**Ev Tabanlı Palyatif Bakım Kalp Yetersizliği Sonuçlarını Düzeltiyor**

***HFSA. Ekim 2022-*** Veriler, birinci basamak hekimlerini, kardiyologları ve palyatif bakım uzmanlarını kapsayan ev tabanlı bir palyatif bakım programının, kronik KY’li hastaların hastanede ölme olasılığının daha düşük olmasıyla ilişkili olduğunu gösteriyor.

* Program ayrıca acil servise daha az ziyaret, klinisyenn daha fazla ev ziyareti, daha kısa hastanede kalış ve evde daha fazla gün geçirme ile ilişkilidir.

Yaşamın sonunda kanserli hastanın ‘yaşam yörüngesi’ çok hızlı bir aşağı doğru eğimdedir, ancak kalp yetersizliği ile yaşayanlar için bu dalgalanır.Gerçekten “kötü günler var ve iyi günler var” ve bu da palyatif bakım sağlamayı daha karmaşık hale getiriyor.

Bulgular 26 Eylül'de Kanada Tabipler Birliği Dergisi'nde (Canadian Medical Association Journal) yayınlandı.

***Bu strateji Maliyetli Bir Yaklaşım mı?..***

Ortak ev tabanlı program, 2013 yılında Toronto Sina Sağlık Sisteminde palyatif bakım doktoru olan Leah Steinberg ve Toronto Üniversitesi, Toronto Üniversitesi tıp bölümünde kardiyolog olan Susanna Mak, MD, PhD tarafından başlatıldı. Ontario, Kanada.

* Mevcut çalışmada araştırmacılar, programa kayıtlı ve Nisan 2013 ile Aralık 2019 arasında ölen kalp yetersizlikli 245 hastanın retrospektif bir tablosunu (retrospective chart revie)**\*** incelediler.

**\*** Tıbbi kayıt incelemesi olarak da bilinen *"geriye dönük çizelge incelemesi"* (**RCR**), bir veya daha fazla araştırma sorusunu yanıtlamak için önceden kaydedilmiş, hasta merkezli verilerin kullanıldığı bir araştırma tasarımı türüdür.

Hastalar, hemşireler, kişisel destek çalışanları ve mesleki terapistler tarafından yapılan ev ziyaretlerinden oluşan olağan bakım alan akut kalp yetersizliği olan 1172 hastadan oluşan bir kohortla eşleştirildi. Bu bakım Ontario'da yaşayan tüm insanlar için geçerlidir.

* Evde palyatif bakım alan hastalarda, olağan bakım alan hastalarla karşılaştırıldığında, hastanede ölümle ilişkili risk %48 daha düşüktü (rölatif risk [RR], %52). Evde palyatif bakım alan hastaların 101'i (%41,2) hastanede öldü. Olağan bakım alanların 917'si (%78,2) hastanede öldü.
* Ayrıca, evde palyatif bakım alan hastalar, normal bakım alanlara (ortanca 20 gün) göre evde daha fazla zaman (ortanca 29 gün) geçirdiler.
* Acil serviste (RR, %67) ve yoğun bakım ünitesine kabulde (RR, %57) olduğu gibi, evde palyatif bakım (RR, %64) alan hastalarda da hastaneye yatış riski daha düşüktü.
* Araştırmacılar, bu çalışmada programın maliyeti test edilmese de kronik kalp yetersizliği olan hastalara evde palyatif bakım sağlanmasının sağlık sistemi için daha az maliyetli olabileceğini ve **---** Ontario'nun sağlık sisteminde alınabilinecek en pahalı bakımın hastanede olduğunu **---**  söyledi.

***Bu sonuçlara göre Herkes için Erişim?..***

 Evde palyatif bakımın herkes için bir seçenek olmasının (Ülke ve bölgesel sağlık koşulları ve sistemlerini de dikkate alınarak) düşünülüp harekete geçilmesinin zamanı gelmiştir.

‘Evde’Palyatif bakım, yaşam beklentileri açıkça sınırlı olan insanların yaşam kalitesini düzeltmekle ilgilidir. Bu yaklaşım için gerçek yaşamda geleneksel olarak kansere odaklanılmıştır, ancak şiddetli kalp yetersizliği, şiddetli kronik obstrüktif akciğer hastalığı, şiddetli amfizem gibi diğer ciddi kronik hastalıkları olan birçok insan, ilerlemiş kanserli insanlar kadar kötü bir prognoza sahiptir. Ama bu hasta topluluklarına palyatif bakım sağlanması pek düşünülmüyor.

* Aşağıda yayınlanmış özeti sunulan bu araştırma, ‘son dönem’ kalp yetersizliği olan insanlara aile hekimlerini, palyatif bakım hekimlerini ve kardiyologları entegre eden bir program vererek gerçekten yardımcı olunabileceği ve bunu ev tabanlı bir program haline getirebileceği söyleniyor. Daha fazla insanın evde ölmesi için süslü yeni pahalı bir teknolojiye gerek yoktu.
* Ancak programın gerektirdiği şey, hastaları evde yönetmek için aile hekimi, palyatif bakım doktoru ve kardiyolog dahil olmak üzere birlikte çalışmak için farklı uzmanlıklar arasında yakın işbirliğiydi.
* ***İyi palyatif bakımın temel bileşenleri***: Hayatın sonunun yakın olduğu gerçeği hakkında rahatça konuşabilen, hastanın önceliklerinin ve hedeflerinin ne olduğunu soran bir hemşire veya doktora sahip olmayı içerir ve bu belirli beceriler gerektirir.

Program bu nedenle klinik eğitim gerektirir.

Ayrıca, kalp yetersizlikli kişilerde semptomları yönetmek çok önemlidir. Kalp yetersizliği olan kişiler aniden nefes darlığı çekebilir ve bu tablo geliştiğinde hastalar akciğer konjesyonuna bağlı ciddi solunum yetersizliğinden nefes nefese kalarak (‘gasping’ = etkisiz soluma) olabilecek en kötü senoryolardan biri ile (çoğunlukla yoğun koroner bakım ünitesi ile kalp akciğer canlandırması olanaklarının sağlanmasına ihtiyaç duyulabilir) hastaneye giderler.

Her zaman hastaları kabul etmek zorunda kalmadan nefes darlığı ve kalp yetersizliği semptomlarını sahada ve olayın başında zaman kaybetmeden yönetmede uzman klinisyenlere ihtiyaç vardır.

Evde palyatif bakım ayrıca klinisyenlerin günde 24 saat hastalara bakabilecek durumda, uygun olmasını gerektirir. Sabah saat 2'de bir hasta aniden nefes darlığı çekiyorsa, hastaya 'Seninle sabah 9'da veya klinik açıldığında konuşuruz' demek iyi değildir.

Hangi ilaçları alacakları konusunda hastaya ve aileye koçluk yapabilmeli ya da eve birinin gitmesini sağlanmalı. Bu programın sağladığı bakım budur ve etkili olmuştur.

İster hastanın özel aile doktoru, ister bu hastalara bakan aile doktorları ve hemşireler olsun, bu bakımı sağlamanın bir yolunu bulunmalı . Bu yüzden bu hastalar gecenin ortasında nefes darlığı çektiklerinde her zaman acil servise gitmek zorunda kalmayabilirler.

Quinn KL, Stukel TA,Campos E, Graham C et al. **Regional collaborative home-based palliative care and health care outcomes among adults with heart failure.**

**CMAJ September 26, 2022 194 (37) E1274-E1282;**

 **DOI:** [**https://*doi.org/10.1503/cmaj.220784***](https://doi.org/10.1503/cmaj.220784)

**Kalp yetersizliği olan yetişkinler arasında bölgesel işbirlikçi ev tabanlı palyatif bakım ve sağlık bakımı sonuçları**

**Özet:**

***Başlarken-*** Kalp yetersizliği olan insanlar arasında yaşam sonu bakımındaki boşlukları (eksikleri) gidermek (doldurmak) için işbirlikçi palyatif bakımın yenilikçi modellerine acilen ihtiyaç duyulmaktadır.

Kardiyologları, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularını ve palyatif bakım uzmanlarını içeren ve kalp yetersizliği olan hastalar için hedef ve ihtiyaç uyumlu bakımı teşvik etmek için; ortak karar vermeyi kullanan bölgesel olarak organize edilmiş, işbirlikçi, ev tabanlı palyatif bakımın uygun olup olmadığını belirlemeye çalışıldı. Bu strateji hastaların evde ölme olasılığının hastaneden daha fazla olması ve buna olumlu bir katkı koyma (önünü kesmek) olasılığı ile ilişkilidir.

***Metodlar-*** 2013 ve 2019 yılları arasında Ontario, Kanada'daki 2 büyük sağlık bölgesinde kronik kalp yetersizliği ile ölen yetişkinlerin popülasyona dayalı eşleştirilmiş bir kohort çalışması gerçekleştirildi.

* Primer sonuç: Ölümün yeri.
* Sekonder sonuçlar: Acil servise plansız ziyaretler, hastaneye kabuller, hastanede kalış süreleri, yoğun bakım ünitesine kabuller, birinci basamak hekimleri veya kardiyologlarla yapılan ziyaretlerin sayısı, palyatif bakım doktorları tarafından yapılan ev ziyaretlerinin sayısı dahil olmak üzere sağlık hizmeti kullanım oranlarını içeriyordu. veya hemşire uygulayıcılar ve evde geçirilen gün sayısı.

***Sonuçlar-*** Bölgesel olarak organize edilmiş, işbirlikçi, ev tabanlı palyatif bakım alan hastaların (n = 245) hastanede ölme riski %48 daha düşüktü (rölatif risk %52, %95 güven aralığı %44-%66), eşleşen kohortla karşılaştırıldığında (n = 1172), sırasıyla 101 (%41,2) ve 917 (%78,2) hasta ile hastanede ölüyor (**Tedavi için Gerekli Sayı = 3**).

* İşbirlikçi yaklaşımın ilişkili ek faydaları arasında daha yüksek oranlarda klinisyen ev ziyaretleri, daha uzun ilk hastaneye kabule kadar geçen süre, daha kısa hastanede kalış süresi ve evde geçirilen daha fazla gün vardı.

*Yorum-* Ortak karar vermeyi kullanan bölgesel olarak organize edilmiş, işbirlikçi, ev tabanlı bir palyatif bakım modelinin benimsenmesi, kronik kalp yetersizliği olan kişiler için yaşam sonu sonuçlarını düzeltebilir.

KY gelişimi ve tekrarlarının zaman kaybetmeden teşhis edilmesi ve erken müdahale edilmesini sağlayan son 1-2 yılda sonuçları olumlu önemli çalışmalar yayınlanmıştır. Yukarıdaki çalışmaya ek olarak Örneğin:

* Telemonitorizasyon ( = Konjesyon bulgularını asemptomatik evrede saptamak ve tedaviye başlamak)
* Sesli uyarı sistemi ( = Eksik 4’lü ilaç sınıfının temini için).
* Kendikendine subkutan diüretik uygulaması ( = Vücut vüzeyindeki infüzer ile cilt altına Furoscix infüzyonu)
* Hastane çıkışında erken yoğun ( = Hızlı artırılarak doz titrasyonu) ilaç tedavisi (STRONG-HF)

.

*Sonuç olarak bu yaklaşımlar “ Ulusal ve yerel koşullar da göz önünde tutularak hastaya göre düzenlenmeli” ve “önceden eğitilmiş” hastaya en uygun model belirlenip dikkatle uygulanmalıdır*