

Palliatív betegellátás belgyógyászati osztályon

Habilitációs előadás

Dr. Szigeti Nóra

PTE KK II. sz. Belgyógyászati Klinika és Nephrológiai, Diabetológiai Centrum

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori Iskola

A Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Kiss István az MTA doktora
egyetemi tanár

2024. november 25.

Az előadás vázlata

1. Bevezetés
2. A saját munkát elindító alapgondolatok
3. Saját munkák
4. Következtetések

Bevezetés

A palliatív ellátás a krónikus, progresszív kórképek előrehaladott stádiumaiban szenvedők speciális ellátási formája. Célja az életminőség javítása („totális fájdalom” csökkentése, család támogatása, előzetes ellátástervezés, reális kezelési célok).^{1, 2}

¹Horváth O, Rácz K, Jakus N és mtsai: A hospice-palliatív ellátás hatékony integrálása a hazai onkológiai és családorvosi gyakorlatba. Orv Hetil. 2022; 163(38): 1520-1527.

²Busa Cs, Zeller J, Csikós Á: Ki döntsön az élet végén? Az ellátás előzetes tervezésének nemzetközi gyakorlata és hazai lehetőségei. Orv Hetil. 2018; 19(4): 131-140.

A saját munkát elindító alapgondolatok

1. Hazánkban a palliatív ellátási igény: 31-83%³, de szabályozott, finanszírozott palliatív ellátásba csak néhány kórkép vonható.
2. Otthoni ellátást preferálná 69%, de csak 30% kapja meg⁴

³Benyó G, Lukács M, Busa Cs és mtsai: A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. Magy Onkol. 2017; 61: 292-299

⁴Busa Cs, Zeller J, Csikós Á: Életvégi kívánságokkal és döntésekkel kapcsolatos vélemények és ismeretek a magyar társadalomban. Kharón. 2018; 22: 9-26.

A saját munkát elindító alapgondolatok

3. A fekvőbeteg ellátásban a legmegfelelőbb a mielőbb elkezdett palliatív ellátás.⁵
4. Pécssett palliatív ellátási modell (integrált ellátási modell, Klinikai Palliatív Mobil Team, onkoteam) jött létre

⁵Engel PT, Thavayogarajah T, Görlich D, et al: Establishment of a palliative care consultation service (PCCS) in an acute hospital setting. Int J Environ Res Public Health 2020; 17: 4977.

Saját munkák

- I. A palliatív mobil team ellátási rendszer kidolgozása fekvőbeteg osztályra
- II. A palliatív betegellátás belgyógyászati osztályunkon
- III. A palliatív ellátásban lévő betegek tüneti terhei
- IV. A hemodialízis kezelésben lévő betegek palliatív ellátása

I.

A palliatív mobil team ellátási rendszer kidolgozása fekvőbeteg osztályra

A Klinikai Palliatív Mobil Team keretein belül, belgyógyászati osztályunkon, az országban elsőként dolgoztuk ki a palliatív szakellátás rendszerét.

Céljaink:

1. A palliatív ellátásra szoruló betegeink számára az állapotuknak legjobban megfelelő kezelés mielőbb biztosítása
2. Hasonló palliatív ellátó rendszerek kialakításának segítése

Eredmény I.

A palliatív betegellátás folyamata fekvőbeteg osztályon

A. Krónikus, progresszív kórképben szenvedő, súlyos állapotú beteg felvétele fekvőbeteg osztályra

1. A „meglepődéskérdés” feltétele a beteg ellátó orvosa által
2. Nemleges válasz esetén hagyományos palliatív konzílium



Eredmény I.

A palliatív betegellátás folyamata fekvőbeteg osztályon

B. Palliatív konzílium

1. Anamnézis

2. A tüneti terhek felmérése:

a) Az osztályos felvétel oka,

b) A beteg panaszai (ESAS),

c) A beteg funkcionális stádiuma (Karnofsky-, ECOG-skála)

Eredmény I.

A palliatív betegellátás folyamata fekvőbeteg osztályon

3. Célzott fizikális vizsgálat
4. Reális kezelési célok meghatározása
5. Kezelés:
 - a) Az ellátó orvos vezetésével, új gyógyszerek alkalmazása
 - b) Állapotromlás reverzibilisnek tartott oka esetén maximális, időkorlátos korrekció megkísérlése
 - c) A beteg igényeinek megfelelő speciális ellátás a team tagjai által
6. Ismételt palliatív konzílium: A terápia hatásának vizsgálata

Eredmény I.

A palliatív betegellátás folyamata fekvőbeteg osztályon

7. Onkológiai konzílium
8. Családi megbeszélés
9. Referálás a palliatív onkoteam-nek
10. Referálás a palliatív koordinátornak

Összefoglalás I.

- A palliatív betegellátás kialakítása a fekvőbeteg osztályokon szükséges a progresszív kórképben szenvedő, súlyos állapotú betegek életminőségének javításához.
- Ennek megvalósulásához elkötelezett intézményvezetés, a betegellátást végzők szemléletváltozása, az ellátási rendszer strukturált kiépítése és a speciális gyógyszerek elérhetőségének biztosítása szükséges.

II.

A palliatív betegellátás belgyógyászati osztályunkon

Retrospektív tanulmányt végeztünk, a 2020. január 1. és 2024. január 31. között klinikánkra a Sürgősségi Betegellátó Osztályról felvett, palliatív konzíliumba, hagyományos módon referált betegekkel.

Célunk: A palliatív ellátás jellemzőinek felmérése

Eredmények II.

A betegek jellemzői

Eredmények II.

A betegek és a palliatív betegellátás jellemzői

Eredmények II.

A betegek és a palliatív betegellátás jellemzői

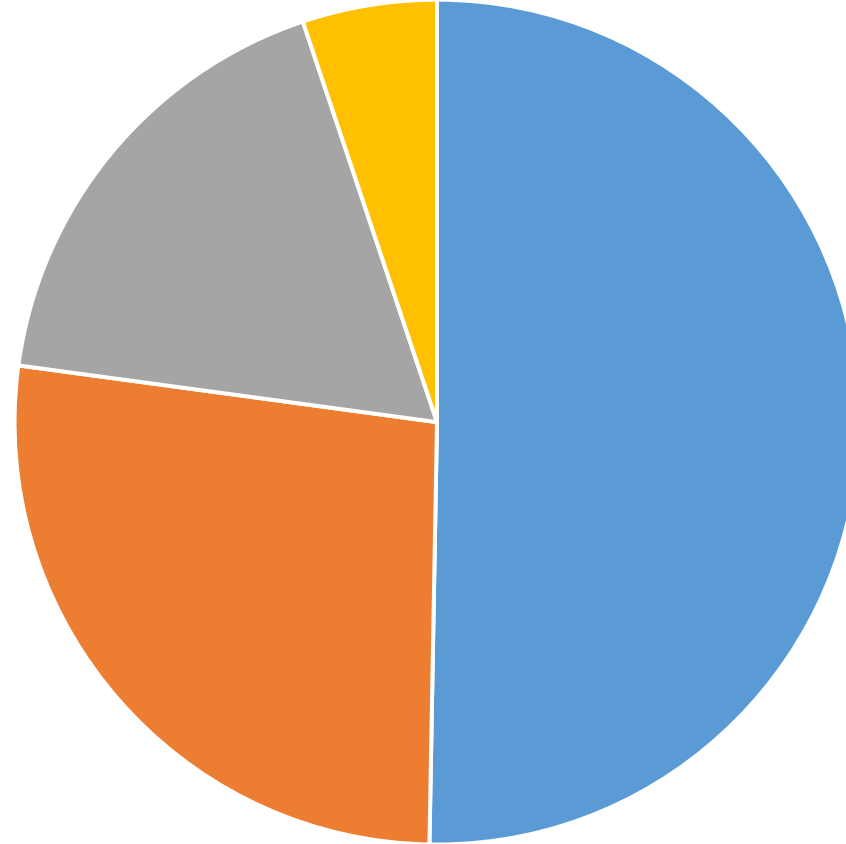
Eredmények II.

A betegek jellemzői

Eredmények II.

A betegek további sorsa

Eredmények II. A betegek halálának helye



■ **Klinika vagy kórház (88)** ■ **Otthon (47)** ■ **Intézeti hospice osztály (31)** ■ **Ápolási osztály (9)**

Összefoglalás II.

- Eredményeink alapján a palliatív ellátási igényű betegek tüneti terhei jelentősek.
- A daganatos betegek diagnózisa sokszor késői,
 - Korai palliatív ellátásuk ritkán történik meg,
 - Palliatív gondozásba későn kerülnek,
 - Sokszor nem az otthonukban halnak meg, ahol utolsó időszakuk eltöltését preferálnák.
- A nem daganatos, krónikus progresszív kórképben szenvedőknél ritkán gondolunk a palliatív ellátási szemlélet szükségességére.

III.

A palliatív ellátásban lévő betegek tüneti terhei

A palliatív ellátásban részesülők tünetei terhei összetettek, a diagnosztika és a kezelés módszerét a beteg tünetei és a várható életkilátása határozzák meg.

A vizsgált tüneti terhek:

Hiponatrémia

Cukorbeteg-anyagcserezavar

III/1. Hiponatrémia

Javaslatot fogalmaztunk meg eme leggyakoribb ionzavar kivizsgálására és korrekciójára a palliatív ellátásban lévő betegek esetében.

Eredmények III/1.

A hiponatrémia kivizsgálása és kezelése a palliatív ellátásban

Szérum nátrium: hiponatrémia



Szérum ozmolaritás: <280 mOsm/kg: **hipotoniás (valódi) hiponatrémia**

akut (ritka) vagy súlyos tünetek: azonnali, óvatos 3%NaCl

középsúlyos tünetek: 0,9%NaCl (GSF „A”, „B”, „C”)



Vizelet ozmolaritás: → ≤ 100 mOsm/kg (ritka)



>100 mOsm/kg



Eredmények III/1.

A hiponatrémia kivizsgálása és kezelése a palliatív ellátásban



Vizelet nátrium:

$\leq 30 \text{ mmol/l}$:

→hipervolémiás

→hipovolémiás

$> 30 \text{ mmol/l}$:

→hipovolémia

→normovolémia

Krónikus, tünetek nélkül vagy enyhe tünetekkel: kezelés nem szükséges vagy a kiváltó ok korrekciója (GSF „A”, „B”). Agonizáló beteg (GSF „D”): kezelés nem szükséges

Összefoglalás III/1.

1. A palliatív ellátásban lévő betegek hiponatrémiájának kivizsgálása és kezelése a beteg tüneteinek és várható életkilátásának függvénye.
2. A rövid várható életkilátású, vagy tünetmentes betegek ionzavara kezelést nem igényel.
3. A hosszabb várható életkilátású, vagy tünetes betegek ionzavarát az életminőség javítása céljából kezeljük.

III/2.

Cukorbeteg-anyagcserezavar

A cukorbeteg emésztőrendszeri tünetei és a gyógyszeres kezelések mellékhatásainak áttekintése után, nemzetközi szakirodalom alapján, kidolgoztuk a palliatív ellátásban részesülő, cukorbetegséggel is kezeltek anyagcserezavarának hazai viszonyokra adaptált ellenőrzési és kezelési módszerét.

Szigeti N, Wittmann I: Emésztőrendszeri rendellenességek cukorbetegségben. Diabetologia Hungarica, 2022; 30: 189-196.

Szigeti N, Frank N, Wittmann I, Csikós Á: A diabetes mellitus kezelése palliatív ellátásban részesülő betegekben. Orv Hetil 2022; 163: 1231-1236.

A javaslat bekerült „A diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban” című Egészségügyi szakmai irányelvbe (Egészségügyi szakmai kollégium, Klinikai egészségügyi szakmai irányelv. Azonosító: 002243. Megjelenés dátuma: 2023. augusztus 02.)

Eredmények III/2.

A cukorbetegség kezelése és ellenőrzése a palliatív ellátásban

„A” (kék) stádium

1. A vércukorszint ellenőrzés a korábbiaknak megfelelő

2. A diétás javaslatok liberalizálása

3. ACE-gátló, ARB, statin, aspirin?

T2DM: az eddigi antidiabetikus kezelés újragondolása, dóziscsökkentés (testsúly csökkenés!), váltás gliklazidra, napi egyszer adott hosszú hatású inzulinra, T1DM: hosszú hatású inzulin, inzulinpumpa

„B” (zöld) stádium

1. A vércukorszint ellenőrzés ritkul

2. Kezelési vércukor célérték: 6-15 mmol/l

3. Napi egyszer adott hosszú hatású inzulin

Eredmények III/2.

A cukorbetegség kezelése és ellenőrzése a palliatív ellátásban

„C” (sárga) stádium

1. A vércukorszint ellenőrzés tovább ritkul
2. Kezelési vércukor célérték: 6-15 mmol/l
3. Napi egyszeri hosszú hatású inzulin csökkentett dózisban

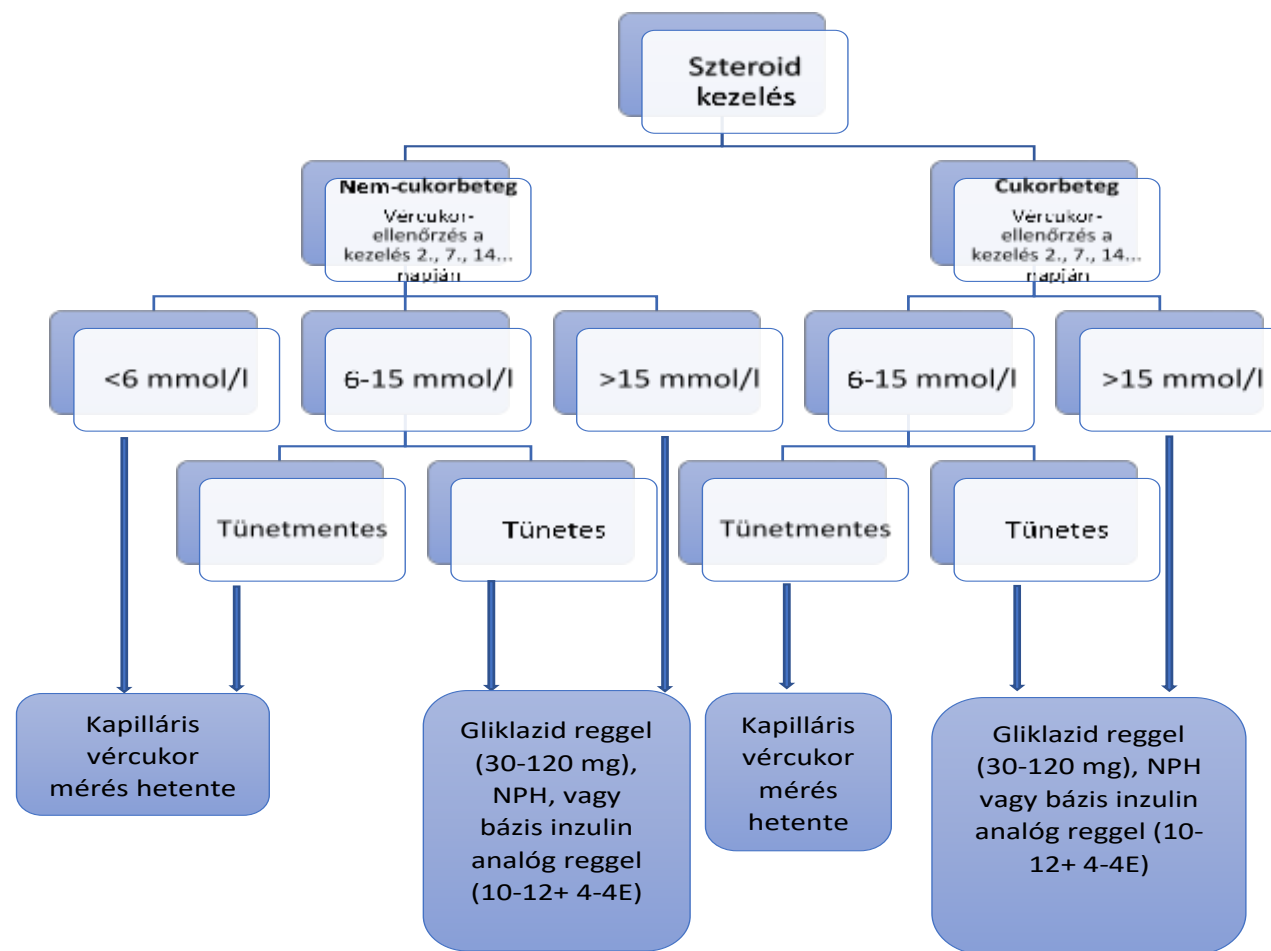
„D” (piros) stádium

1. A vércukorszint ellenőrzése anyagcsere kisiklások gyanúja esetén; agóniában felfüggesztendő
2. A kezelési cél a hipoglikémia, a tüneteket okozó hiperglikémia, a diabéteszes sürgősségi állapotok elkerülése/agóniában kezelési anyagcsere cél nincs
T2DM: a kezelés felfüggeszthető, T1DM: csökkentett dózisú hosszú hatású analóg bázisinzulin. Agóniában a kezelés felfüggesztendő.

GSF (Gold Standards Framework), „A”: >1 év, „B”: hónapok, „C”: hetek, „D”: életvég, agónia, T2DM: 2-es típusú cukorbetegség, T1DM: 1-es típusú cukorbetegség

Eredmények III/2.

Vércukorellenőrzés és kezelés szteroid adása esetén a palliatív ellátásban



Összefoglalás III/2.

- A palliatív ellátásban lévő cukorbeteges esetében elsődleges célunk nem a vércukorszint normalizálása, hanem súlyos anyagcsere-kisiklások elkerülése a betegbiztonság, és az elfogadható életminőség biztosítására.
- Az új terápiás célok elfogadtatása a beteggel és családjával elsődleges fontosságú.

IV. A hemodialízis kezelésben lévő betegek palliatív ellátása

A krónikus hemodialízis kezelésben részesülők felmérését végeztük 2022. július 1.-2023. december 31. között a palliatív ellátás szükségességének megítélésére.

IV. A hemodialízis kezelésben lévő betegek palliatív ellátása

Céljaink:

1. Krónikusan hemodializált, végstádiumú **daganatos** kórképük miatt palliatív ellátásban részesülők tüneti terheinek vizsgálata (ESAS-r: Renal kérdőív„A” és „B” csoport), valamint életvégi kívánságaik felmérése („B” csoport)
2. Krónikusan hemodializált, **nem daganatos** betegeink vizsgálata tüneti terheik (IPOS-Renal kérdőív), többszervi érintettségük (Charlson komorbiditási index) és funkcionális állapotuk („meglepődéskérdés”) szempontjából

Eredmények IV/1.

A hemodialízis kezelésben és palliatív ellátásban lévő daganatos betegek jellemzői

- A betegek a széles skálán (ESAS-r: Renal kérdőív) nem tudták értékelni tüneteit időbeli változását → 2. vizsgálatrész: IPOS-Renal kérdőív
- A „B” csoport elhunyt két betege életvégi kívánsága teljesült

Eredmények IV/2.

A hemodialízis kezelésben lévő, nem daganatos betegek jellemzői

Eredmények IV/2.

A hemodialízis kezelésben lévő, nem daganatos betegek tüneti terhei

■ 0 pont ■ 1 pont ■ 2 pont ■ 3 pont ■ 4 pont

Összefoglalás IV.

Eredményeink alapján, a krónikusan hemodializált, magas átlagéletkorú, sokszor rossz kognitív funkciójú, súlyos komorbiditásokkal, tüneti terhekkal bíró és magas mortalitású betegek palliatív ellátásának mielőbbi és széles körű bevezetése hazánkban is indokolt.

Következtetések

1. A palliatív betegellátás javítja a krónikus, progresszív kórképek súlyos állapotú betegeinek és családjaiknak életminőségét, és reális kezelési célok megfogalmazásával az egészségügy terhelését.

Következtetések

2. A finanszírozott ellátásba vonhatók korai palliatív gondozása, a jelenleg finanszírozott ellátásba nem vonható, előrehaladott stádiumú betegek palliatív szemléletű kezelése kívánatos.
3. Ezen kezelési célok eléréséhez az egészségügyi ellátók szemléletváltozása elengedhetetlen.

Köszönetnyilvánítás

Dr. Csikós Ágnes, Prof. Dr. Wittmann István

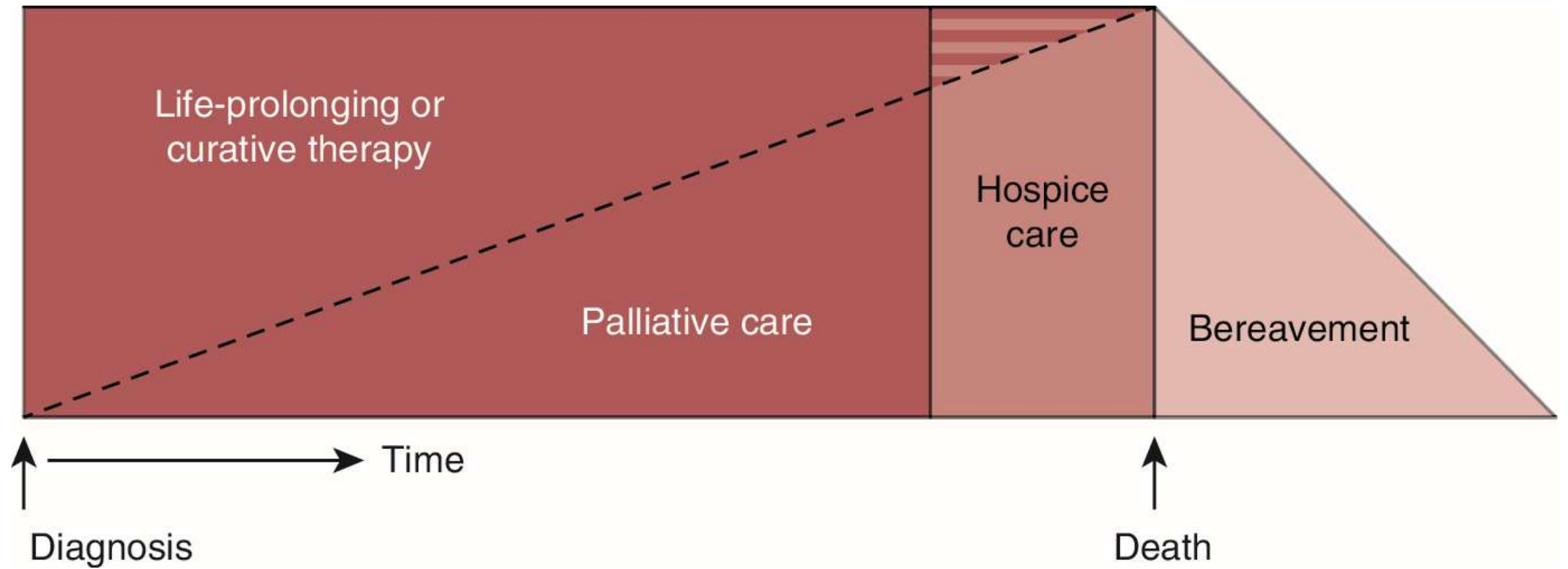
Klinikai munkatársaim (Dr. Fábián György, Dr. Tóth Sára, Dr. Kun Szilárd)

Palliatív munkacsoport (Prof. Dr. Mangel László, Dr. Frank Nóra, Dr. Busa Csilla, Lukács Miklós, Forgács-Menyhért Mónika)

Dialízis állomások munkatársai (Dr. Csiky Botond, Dr. Sági Balázs, Dr. Gonda Edit, Dr. Maretics Balázs, nővérek)

Bodor Enikő, Horváth Viktória, Horváth Klaudia

Családom és barátaim



Nehézségek	Megoldásuk
A „meglepődéskérdés” feltétele, nemleges válasz esetén palliatív konzílium	Elesett állapotú betegnél automatikus „meglepődéskérdés” feltétel, kiváltott konzultáció
Karnofsky, ECOG skála használata	Kórrajzban a fizikális státusz része
Reális kezelési célok meghatározása	Ismételt megbeszélések a kezelőorvosokkal
Kábító fájdalomcsillapító használat	Hatékonyság és biztonság ellenőrzése, palliatív gyógyszerfiók
Családi megbeszélés	Családi megbeszélés kezelőorvos jelenlétében




Edmonton Symptom Assessment System:
(revised version) (ESAS-R)

Please circle the number that best describes how you feel NOW:

No Pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Pain
No Tiredness (Tiredness = lack of energy)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Tiredness
No Drowsiness (Drowsiness = feeling sleepy)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Drowsiness
No Nausea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Nausea
No Lack of Appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Lack of Appetite
No Shortness of Breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Shortness of Breath
No Depression (Depression = feeling sad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Depression
No Anxiety (Anxiety = feeling nervous)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Anxiety
Best Wellbeing (Wellbeing = how you feel overall)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible Wellbeing
No _____ Other Problem (for example constipation)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst Possible _____

Patient's Name _____
Date _____ Time _____

Completed by (check one):
☐ Patient
☐ Family caregiver
☐ Health care professional caregiver
☐ Caregiver-assisted

BODY DIAGRAM ON REVERSE SIDE

ESAS-r
Revised November 2010

Comorbidity	Score
Prior myocardial infarction	1
Congestive heart failure	1
Peripheral vascular disease	1
Cerebrovascular disease	1
Dementia	1
Chronic pulmonary disease	1
Rheumatologic disease	1
Peptic ulcer disease	1
Mild liver disease	1
Diabetes	1
Cerebrovascular (hemiplegia) event	2
Moderate-to-severe renal disease	2
Diabetes with chronic complications	2
Cancer without metastases	2
Leukemia	2
Lymphoma	2
Moderate or severe liver disease	3
Metastatic solid tumor	6
Acquired immuno-deficiency syndrome (AIDS)	6

doi:10.1371/journal.pone.0154627.t003

- ESAS-r Renal: +viszketés, alvás, nyugtalan láb

- A Karnofsky-index értéke 0-tól 100-ig terjed, ahol a skála egyik végpontja a halált, a másik végpont a panaszmentes állapotot jelöli az alábbi beosztás szerint:
 - 100 = tünetmentes, nincs akadálya a normál napi aktivitásnak
 - 90 = képes a normál napi aktivitás fenntartására, a betegségnek kisebb jelei, tünetei vannak
 - 80 = erőfeszítésekbe kerül a normál aktivitás elvégzése, jelen vannak a betegség egyes jelei vagy tünetei
 - 70 = önellátó, de a normál napi aktivitásra, aktív munkavégzésre nem képes
 - 60 = rendszeres segítséget igényel, de nagyrészt önellátó
 - 50 = jelentős segítséget és gyakori orvosi ellátást igényel
 - 40 = speciális kezelésre, segítségre szorul
 - 30 = súlyos beteg, kórházi ápolásra szorul, de nincs közvetlen életveszély
 - 20 = nagyon beteg, aktív orvosi kezelést, kórházi ápolást igényel
 - 10 = haldoklás, visszafordíthatatlan, végleges leépülés
 - 0 = halál
- Az ECOG teljesítmény státusz 5 fokozatú:
 - 0 = normál állapot, teljes, korlátozás nélküli aktivitás
 - 1 = tünetek jelentkeznek, a megerőltető fizikai tevékenységekben korlátozott, de ülő jellegű munkákat vagy az otthoni feladatokat képes ellátni,
 - 2 = mozgásképes, s önellátásra képes, de munkára nem; az idő több mint 50 százalékában aktív, éber
 - 3 = önellátásában is korlátozott, az idő kevesebb mint 50 százalékában aktív
 - 4 = teljesen magatehetetlen, önellátásra nem képes, ágyhoz kötött
 - 5 = halál