

Case management geriatrického pacienta

Klinický doporučený postup výboru České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP

MUDr. Astrid Matějková¹, MUDr. Ludmila Pavlíčková², MUDr. Zuzana Šnajdrová³, MUDr. Hana Vaňková, Ph.D.⁴, MUDr. Ingrid Rýznarová⁵, MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.⁶; za Výbor ČGGS ČLS JEP

¹Geriatrické centrum, Pardubická nemocnice, ²Fakultní Thomayerova nemocnice Praha, ³Nemocnice Milosrdných sester sv. K. Boromejského v Praze 1, ⁴Interní klinika FNKV a 3. LF UK, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, ⁵Geriatrické a doléčovací oddělení, Slezská nemocnice v Opavě, ⁶III. interní gerontometabolická klinika FN v HK, subkatedra geriatry LFUK v Hradci Králové

Souhrn:

Geriatrickí pacienti mají díky své polymorbiditě a časté nesoběstačnosti komplexní potřeby, které by měly být naplňovány službami zdravotní a sociální péče. Je žádoucí, aby péče o tuto skupinu obyvatel nebyla fragmentovaná. Case management je dlouhodobě zavedený a v moderním západním zdravotnictví ověřený přístup, jak zajistit kvalitní, integrovanou péči o seniory. Může přispívat ke kvalitě života seniorů a přitom vést k redukci výdajů na zdravotní péči díky prevenci komplikací, redukci hospitalizací a racionalizaci návštěv u ambulantních specialistů. Ambulantní geriatři jsou vhodnými vykonavateli case managementu u seniorů. Ve spolupráci Alzheimer nadačního fondu a České gerontologické a geriatrické společnosti byl proveden pilotní projekt výkonu a dotazníkové šetření mezi ambulantními geriatry v České republice. Z vyhodnocení pilotního projektu vyplývá, že ambulantní geriatři jsou schopni vykonávat odborný case management a očekávají od něj lepší propojení zdravotní a sociální péče o seniory a redukci výdajů na zdravotní péči. Zažádali jsme tedy o zařazení case managementu mezi zdravotní výkony prováděné geriatrickými ambulancemi.

Význam case managementu pro geriatrické pacienty:

Výkon nastavuje optimální model péče o polymorbidního geriatrického pacienta. Geriatr v rámci výkonu integruje expertizu pro polymorbiditu a funkční stav pacienta, racionalizuje průchod pacienta systémem. Je nespornou výhodou, že jeden odborník tak zajistí komplexnost péče a současně podpoří kompetenci pečujících blízkých osob. Tento typ péče se jeví jako nákladově efektivní (cost-effective) a zároveň je celostní, zaměřený na jednotlivce (person-centered) (1). Cílem je, aby case management přispěl ke zlepšení kvality života seniorů, k prevenci komplikací, vedl k redukci hospitalizací a racionalizaci návštěv u ambulantních specialistů. Výsledkem by mělo být dosažení spokojenosti pacienta při zachování kvalitní a přitom nákladově efektivní péče (2).

Tyto teze jsou podpořeny studiemi, které byly pro proces case managementu provedeny. Dle definice Americké společnosti pro case management přístup zahrnuje zhodnocení stavu a potřeb pacienta, plánování a koordinaci péče, opakované vyhodnocení efektivity postupu tak, aby bylo maximálně dosaženo pacientovy bezpečnosti a kvalitní a nákladově efektivní péče (3). Ze studií prováděných u seniorů v domácím prostředí vyplývá, že case management má pozitivní vliv na klientovu psychiku, spokojenost a umožňuje naplňování jeho potřeb (2, 4, 5, 6, 7). Case management může snižovat zátěž pečujícího a přispívat k redukci počtu akutních ošetření i hospitalizací (7, 8) a oddálení či prevenci institucionalizace (6). Má též pozitivní vliv na pacientovu adherenci k léčbě a compliance (7). Některé studie dokazují, že case management snižuje celkové náklady na péči, zejména na péči o pacienty s demencí (6, 9). S ohledem na nutnost individuálních intervencí a tedy nemožnost plně standardizovat proces je obtížné studie srovnávat a v některých parametrech se

mohou výsledky studií lišit (2, 4, 5, 6, 10). Dle belgické práce (10) může mít case management největší přínos u lidí s funkčním a kognitivním deficitem a u lidí s behaviorálními problémy. Při hodnocení efektivity case managementu u křehkých seniorů v domácím prostředí se zdá být pro dobrý efekt podstatné, pokud je založen na komplexním geriatrickém vyšetření a zahrnuje opakované sledování pacienta (4). Case management dále přispívá k propojení jednotlivých složek péče o seniory. Pokud je péče fragmentovaná a chybí koordinace mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, senior se v systému může ztrácet a mnohdy u něj může docházet k dekompenzací zdravotního stavu, která by byla při integrovaném systému péče preventabilní (8, 11).

Co je základní náplní výkonu?

Výkon je určen pro case management polymorbidního geriatrického pacienta. Jedná se o velmi individualizované intervence, proto je těžké proces standardizovat. Cílem je racionalizace terapie na základě stratifikace závažnosti onemocnění pacienta. S ohledem na to, že jako nejefektivnější se jeví spojení s komplexním geriatrickým vyšetřením, je nutné, aby výkon prováděl specialista geriatr, který konzultuje lékařské i nelékařské zdravotnické pracovníky, ve spolupráci s pacientem a jeho rodinnými a/nebo profesionálními pečujícími stanoví priority pacienta a vytvoří efektivní diagnostický a terapeutický plán další péče.

Součástí výkonu case managementu by měla být verifikace polymorbidity pacienta, stanovení priorit a stratifikace rizik, v případě potřeby vyžádání a kompletace konzultací lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků, stanovení efektivního diagnostického a terapeutického plánu včetně návrhu přístupu k pacientovi a posouzení vhodnosti začlenění pacienta do zdravotních a sociálních služeb, upozornění na rizikové situace pro pacienta a možnosti postupu při zhoršení stavu pacienta.

Praktický přístup ke case managementu:

- Nepodmínitelnou podmínkou je provedení geriatrického vyšetření (komplexního, cíleného, kontrolního)
- Prostudování dostupné dokumentace pacienta, verifikace polymorbidity pacienta
- Na základě vyšetření a dostupné dokumentace za aktivního přístupu pacienta (a jeho pečovatele) stratifikace diagnóz; ujasnění priorit a cílů pro další léčebný postup
- Koordinace dispenzarizujících lékařů (telefonická konzultace, vyžádání konziliárních zpráv atp.)
- Koordinace nelékařských zdravotnických služeb, konzultační činnost pro zdravotně sociální zabezpečení pacienta
- Vytvoření individualizovaného plánu péče pro pacienta s cílem:
 - naplnit jeho potřeby
 - racionalizovat péči
 - zabránit fragmentaci péče a redukovat případné zbytečné návštěvy specialistů
 - předcházet akutnímu zhoršení stavu i nutnosti hospitalizace
 - oddálit institucionalizaci pacienta s cílem podpořit jeho pobyt v domácím prostředí
- Podrobné seznámení pacienta (a jeho pečovatele) s plánem péče tak, aby byla zajištěna maximální možná compliance pacienta, seznámení s cíli a časovým rámcem

- Vydání zprávy pacientovi pro jeho registrující/dispenzarizující lékaře. V případě potřeby přímé komunikování závěrů přímo se zúčastněnými lékařskými i nelékařskými zdravotnickými profesionály
- Pravidelné vyhodnocování plánu a jeho modifikace, pokud nepřináší očekávané výsledky a nejeví se jako účelný

Závěr:

Klinické doporučení pro výkon bylo vytvořeno a schváleno Výborem ČGGS ČLS JEP na základě mezinárodních doporučených postupů. Výkon byl pilotován v ČR v geriatrických ambulancích v rámci pilotního projektu v roce 2022. Bylo potvrzeno, že čeští geriatři mají zkušenost a odbornou kompetenci v case managementu geriatrického pacienta.

Doporučujeme, aby, pokud bude výkon zařazen do Seznamu výkonů, ho bylo možné vykázat jedině s komplexním nebo cíleným či kontrolním vyšetřením geriatrem – výkony 16021, 16022, resp. 16023, bylo ho možné provést pouze ambulantně, s frekvenčním omezením 1x denně a 6x rok.

Case management odborně vedený ambulantním geriatrem může přispívat ke kvalitě života seniorů a umožňuje snížení výdajů na zdravotní péči. Lze očekávat, že k tomu povede díky redukci počtu hospitalizací, prevenci komplikací, redukci počtu návštěv u ambulantních specialistů a prevenci institucionalizace. Vzhledem k rostoucímu podílu této skupiny obyvatel v populaci je kvalitní péče o ně žádoucí a je třeba vytvářet nové cesty, jak jí dosáhnout. Jednou z těchto cest je bezpochyby zavedení case managementu jako zdravotního výkonu v ambulantní geriatrické péči.

Literatura:

1. NAPAN – Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030. Ministerstvo zdravotnictví ČR 2021. Dostupné z NAPAN-2020-2030.pdf (mzcr.cz)
2. You EC, et al. Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. BMC Health Serv Res. 2012
3. Case Management Society of America. Definition of Case Management. <https://cmsa.org/whowe-are/what-is-a-case-manager/>
4. Hallberg IR, et al. Preventive home care of frail older people. J Clin Nurs. 2004;13(6B)
5. Sandberg M, et al. Case management for frail older people – a qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. BMC Health Serv Res. 2014
6. Gärtner B, et al. „Case-management“- Studien für Personen ab 65 Jahren in Deutschland: Systematische Übersicht. Z Gerontol Geriat. 2015;
7. Joo JY, Liu LF. Int Nurs Rev. 2019. Case management effectiveness for managing chronic illnesses in Korea: a systematic review. Int Nurs Rev. 2019;66(1)
8. Teper MH, et al. Understanding Barriers to and Facilitators of Case Management in Primary Care: A Systematic Review and Thematic Synthesis. Ann Fam Med. 2020;18(4)
9. Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, Hoe J, Toot S, Challis D, Orrell M. Case management approaches to home support for people with dementia (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2015; 1(1): CD008345.

10. Lambert S, et al. Evaluating case management as a complex intervention: Lessons for the future. PLoS ONE.2019; E14(10):e0224286.

11. Van Durme T, et al. A comprehensive grid to evaluate case management's expected effectiveness for community-dwelling frail older people: results from a multiple, embedded case study. BMC Geriatr.2015