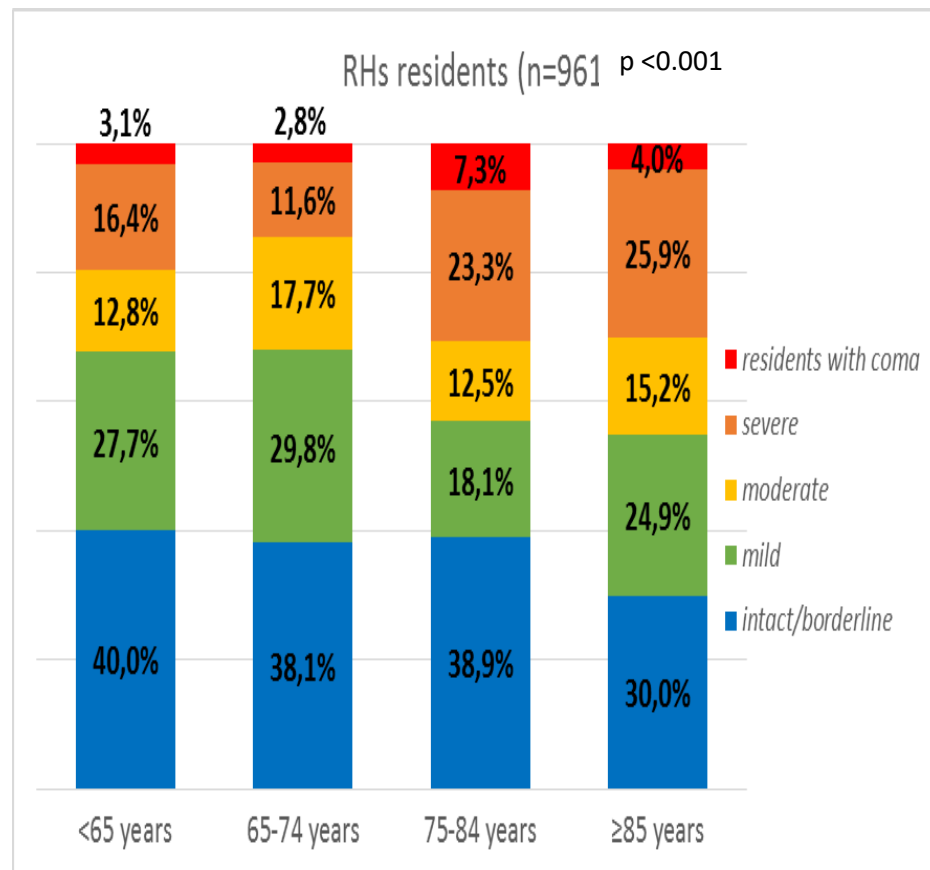


Występowanie upośledzenia funkcji poznawczych – ZOL vs. DPS zależnie od wieku

ZOL/ZPO



DPS



Kijowska i in., EGM 2018; 9(4): 467–476.



Stan zdrowia osób z zaburzeniami funkcji poznawczych

Schorzenia	ZOL/ZPO	DPS	p
Zapalenie płuc w ostatnich 30 dniach	2,8 %	2,5 %	Ns
Inne infekcje ukł. oddechowego jw.	24,4%	12,9%	<0.001
Infekcje ukł. moczowego jw.	8,9%	7,1%	Ns
Ch. niedokrwienna serca	34,6 %	26,4 %	Ns
Cukrzyca	24,3%	20,6%	Ns
POCHP	4,2%	2,1%	Ns
Nowotwór	0,9%	4,1%	<0.05
Stan po udarze mózgu	27,8%	19,1%	<0.05
Depresja	11,0%	9,6%	Ns
Zaburzenia nastroju	39,4%	37,9%	Ns
Inne choroby psychiczne	2,8%	7,5%	<0.05
Odleżyny	9,7%	5,1%	Ns
Upadki (w ostatnich 30 dniach)	3,3%	5,0%	Ns

Kijowska i in., EGM 2020;11:255–267.



Objawy somatyczne u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych

Objawy somatyczne	ZOL/ZPO	DPS	p
Ból występujący codziennie	7.1 %	8.3 %	Ns
Duszność	11.0 %	10.2 %	Ns
Odwodnienie	6.1 %	1.2 %	<0.005
Zaburzenia połykania	19.8 %	10.0 %	<0.005
Zachłystywanie się	11.3 %	6.2 %	<0.05
Zaburzenia snu	39,9%	30,7%	<0.05
Zaburzenia chodu	57,7%	34,9%	<0.001
Utrata masy ciała	15,5%	6,3%	<0.001

Kijowska i in., EGM 2020;11:255–267.



Objawy neuro-psychologiczne u osób z zaburzeniami funkcji poznawczych

Objawy neuropsychologiczne	ZOL/ZPO	DPS	p
Wędrowanie	20.4 %	24.7 %	Ns
Przemoc słowna	25.9 %	27.6 %	Ns
Przemoc fizyczna	14.8 %	17.6 %	Ns
Zachowania społecznie niewłaściwe	36.3 %	29.7 %	Ns
Stawianie oporu w opiece	38.7 %	27.4 %	<0.01
Halucynacje	25,5%	7,9%	<0.001
Urojenia	28,9%	20,4%	<0.05
Pobudzenie	32,2%	28,6%	Ns
Zaburzenia mowy	37,6%	43,2%	Ns
Jakiegolwiek zachowania agresywne	53,8%	45,8%	Ns

Kijowska i in., EGM 2020;11:255–267.

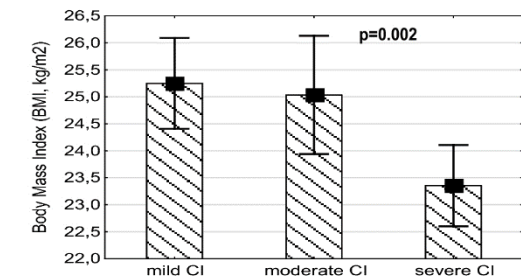


Pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych w ZOL/ZPO

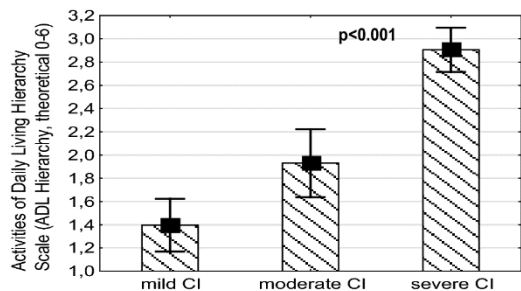
Czynniki zwiększające prawdopodobieństwo pobytu w ZOL/ZPO	OR
ADL	1,52
BMI	0,96
Stan po udarze mózgu	1,70
Objawy wytwórcze (omamy słuchowe wzrokowe)	1,69
Infekcje dróg oddechowych	2,19
Zaburzenia połykania	2,23
Ryzyko odleżyn małe	3,04
Ryzyko odleżyn wysokie	7,92
Cewnik do dróg moczowych	6,42
Nietrzymanie moczu częściowe	11,05
Nietrzymanie moczu całkowite	21,86
Nietrzymanie stolca częściowe	7,60
Nietrzymanie stolca całkowite	10,86



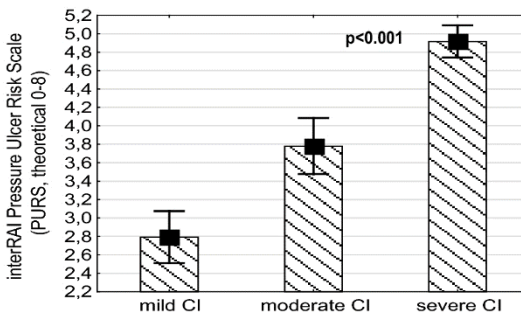
Porównanie pacjentów zależnie od stopnia otępienia



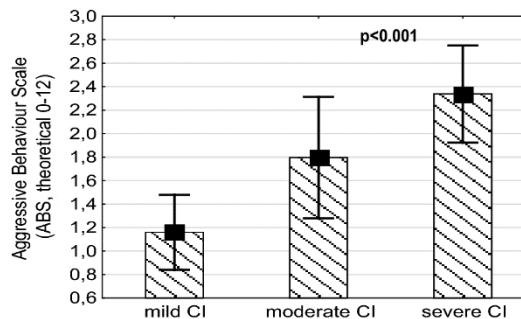
BMI - maleje



ADL – stopień niesamodzielności rośnie



Ryzyko odleżyn rośnie



Poziom agresji - rośnie

Kijowska i in., EGM 2020;11:255–267.



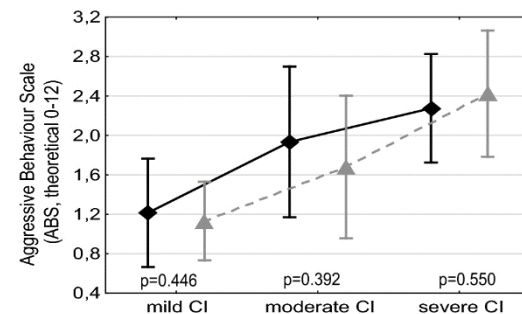
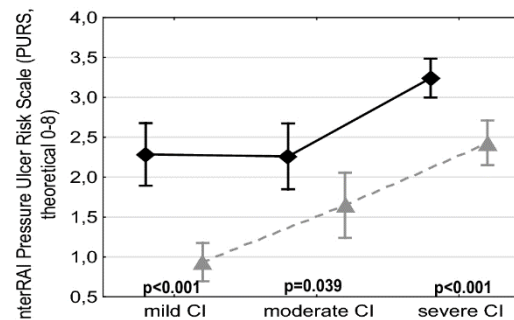
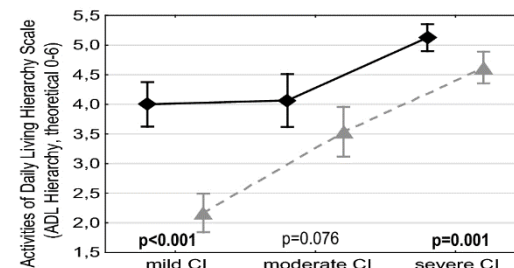
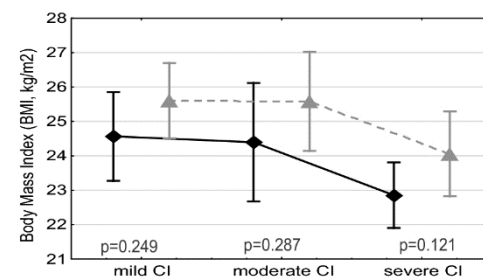
Porównanie pacjentów ZOL vs. DPS zależnie od stopnia otępienia

BMI - maleje

ADL – stopień niesamodzielności
rośnie

Ryzyko odleżyn rośnie

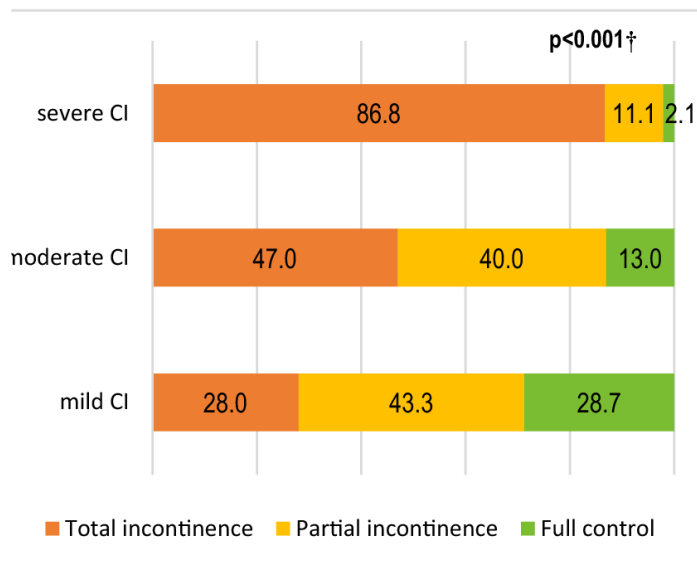
Poziom agresji - rośnie



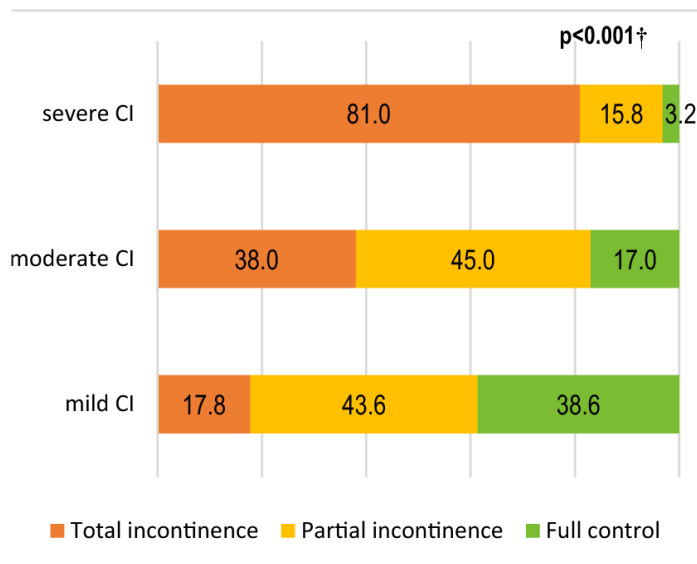
→ NH
→ RH
□ Mean ± 95% CI



Nietrzymanie moczu i stolca zależnie od stopnia otępienia



Nietrzymanie moczu



Nietrzymanie stolca

Kijowska i in., EGM 2019; 2020;11:255–267.

† The p-value shows the difference between LTC residents depends on the level of CI.

Katarzyna Szczepińska, 2020/21

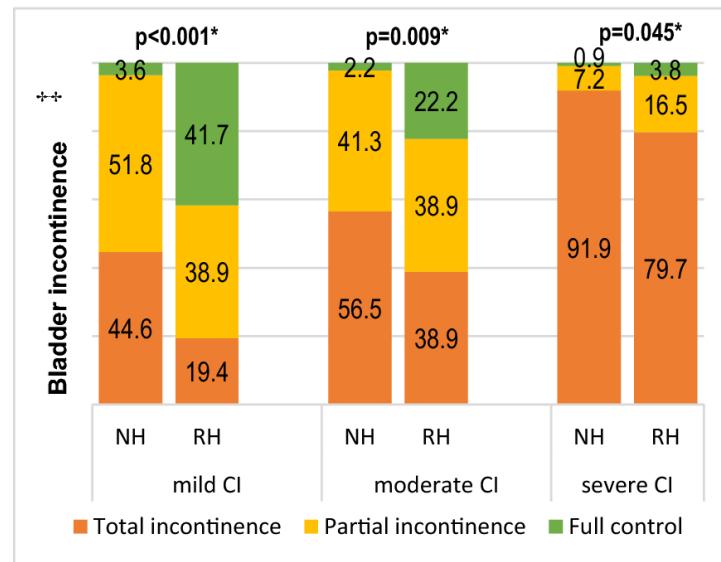


Nietrzymanie moczu i stolca w ZOL vs. DPS

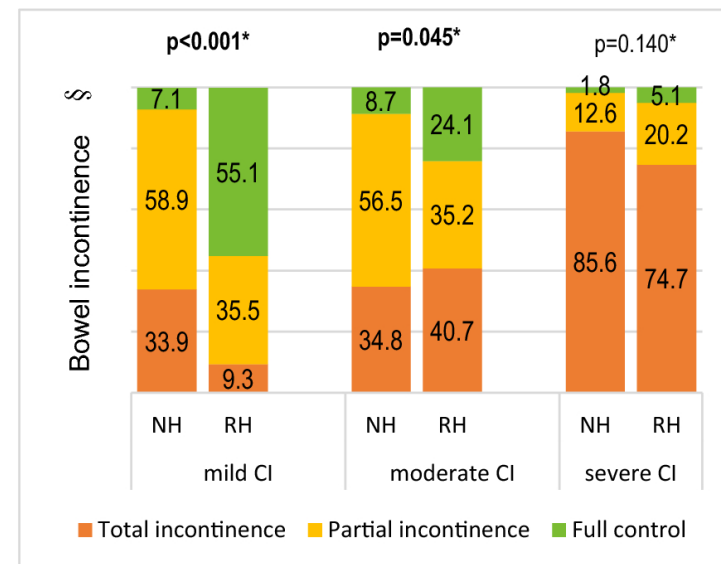
Nietrzymanie moczu

Cewnik w dr. moczowych

21,7% pacjentów ZOL vs. 4,1% w DPS ($p < 0,001$)

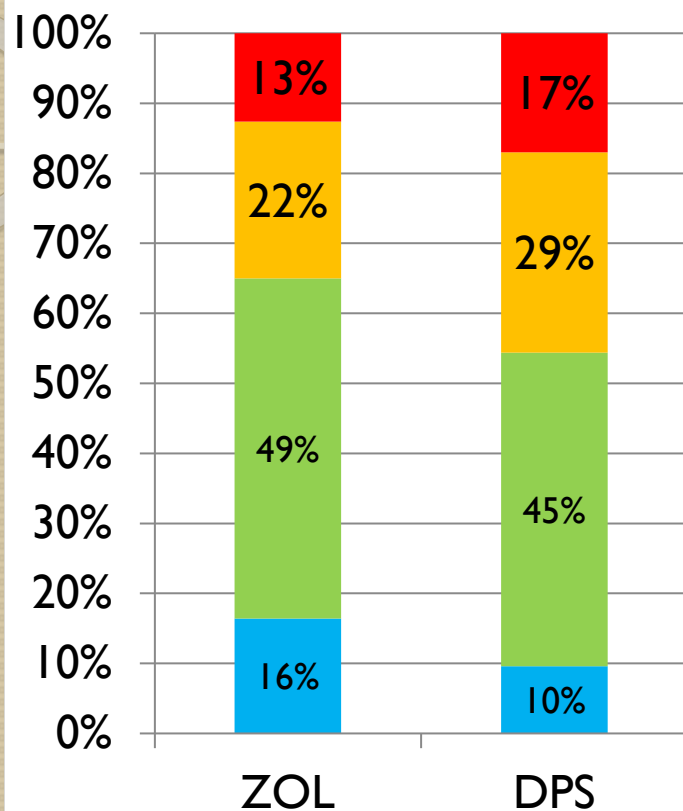


Nietrzymanie stolca

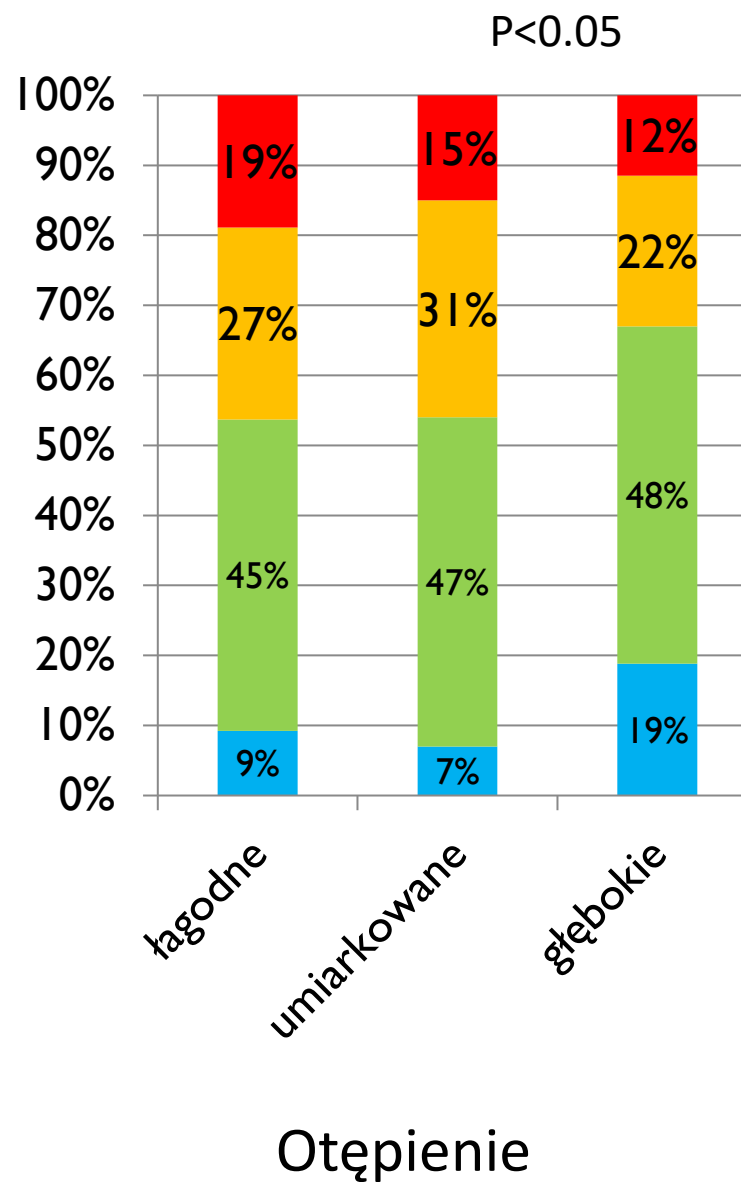




BMI u pacjentów z otępieniem ZOL vs. DPS



■ BMI < 18,5 ■ BMI 18,5-24,9
■ 25-29,9 ■ BMI > 30

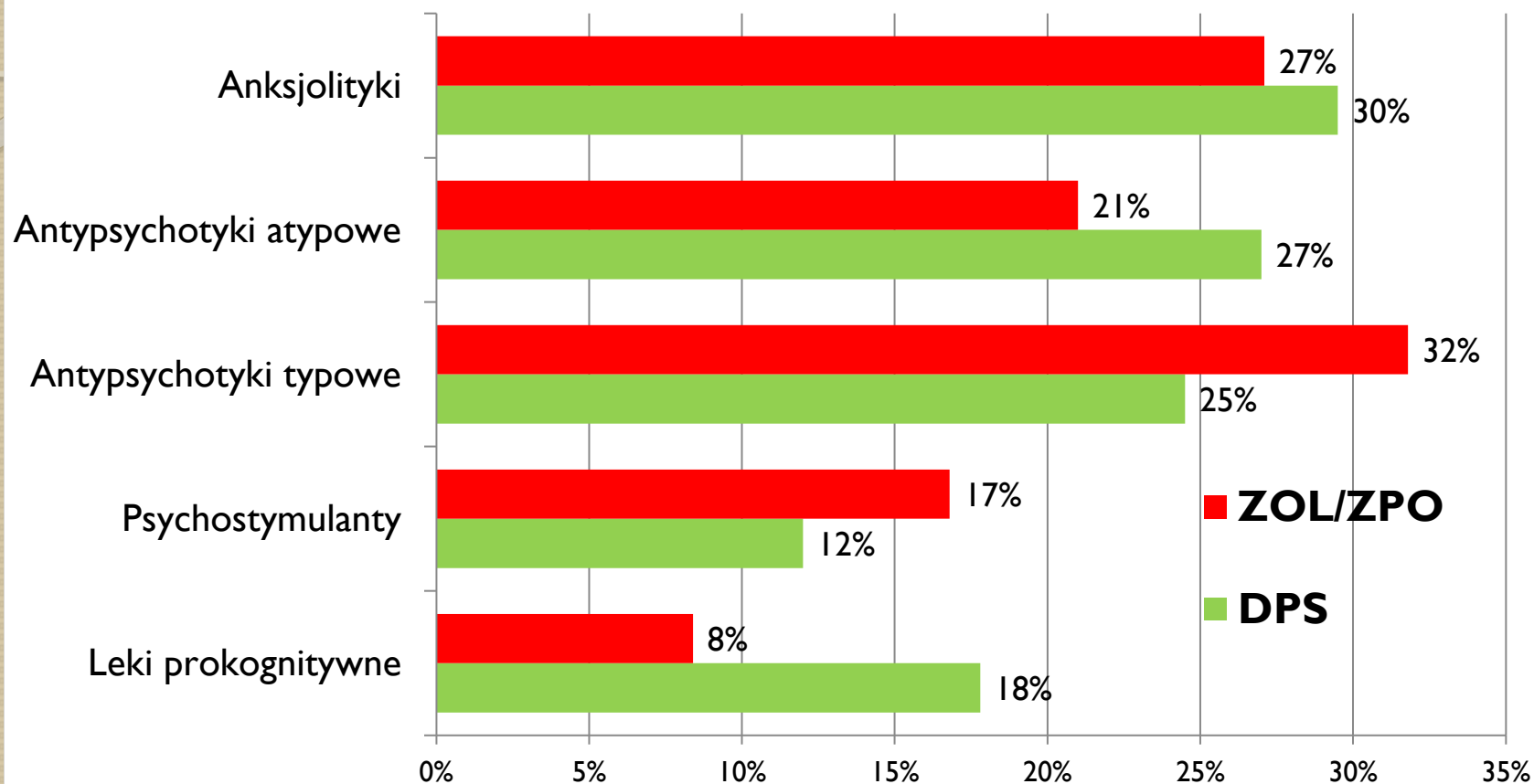




Leczenie pacjentów opieki długoterminowej

- Polipragmazja – leczenie wieloma lekami
 - Nadmierne stosowanie leków psychotropowych
- Inappropriate treatment – niewłaściwe leczenie (interakcje, działania uboczne i niepożądane) – kryteria Beers'a,
- Niedostateczne leczenie (ból, depresji)
- Uporczywa terapia u schyłku życia

Nadmierne stosowanie leków psychotropowych u pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych



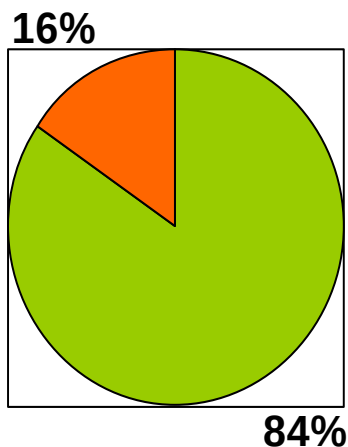
46% pacjentów otrzymywało antypsychotyki;
28% - przyjmowało anksjolityki, w tym 71% hydroksyzynę



Występowanie depresji - diagnozy - jako wskaźnik jakości opieki

N=352

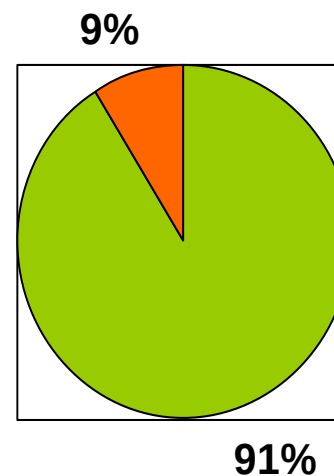
DPS



■ norma ■ Depresja ICD F32-33

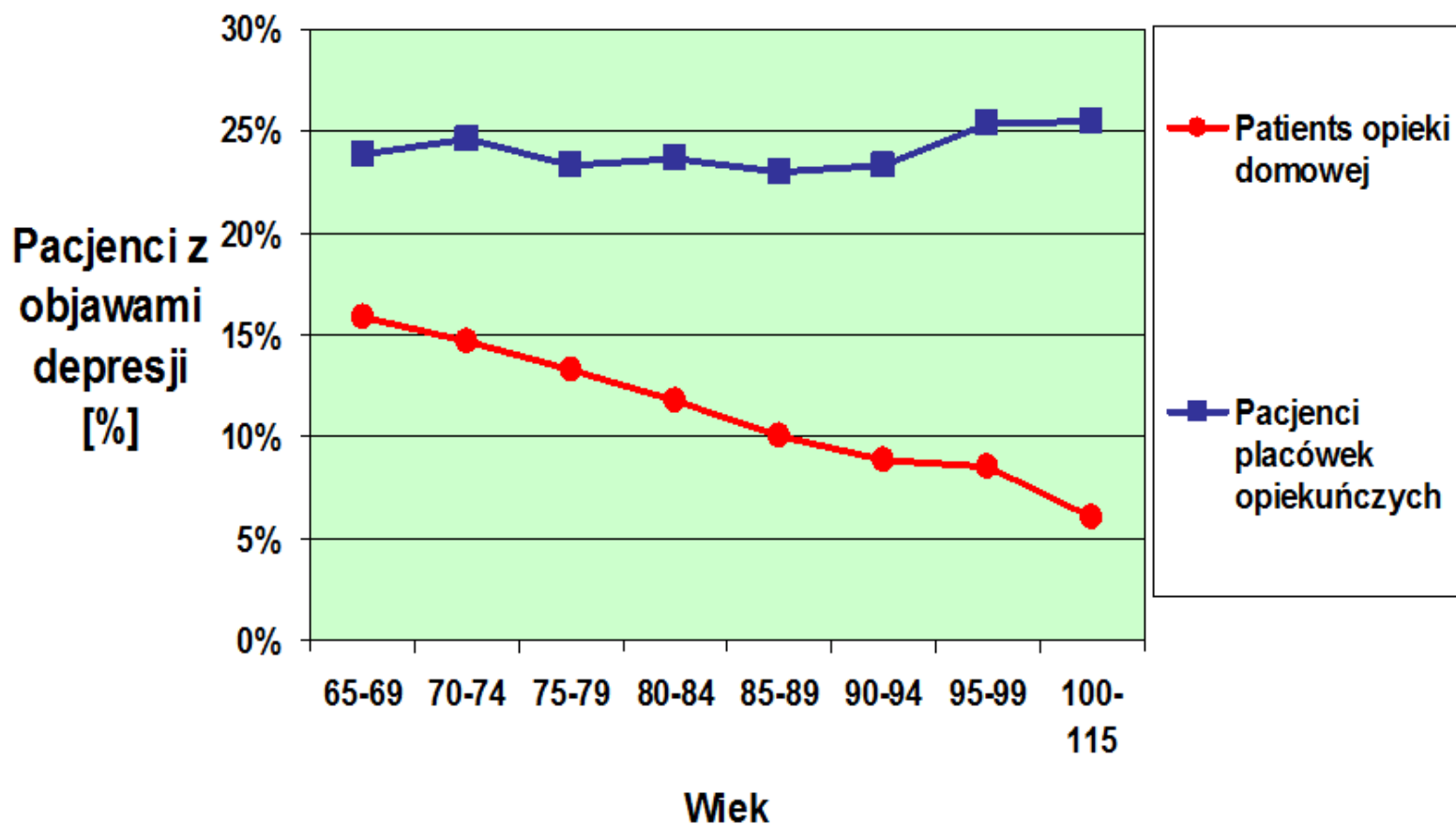
N=387

ZOL



■ norma ■ Depresja ICD F32-33

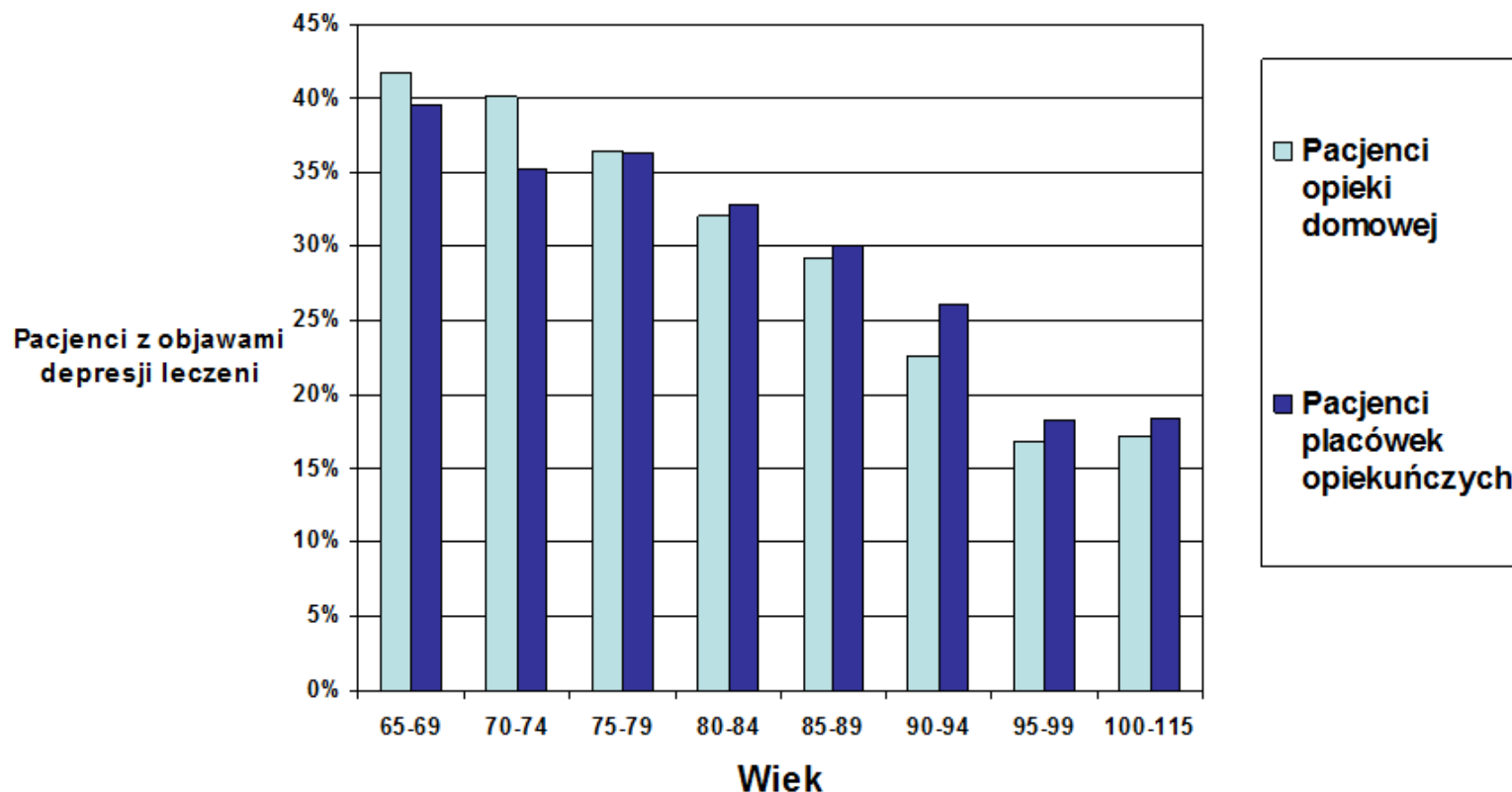
Występowanie objawów depresji u pacjentów opieki długoterminowej



114 497 pacjentów opieki domowej
77 490 pacjentów instytucji opiekuńczych

Szczerbińska et al. AJGP 2012

Zaniechania leczenia przeciwdepresyjnego u pacjentów z objawami depresji

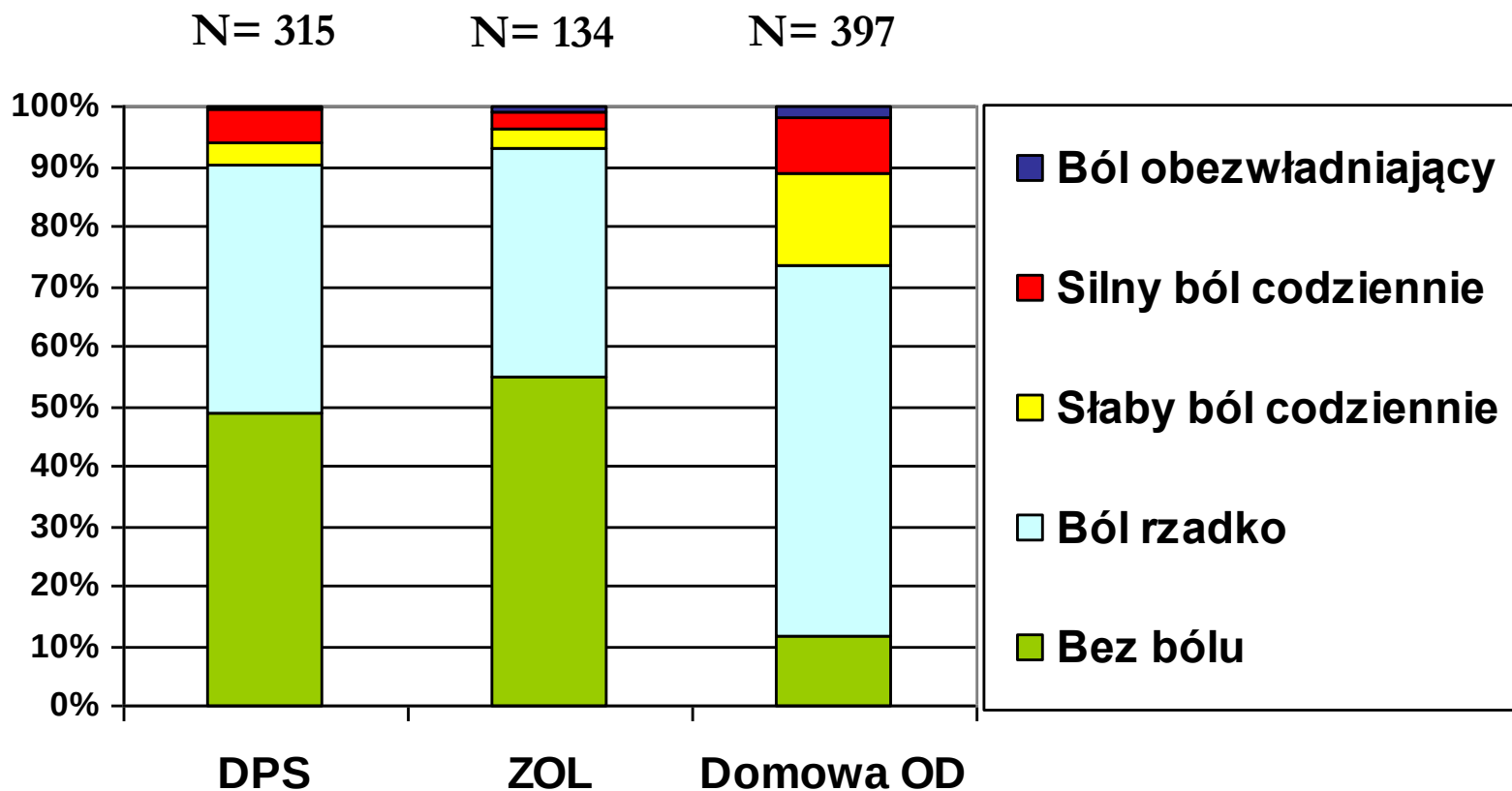


114 497 pacjentów opieki domowej
77 490 pacjentów instytucji opiekuńczych

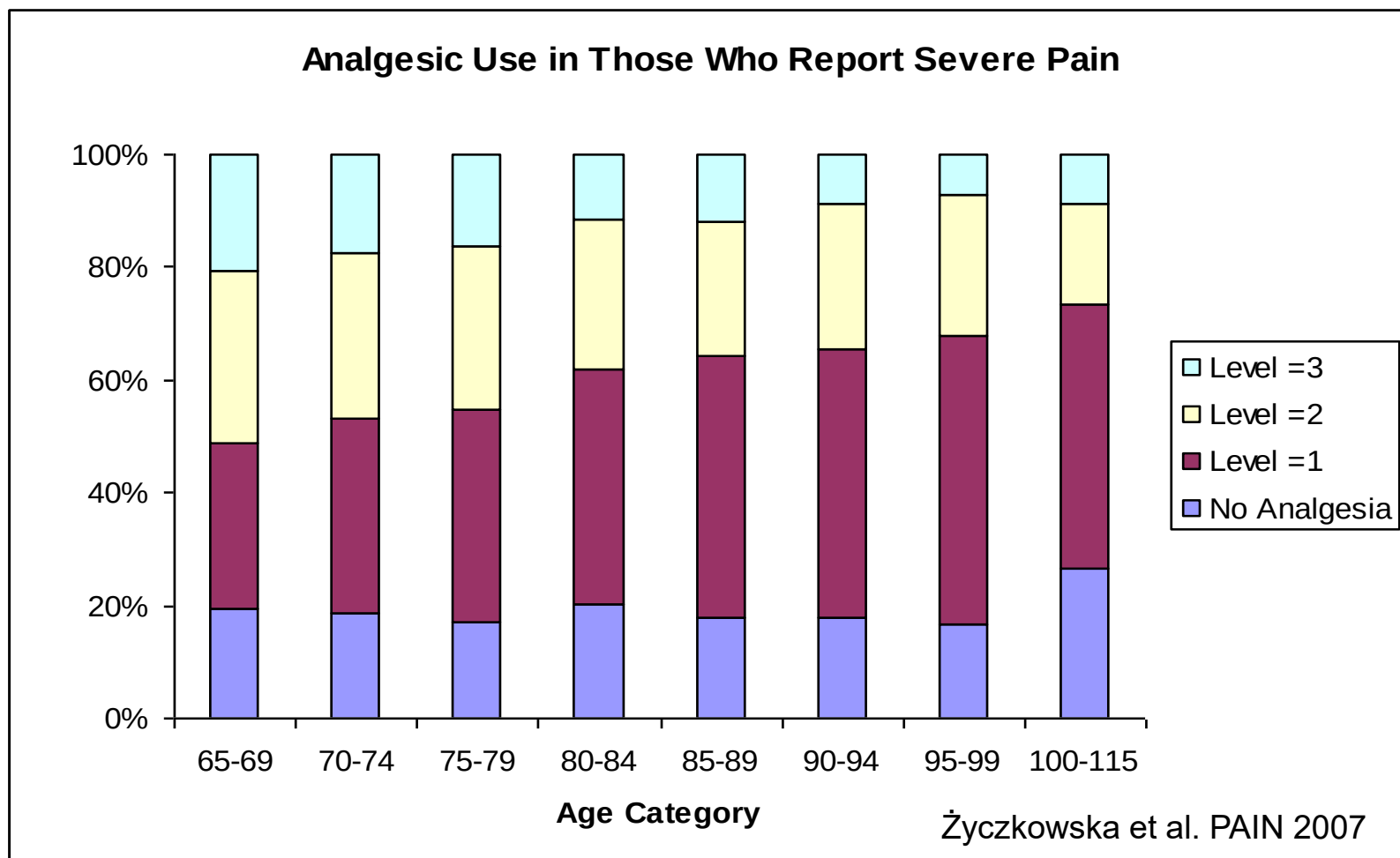
Szczerbińska et al. AJGP 2012



Ból – jako wskaźnik jakości opieki

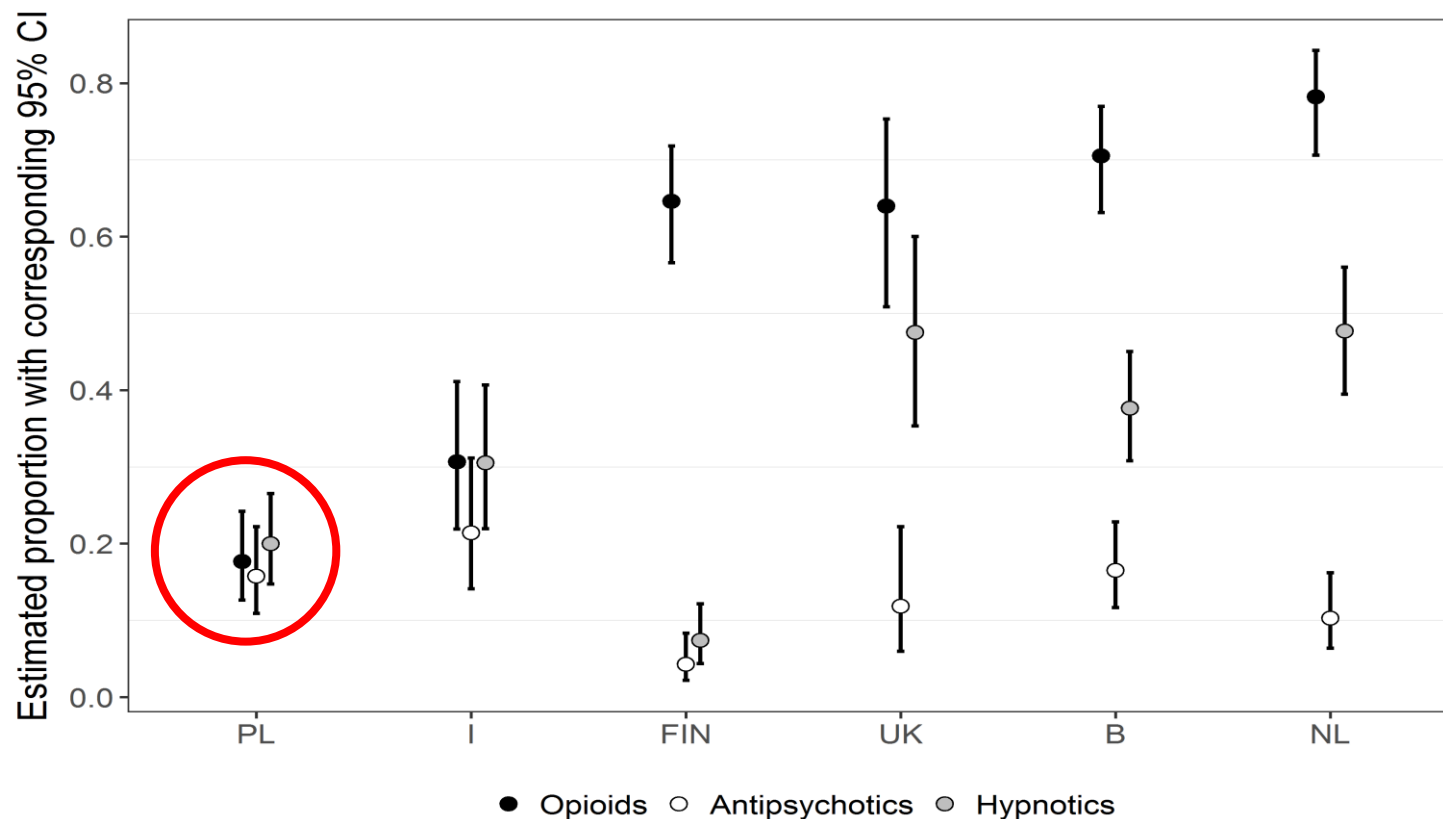


Stosowanie leków przeciwbólowych u pacjentów z silnym bólem a WIEK



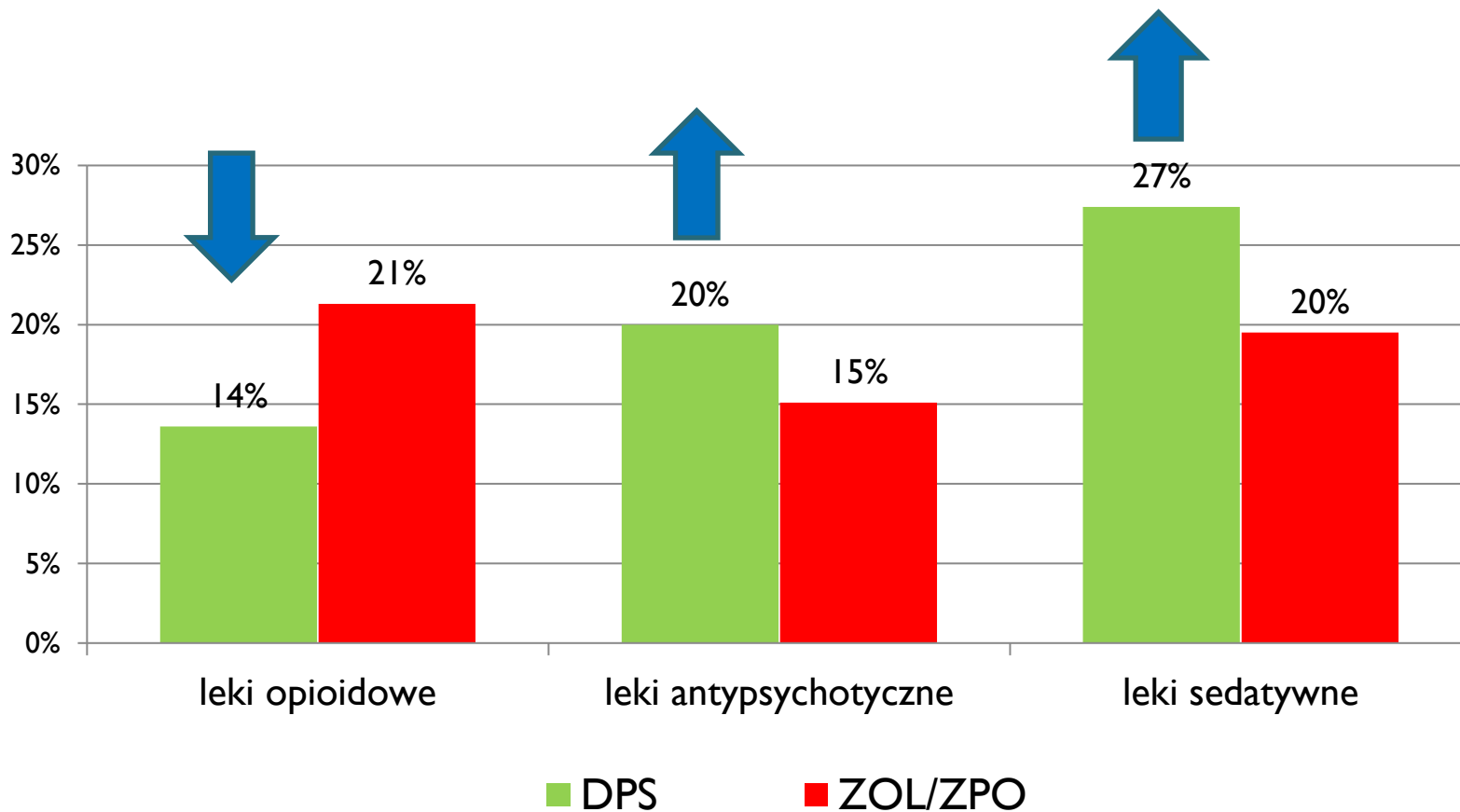
114 497 pacjentów opieki domowej
77 490 pacjentów instytucji opiekuńczych

Stosowanie leków opioidowych, antypsychotycznych, nasenno-sedatywnych w ostatnich **3 dniach życia** u pacjentów w zakładach opieki długoterminowej

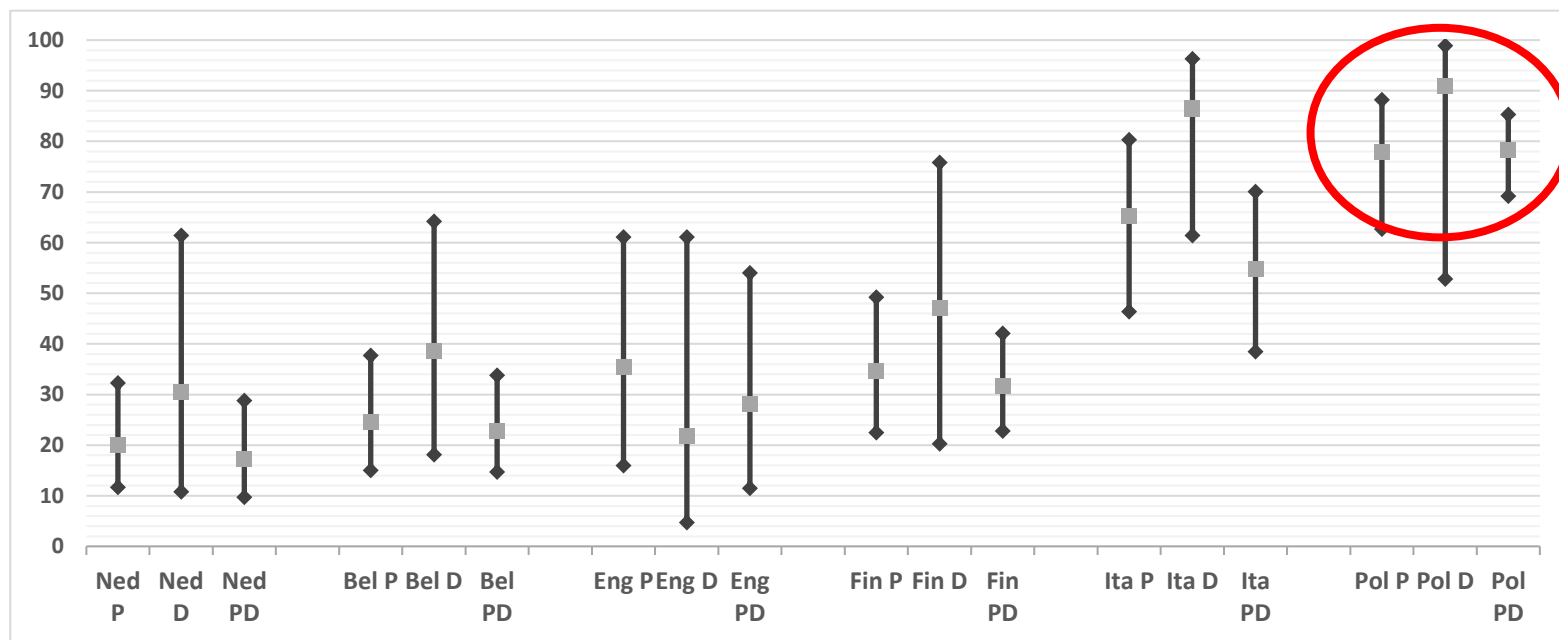


Tanghe M. et al. "Opioid, antipsychotic and hypnotic use in end of life in nursing homes in 6 European countries. Results of PACE." EJPH 2019.

Stosowanie leków w ostatnich 3 dniach życia



Pacjenci, którzy nie otrzymali leków opioidowych pomimo wskazań: ból lub/i duszność w ostatnich **3 dniach życia** w zakładach opieki długoterminowej



Holandia

19.2%

Belgia

25.2%

Anglia

29.3%

Finlandia

33.7%

Włochy

64.6%

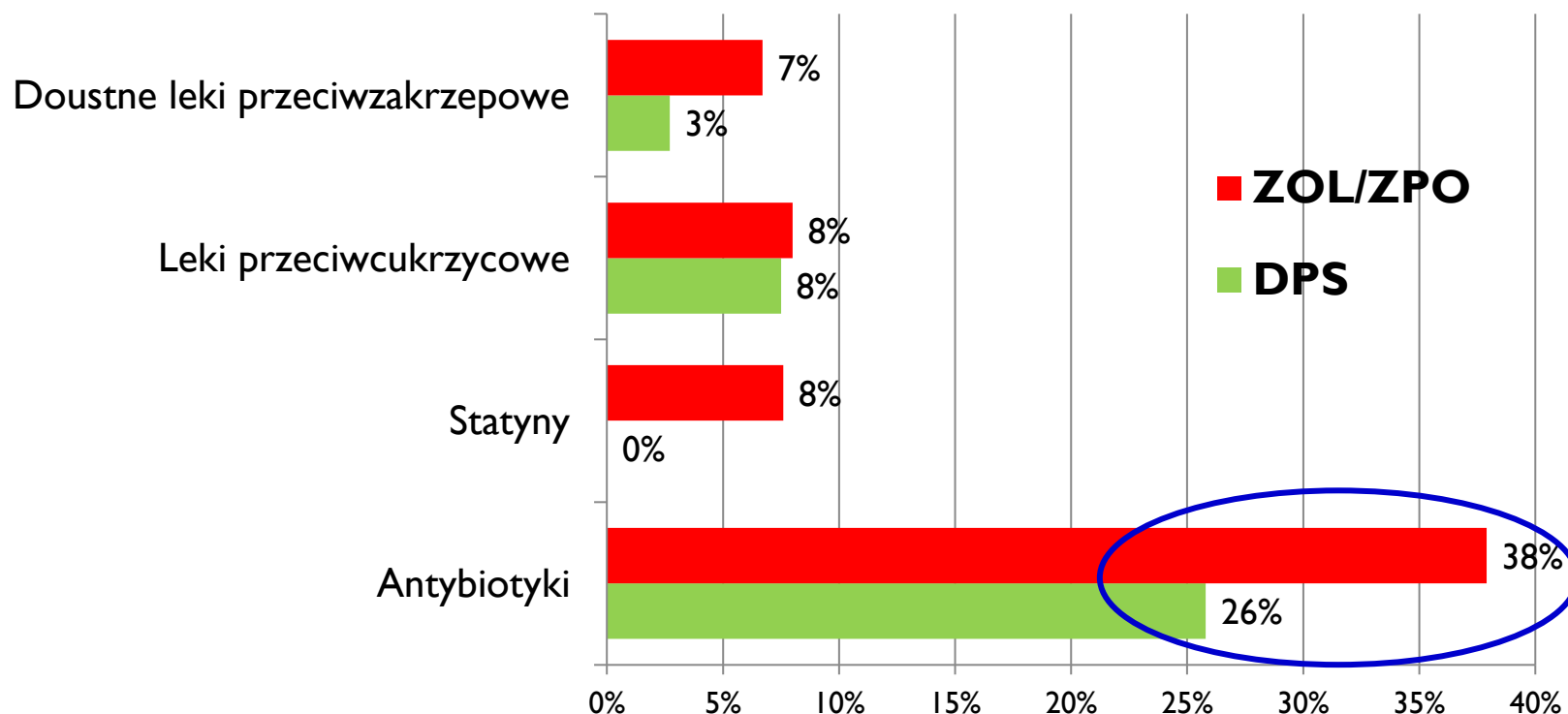
Polska

79.1% ($p=0.001$)

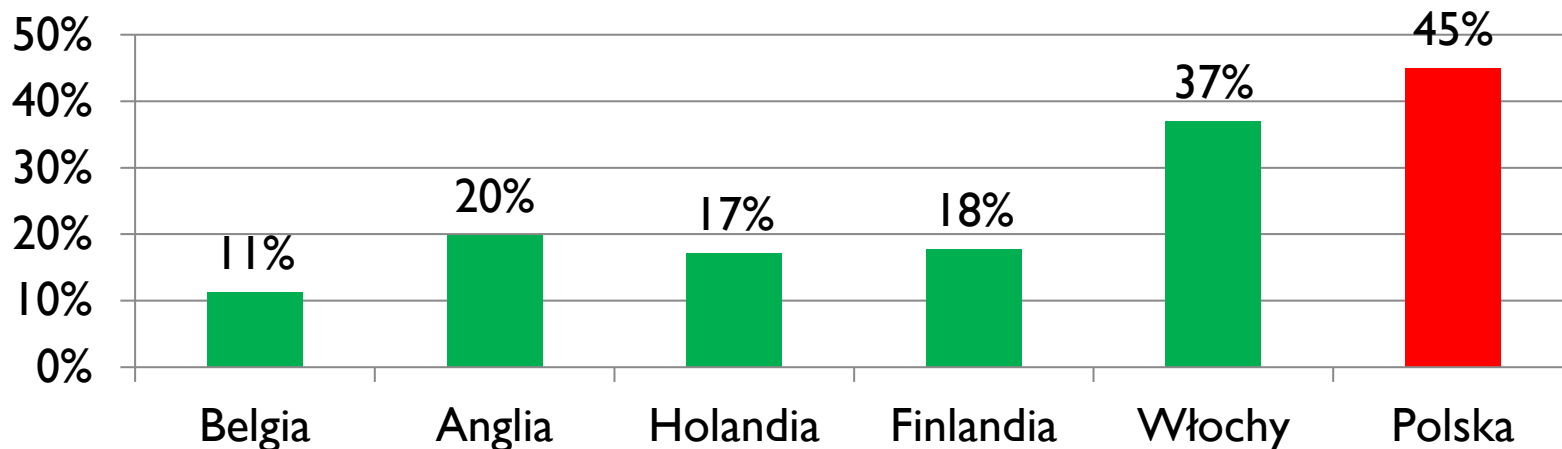
57.2% pacjentów z dusznością, 41.2% - z bólem, 37.4% z dusznością i bólem ($p=0.013$)

Tanghe M. et al. "Opioid underuse in terminal care of long-term care facility residents with pain and/or dyspnoea: A cross-sectional PACE-survey in six European countries" Palliative Medicine 2020.

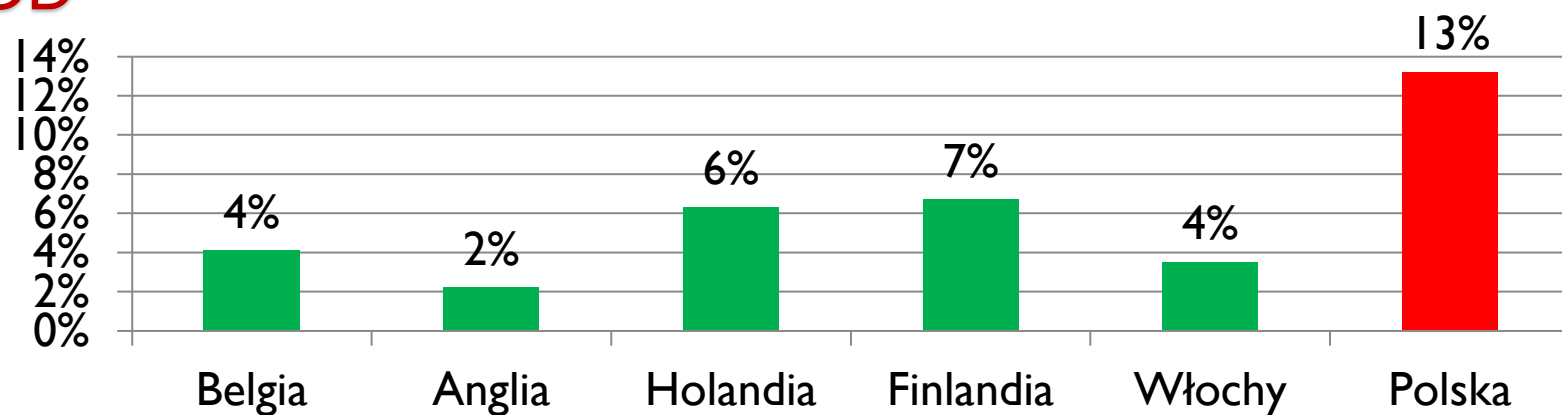
Stosowanie leków w ostatnim tygodniu życia



Stosowanie antybiotyków w ostatnim tygodniu życia w OD



Stosowanie leków p/cukrzycowych w ostatnim tygodniu życia w OD



Honinx et al. *Journal of Pain and Symptom Management* (2020), <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.001>.

Zalecenia czego nie robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Ustalić przyczynę zaburzeń psychicznych i zachowania (BPSD) w przebiegu otępienia zanim podamy leki psychotropowe
 - Pobudzenie może być skutkiem zaparcia, bólu, hałasu, zimna lub gorąca

<https://www.choosingwisely.org>

Najpierw należy zastosować terapię nefarmakologiczną. Jeśli nie pomaga – sięgnąć po leki zaczynając od małych dawek, stale kontrolować efekt i stopniowo odstawiać jeśli to tylko możliwe.

* **behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)**

Zalecenia czego nie robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Nie przepisywać statyn pacjentom z krótkim rokowaniem co do życia.
 - Nie ma dowodów na to, że po 70 roku życia przedłużają życie i chronią przed zawałem.
 - Wraz z wiekiem zwłaszcza po 85 r.ż. rośnie ryzyko objawów ubocznych:
 - zaburzeń funkcji poznawczych,
 - upadków,
 - neuropatii i
 - miopatii

<https://www.choosingwisely.org>

Zalecenia czego nie robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Nie rozpoczynaj leczenia przeciw/nadciśnieniowego u pacjentów 60+ z **zespołem kruchości**, gdy SP<150mmHg lub DP<90mmHg
 - Zbyt duże obniżenie ciśnienia może sprzyjać hipotonii ortostatycznej, zmniejszać przepływ mózgowy
 - Nie ma dowodów, że chroni przed udarem lub zawałem serca.

<https://www.choosingwisely.org>

Zalecenia czego nie należy robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Nie stosować wielu dawek insuliny podawanej okołoposiłkowo oraz wielokrotnych pomiarów glikemii.
- Wskazana jedna dawka (wyjątkiem zaburzenia odżywiania)
- Nie dążymy do niskich wartości glikemii - **unikać hipoglikemii !**
- Zezwalamy na wyższe wartości HbA1c 7-8%

<https://www.choosingwisely.org>

Kryteria wyrównania HbA1c wg IDF:

Pacjent samodzielny 7,0-7,5%, ale nie mniej niż 7,0%;
glikemia na czczo nie mniej niż 6mmol/l

Pacjent niesamodzielny 7,0-8,0%

Pacjent z zespołem słabości lub/i z otępieniem do 8,5%

Pacjent u schyłku życia unikać hipoglikemii

Pacjent w ZOL lub DPS zależnie od stanu pacjenta –

Z. słabości – unikać leków zmniejszających masę – metforminy, agonistów GLP-1

Brak apetytu – jeśli pacjent na insulynie to podawać okołoposiłkowo w dawce zależnej od wielkości spożytego posiłku.

Zalecenia czego nie należy robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Nie zakładać żywienia przez PEG u pacjentów z zaawansowanym otępieniem. Karmić doustnie.
- Nie przedłuża życia
- Nie poprawia jakości życia i nie zapewnia komfortu
- Nie zmniejsza dolegliwości
- Może powodować biegunki, bóle brzucha, przewodnienie i zachłyśnięcie

<https://www.choosingwisely.org>

Zalecenia czego nie robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Nie pobierać moczu na posiew o ile nie ma wyraźnych objawów infekcji dróg moczowych.
 - Przewlekła bezobjawowa bakteriuria występuje u 50% pacjentów i nie jest wskazaniem do podania antybiotyków
 - Antybiotykoterapia powoduje biegunki, działania uboczne, tworzenie szczepów opornych, zakażenie *Clostridium diff.*
 - Gorączka, leukocyturia wskazaniem do podania antybiotyku lub bakteriostatyku

<https://www.choosingwisely.org>

Zalecenia czego nie robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Unikać stosowania cewnikowania dr. moczowych
 - Ponieważ cewnik sprzyja bakteriurii
 - Wskazaniem do cewnikowania jest ostre zatrzymanie oddawania moczu lub ułatwienie leczenia odleżyny w okolicy krzyżowej.

<https://www.choosingwisely.org>

Zalecenia czego nie robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Nie powtarzać badania toksyn *C. difficile* po ustąpieniu objawów po to by tylko potwierdzić skuteczność leczenia
 - Ponieważ wynik testu utrzymuje się długo (30 dni) po ustąpieniu objawów
 - Ważne jest szybkie rozpoznanie i izolacja chorego, higiena rąk by nie przenieść infekcji na innych pacjentów

<https://www.choosingwisely.org>

Konieczne zapobieganie zakażeniom wewnątrz instytucji !

- Wirus grypy
- Streptococcus pneumoniae
- Bordetella pertussis
- Norowirusy
- Clostridium difficile
- SARS-CoV2

American Geriatrics Society

Choosing Wisely, 2015

- Nie prowadzić **badania przesiewowych** w kierunku raka piersi, jelita grubego oraz gruczołu krokowego jeśli pacjent OD nie rokuje co najmniej 10 lat przeżycia.
 - Ryzyko tych badań przeważa korzyści

Zanim zlecisz u osoby starszej badania przesiewowe w kierunku raka piersi, jelita grubego, gr. krokowego i płuc
Najpierw oceń:

- jej rokowanie co do długości życia ($LE > 10$ lat)
- ryzyko i korzyści z wykonania badań
- ryzyko nadmiernego diagnozowania
- ryzyko nadmiernego leczenia

Schröder et al. N Engl J Med. 2012;366(11):981–90.

Moyer et al. Ann Intern Med. 2012;157(2):120–34.

Lee et al. BMJ. 2012;346:e8441

N Engl J Med. 2011 Aug 4;365(5):395-409.

Wolf et al. JAMA Intern Med. 2014;174(12):2019-22

Zalecenia czego nie robić w ZOL/ZPO Choosing Wisely (2015)

- Nie kieruj pacjenta:
 - z zespołem kruchości,
 - umiarkowanym lub głębokim otępieniem,
 - zaburzeniami ADL
- do szpitala bez istotnej przyczyny.
- Hospitalizacja zwiększa ryzyko delirium, infekcji, bezsenności, pogorszenia sprawności.
 - ACP – (Advanced Care Planning) wskazane jest wyprzedzające planowanie opieki

<https://www.choosingwisely.org>

Zalecenia ACP- Advanced Care Planning

- ACP – wskazane jest wyprzedzające planowanie opieki

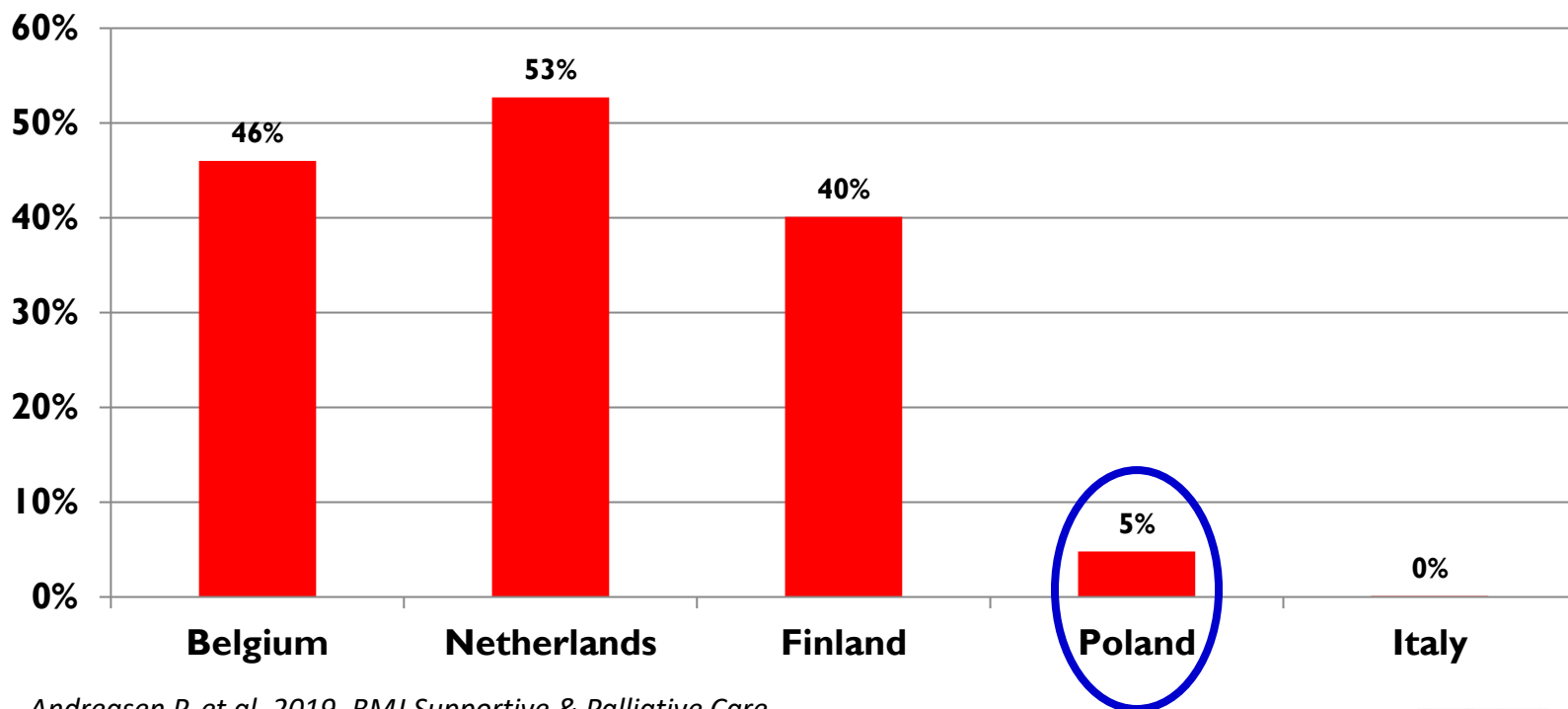
Już przy przyjęciu pacjenta do placówki opieki długoterm. należy rozmawiać z pacjentem i rodziną:

- Jaki jest **ich cel przyjęcia** (usprawnienie, odżywienie, powrót do domu, przyjęcie do DPS, czy opieka nad umierającym) ?
- Jakie jest **oczekiwanie odnośnie zakresu opieki** ?
- W ciągu kilku tygodni od przyjęcia należy omówić z pacjentem jego oczekiwania, **życzenia odnośnie podejmowania leczenia, hospitalizacji i resuscytacji** w sytuacji gdy jego stan nie będzie pozwalał mu na podjęcie takich decyzji.
- W Polsce kwestia pełnomocnika ds. medycznych nadal nie jest prawnie uregulowana.

Liczba pacjentów którzy wyrazili jedno lub więcej z następujących życzeń (AD-Advanced Directives): (1384 pacjentów)

- DNR – do not resuscitate – nie prowadzić resuscytacji
- DNH – do not hospitalize – nie hospitalizować
- DT – discontinue treatment – zaprzestać leczenie
- LPT – request for life prolonging measures – prośba o podjęcie leczenia

Number of residents who expressed at least one AD



Andreasen P, et al. 2019. BMJ Supportive & Palliative Care



Wskaźniki jakości opieki w placówce opieki długoterminowej „złoty standard”

Występowanie lub nasilenie występowania:

- ✓ upadków
- ✓ urazów
- ✓ depresji
- ✓ nieleczonej depresji
- ✓ nietrzymania moczu
- ✓ zakażeń dróg moczowych
- ✓ utraty masy ciała
- ✓ odleżyn
- ✓ bólu
- ✓ stosowania śr. przymusu bezpośredniego
- ✓ zaburzeń zachowania
- ✓ leczenia lekami psychotropowymi

Hutchinson et al. BMC HSR 2010



Dziękuję za uwagę

Katarzyna.Szczerbinska@uj.edu.pl