



# **Budoucnost paliativní péče v JMK**

## **System péče o závažně chronicky nemocné**

# Mění se potřeby a role

- Polymorbidita a multikauzalita – potřeba multidisciplinárního rozhodování a plánování péče
- Frailty ve věkové skupině od 75-80 let

Cíl.....

- zachytit včas polymorbiditu a frailty, posoudit, podpořit
- Správný pacient, správná péče, správné místo = EFEKTIVITA zdravotní a sociální péče

# Paliativní péče – definice WHO

- **Péče a podpora TVÁŘÍ V TVÁŘ ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ CHOROBE**
- **PACIENT, RODINA**
- **NE POUZE UMÍRÁNÍ, ale DELŠÍ ŽIVOT S NEMOCÍ a PODPORA PO ÚMRTÍ (cave patologické truchlení)**
- **Významná ČASNÁ INDIKACE** – QoL, efektivita/organizace péče, ekonomika

# ZÁVAŽNĚ CHRONICKY NEMOCNÝ PACIENT

S PŘEDPOKLÁDANOU PROGNOZOU V MĚSÍCÍCH

- **Onkologická onemocnění** při ukončování cílené onkologické léčby
- **Alzheimerova**, a především **vaskulární demence**, s projevy sekundárního (postencephalického) parkinsonismu
- **Imobilizační syndrom** s progredujícími komplikacemi
- **Frailty syndrom**, při rozvoji syndromu geriatrického selhání z prospívání (geriatrická deteriorace)
- **Městnavé selhání srdce ve stádiu C-D**, resp. s navazujícími komorbiditami
- **Další orgánová selhávání**
- **Cévní mozkové příhody** s trvalými poruchami kvality a kvantity vědomí, rozvojem imobilizačního syndromu
- **Neurodegenerativní onemocnění**, např. ALS
- **Nevyléčitelná onemocnění dětského věku**

# Co mají společného

- **nevléčitelné stavy**, s životní **prognózou v měsících**
- **snižují kvalitu života**, a **zvyšují nároky na spotřebu zdravotních a sociálních služeb**
- Vyžadují **koordinaci** zdravotních a sociálních služeb, nemocničních a terénních služeb
- Vyžadují **úzkou spolupráci s rodinou** nemocného
- Vyžadují **koncepční práci** s nemocným a jeho životem s nemocí – tedy ne s diagnózou, ale s **celkovým stavem a rolí konkrétní diagnózy v něm**.
- **předvídání, plánování**
- **celostní přístup**

# Základní principy

- Populace v JMK stárne
- Většinu úmrtí a chronicky nemocných představují pacienti starší 70, resp. 75 let – = výskyt geriatrických syndromů, které zásadně celou zdravotní tematiku přenášejí na zdravotně-sociální pomezí
- V oblasti terénních služeb máme kapacitu u home care, ale efektivita??
- Cca 70% využití kapacity lůžkových služeb následné péče
- V oblasti sociálních služeb jak terénních, tak pobytových - propojení (kvalita komunikace, připravenost na zdravotní služby uvnitř sociálních služeb atd.) se zdravotními službami

# Základní principy

- Téměř 70% nemocných umírá ve zdravotnických zařízeních, s častými rehospitalizacemi, a to významně také v obou fakultních nemocnicích – tedy v zařízeních nejvyššího odborného typu.
- Velká část těchto úmrtí jsou očekávané hospitalizace (s úmrtím), kterým neumíme předejít ....důvody je třeba hledat, řešit - EFEKTIVITA.
- Jen minimálně využíváme potenciál MSPP
- Pomáhají hodně lůžkové hospice, ale nemohou svojí kapacitou již více.
- Zajímavá může být diskuse nad chtěnými, či nechtěnými trajektoriemi nemocných ....rodina??

Open camera or QR reader and  
scan code to access this article  
and other resources online.



## NECPAL Tool Aids Early Identification of Palliative Care Needs

Ladislav Kabelka, MD, PhD<sup>1-3</sup> and Ladislav Dušek, RNDr, PhD<sup>3,4</sup>

### Abstract

**Background:** A key issue in the development of population-based access to palliative care is identification of appropriate patients.

**Objective:** To evaluate the NECPAL (NECesidades Paliativas) tool to identify unmet palliative care needs in the Czech Republic in regional hospitals of the Vysocina region.

**Methods:** We used the End-of-Life care information system (ELFis) to evaluate prognostication to aid the identification of palliative care needs. The evaluation process was developed in cooperation with the regional government and central health care insurance agency as a step toward the development of a nation-wide palliative care program.

**Results:** Our results demonstrate that the NECPAL tool successfully identified palliative care needs in specifically prepared clinical environment. An important part of this is a support of main stakeholders and an effective leadership.

**Conclusion:** An unexpected finding was the role that leadership played in testing the tool, and very short time (10 months) needed for statistically visible changes in a regional system of care.

**Keywords:** early indication for palliative care; hospice; leadership; multicausality; NECPAL; networking in palliative care; polymorbidity; specialized palliative care

### Introduction

**T**HE CZECH REPUBLIC<sup>9</sup> is a developed country, located in central Europe, with 11 million inhabitants, with a European social welfare model where the state offers universal health care. Yet, there is no universally accessible palliative care.

country. The MSPP network was designed to serve hospitals, residential homes, and general practitioners caring for people at home. The palliative care teams also offer and personally support counseling in the Region's hospitals.<sup>4,6</sup>

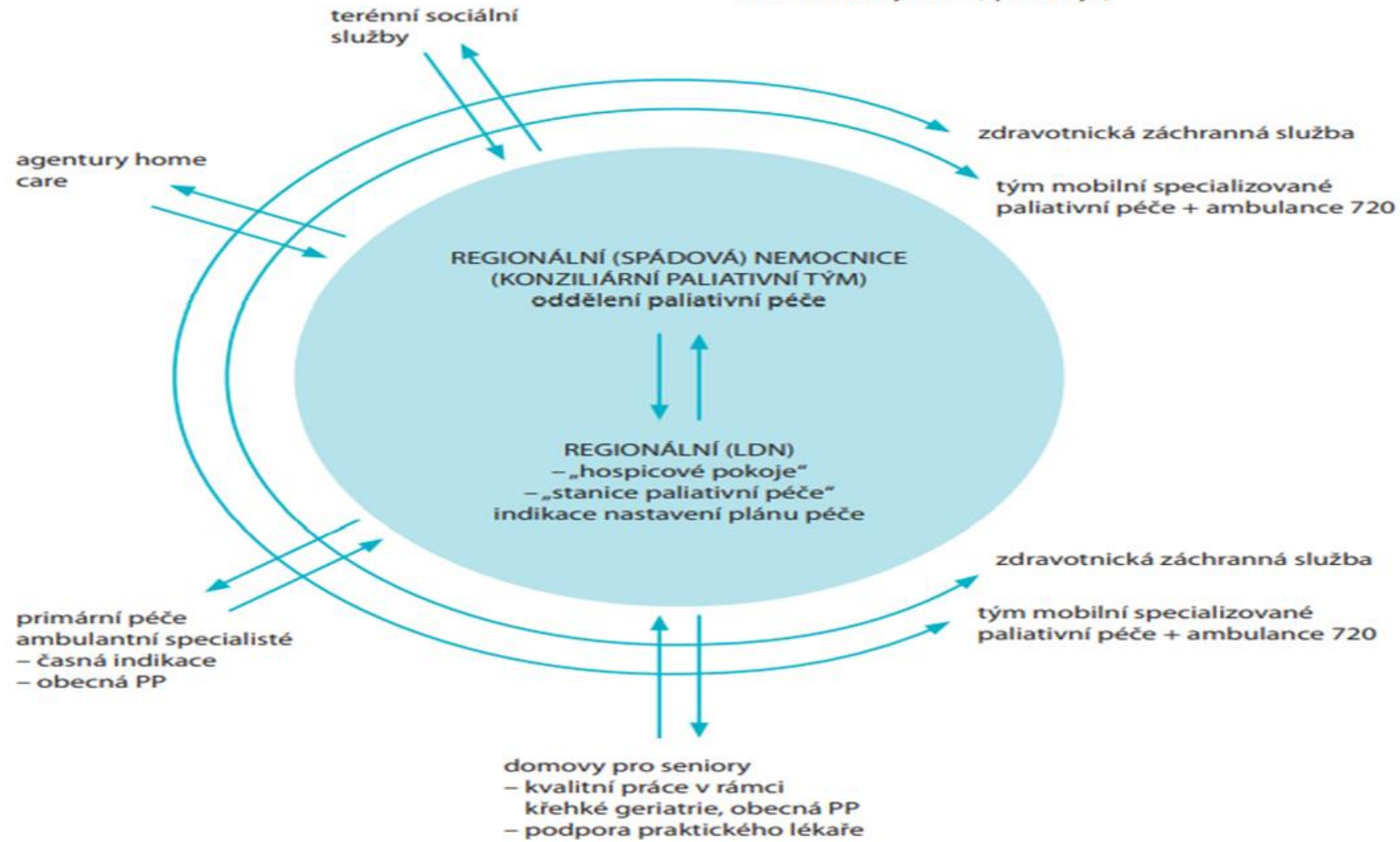
Our attention then turned to a model for caring for patients. The Vysocina Region has five "closed regions" for health and social care in the country. There are both centralized and



# Víceúrovňový koncept dohledu chronicky nemocných

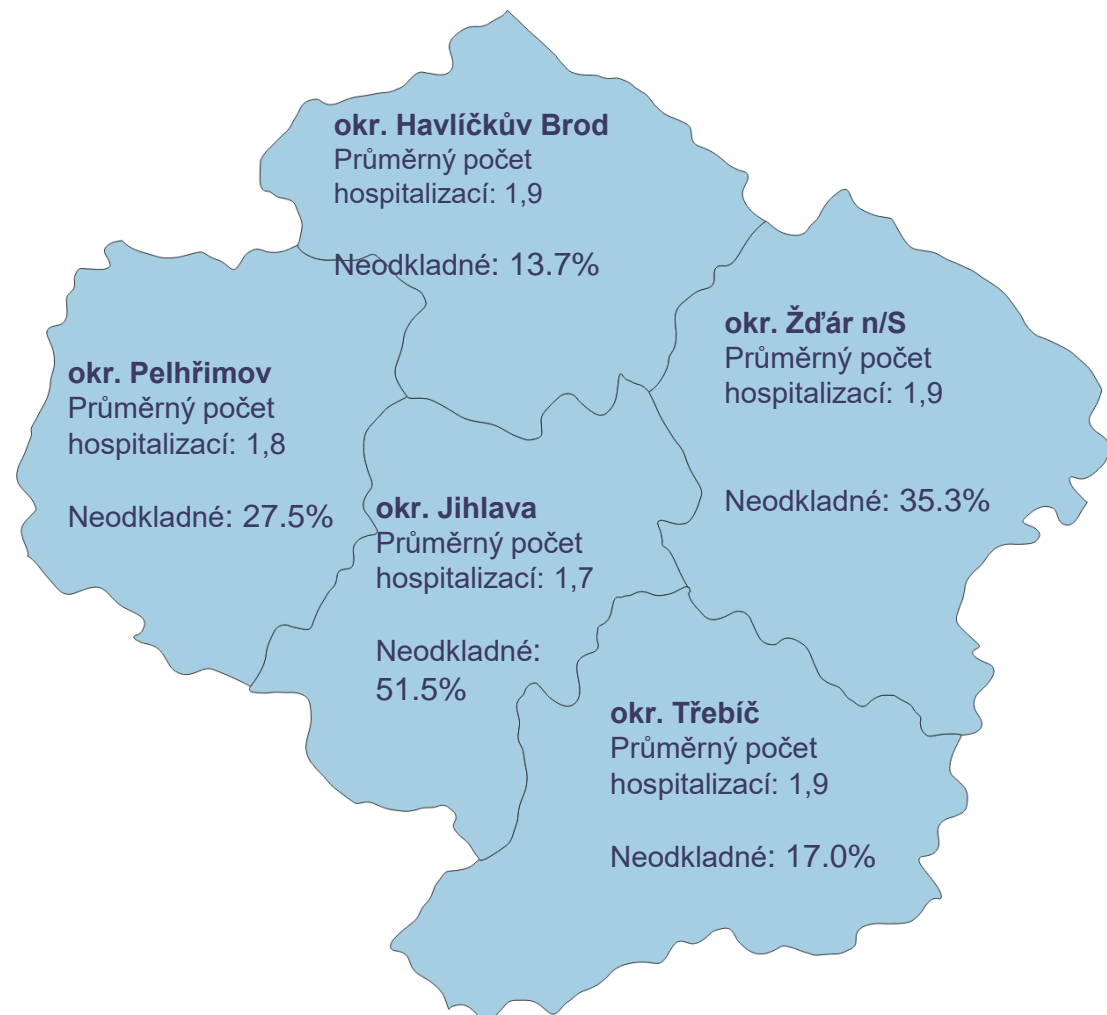
## Základní principy

- společné vzdělávání
- předávání pacienta
- kontinuita plánu péče
- informační systém (společný?)



# Počet hospitalizací v posledním půlroce života: VYS 2016-2017

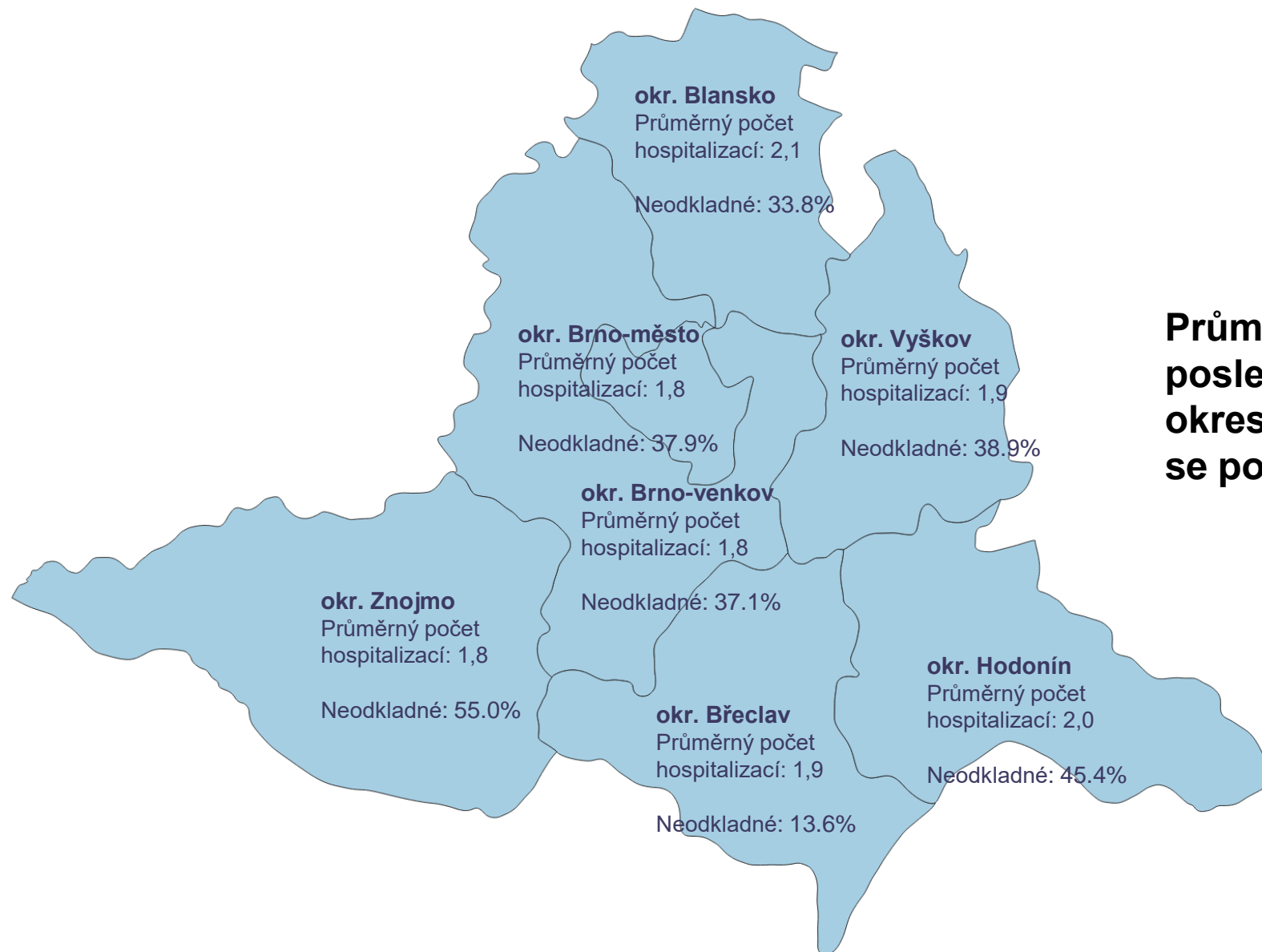
Zdroj dat: NRHZZS 2013-2016; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace



**Průměrný počet hospitalizací v posledních 6 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,7 – 1,9.**

# Počet hospitalizací v posledním půlroce života: JMK 2016-2017

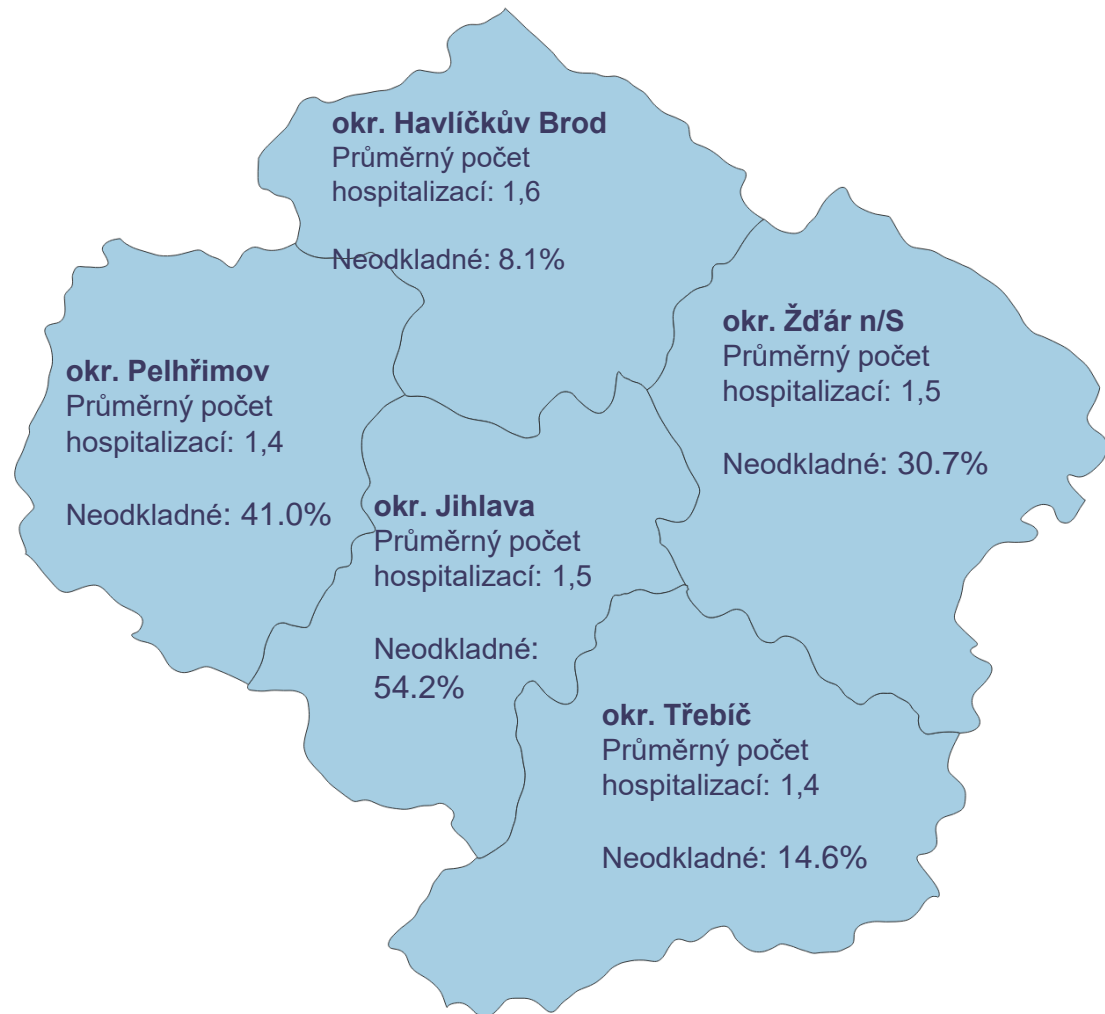
Zdroj dat: NRHZS 2013-2016; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace



**Průměrný počet hospitalizací v posledních 6 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,8 – 2,1.**

# Počet hospitalizací v posledním půlroce života: VYS 2020-2021

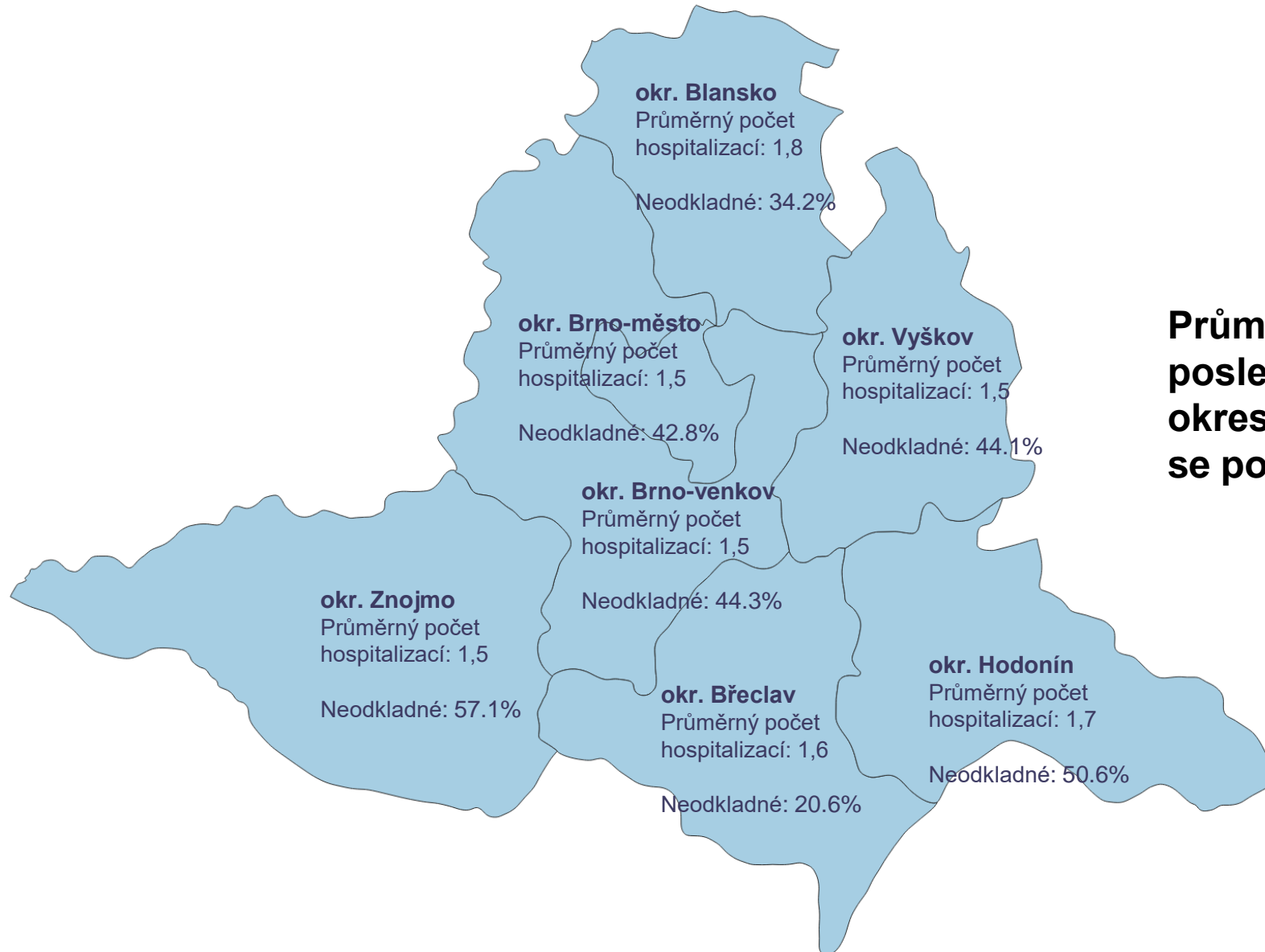
Zdroj dat: NRHZZS 2020-2021; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace



**Průměrný počet hospitalizací v posledních 6 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,4 – 1,6.**

# Počet hospitalizací v posledním půlroce života: JMK 2020-2021

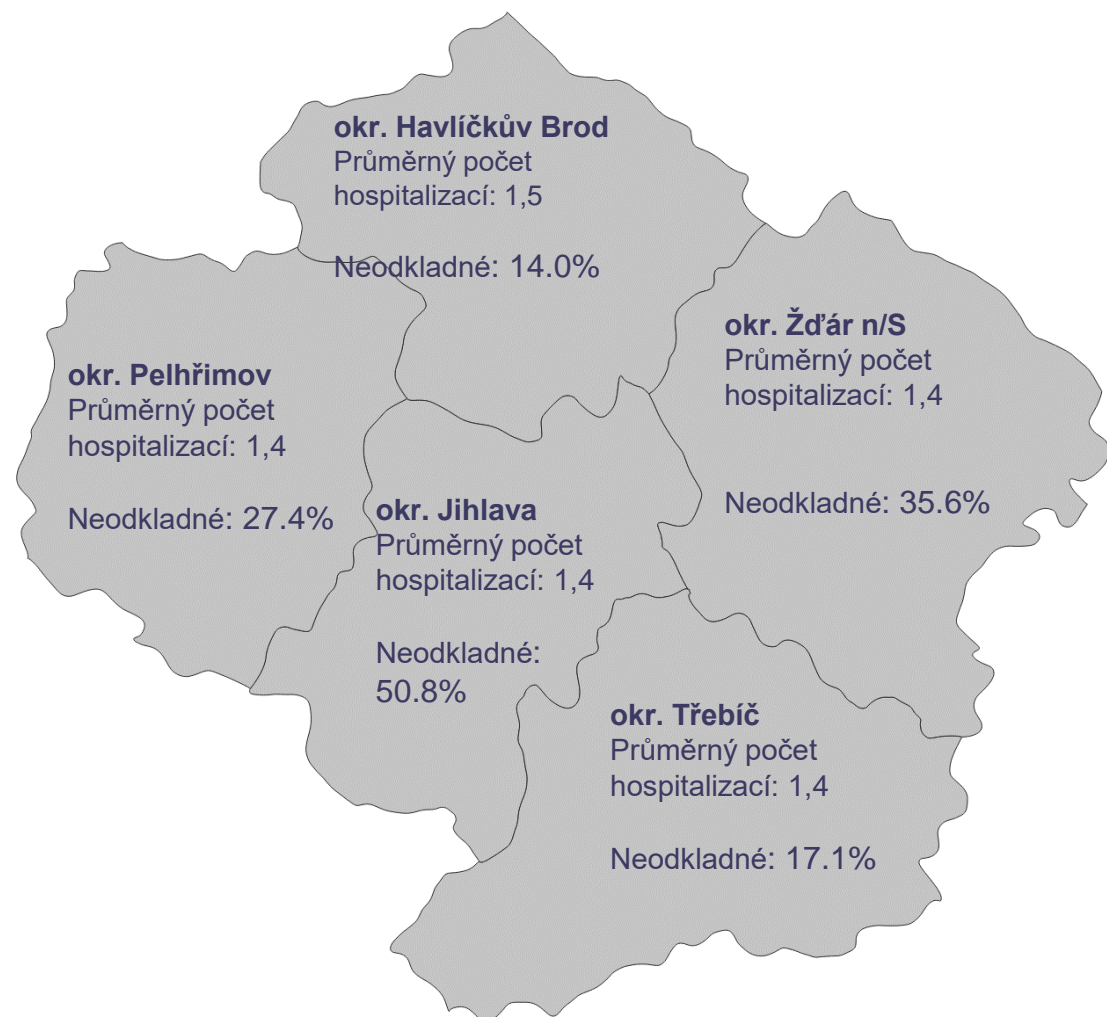
Zdroj dat: NRHZS 2020-2021; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace



**Průměrný počet hospitalizací v posledních 6 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,5 – 1,8.**

# Počet hospitalizací v posledních 3 měsících života: VYS 2016-2017

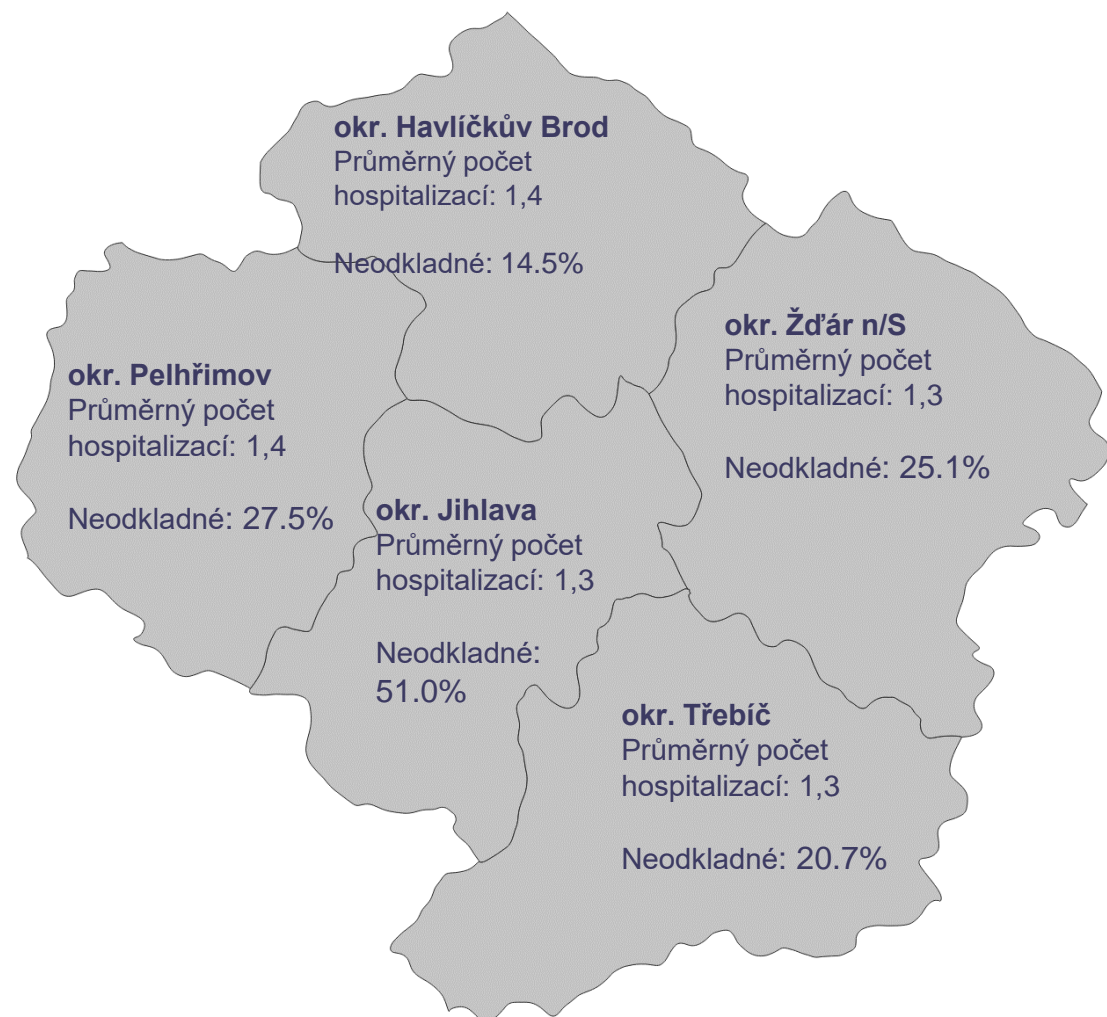
Zdroj dat: NRHZZS 2013-2016; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace



**Průměrný počet hospitalizací v posledních 3 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,4 – 1,5.**

# Počet hospitalizací v posledních 3 měsících života: VYS 2018-2019

Zdroj dat: NRHZZS 2017-2019; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace

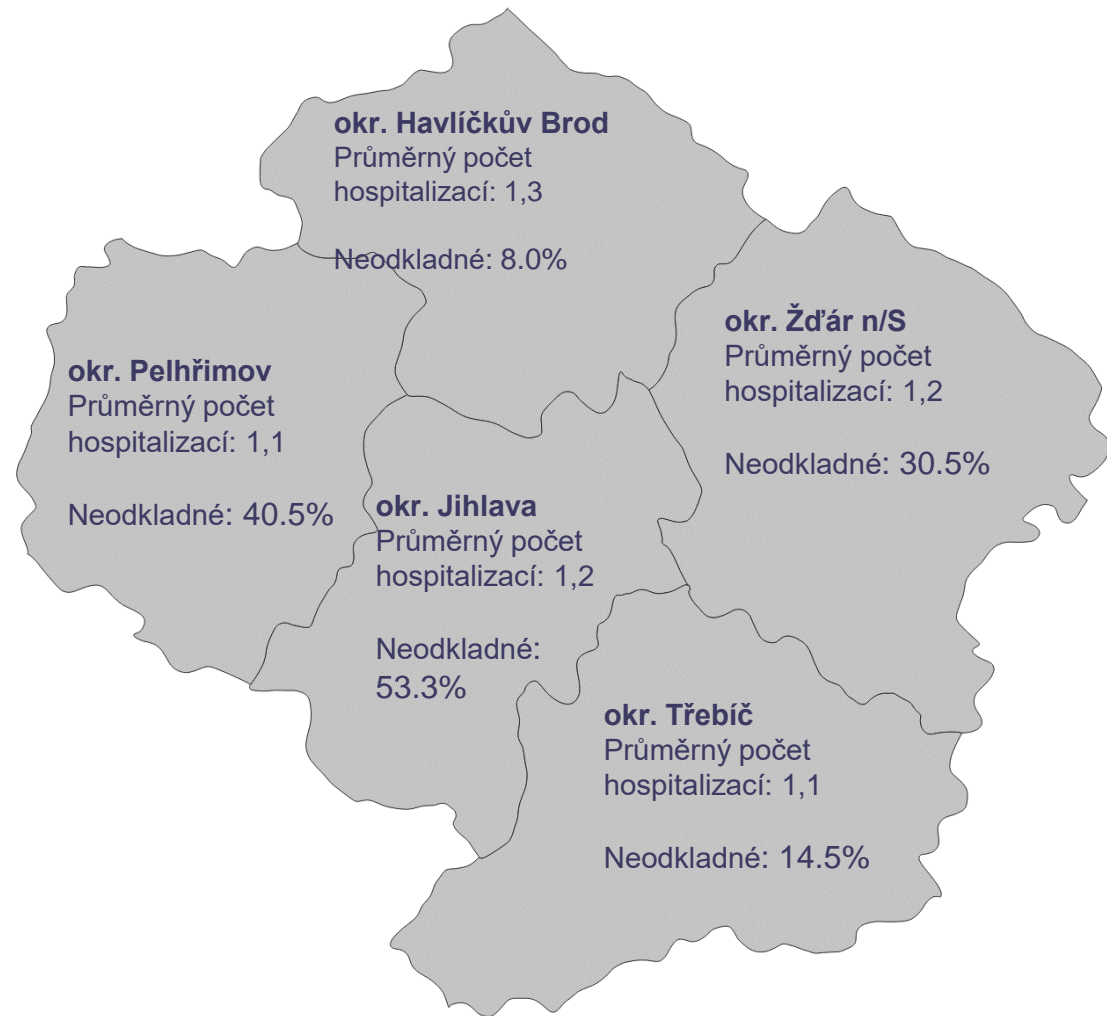


**Průměrný počet hospitalizací v posledních 3 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,3 – 1,4.**

# Počet hospitalizací v posledních 3 měsících života: VYS 2020-2021

jihomoravský kraj

Zdroj dat: NRHZZS 2020-2021; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace



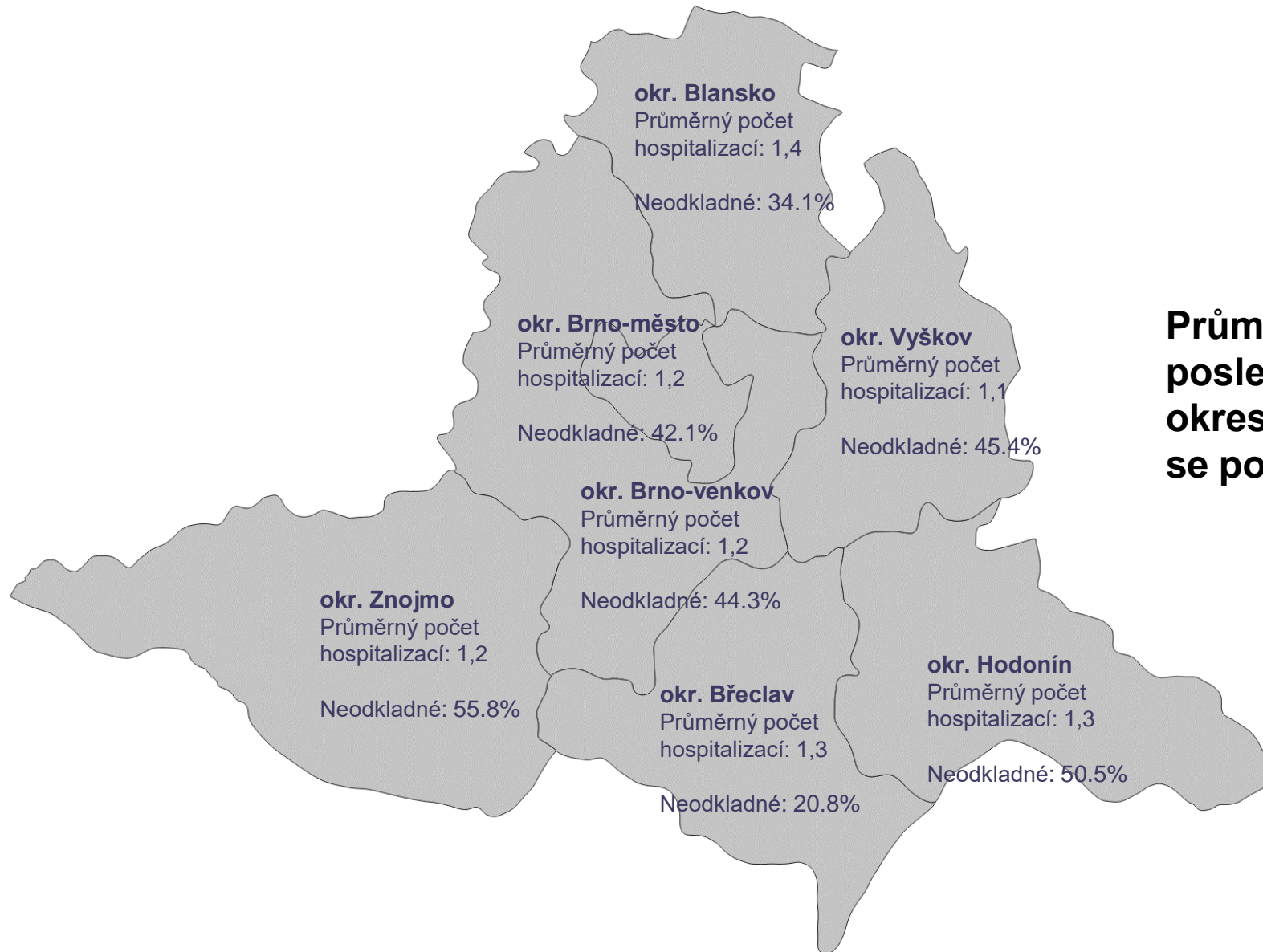
**Průměrný počet hospitalizací v posledních 3 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,1 – 1,3.**



# Počet hospitalizací v posledních 3 měsících života: JMK 2020-2021

jihomoravský kraj

Zdroj dat: NRHZZS 2020-2021; dle okresu bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace



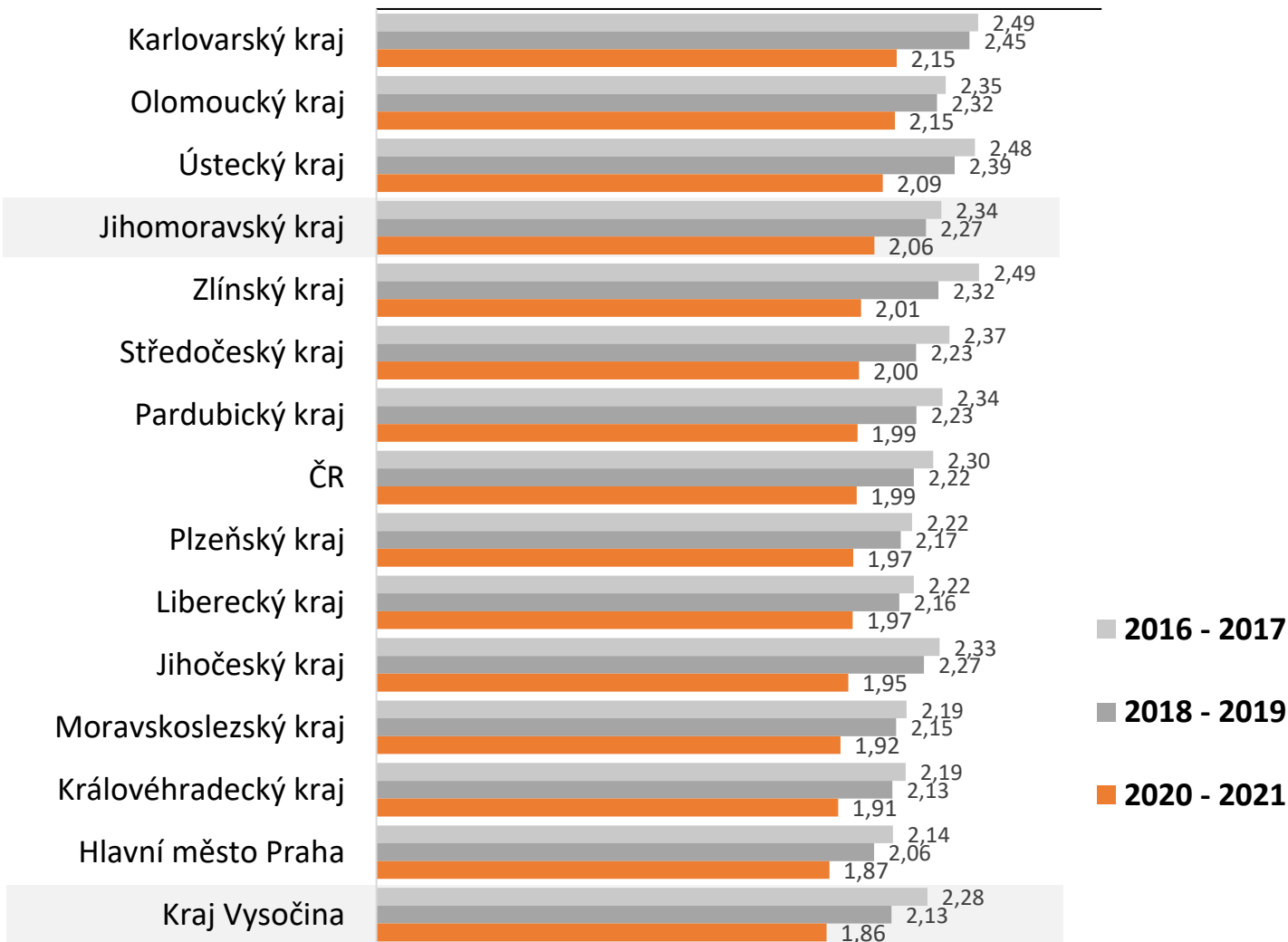
**Průměrný počet hospitalizací v posledních 3 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,1 – 1,4.**

# Počet hospitalizací v posledním půlroce života (očekávatelná úmrtí)

Zdroj: NRHZS 2016–2021

## Průměrný počet hospitalizací v posledních 6 měsících života

0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0



Průměrný počet hospitalizací v průběhu posledních šesti měsíců života u pacientů v JMK je aktuálně 2,06, ve VYS 1,86.

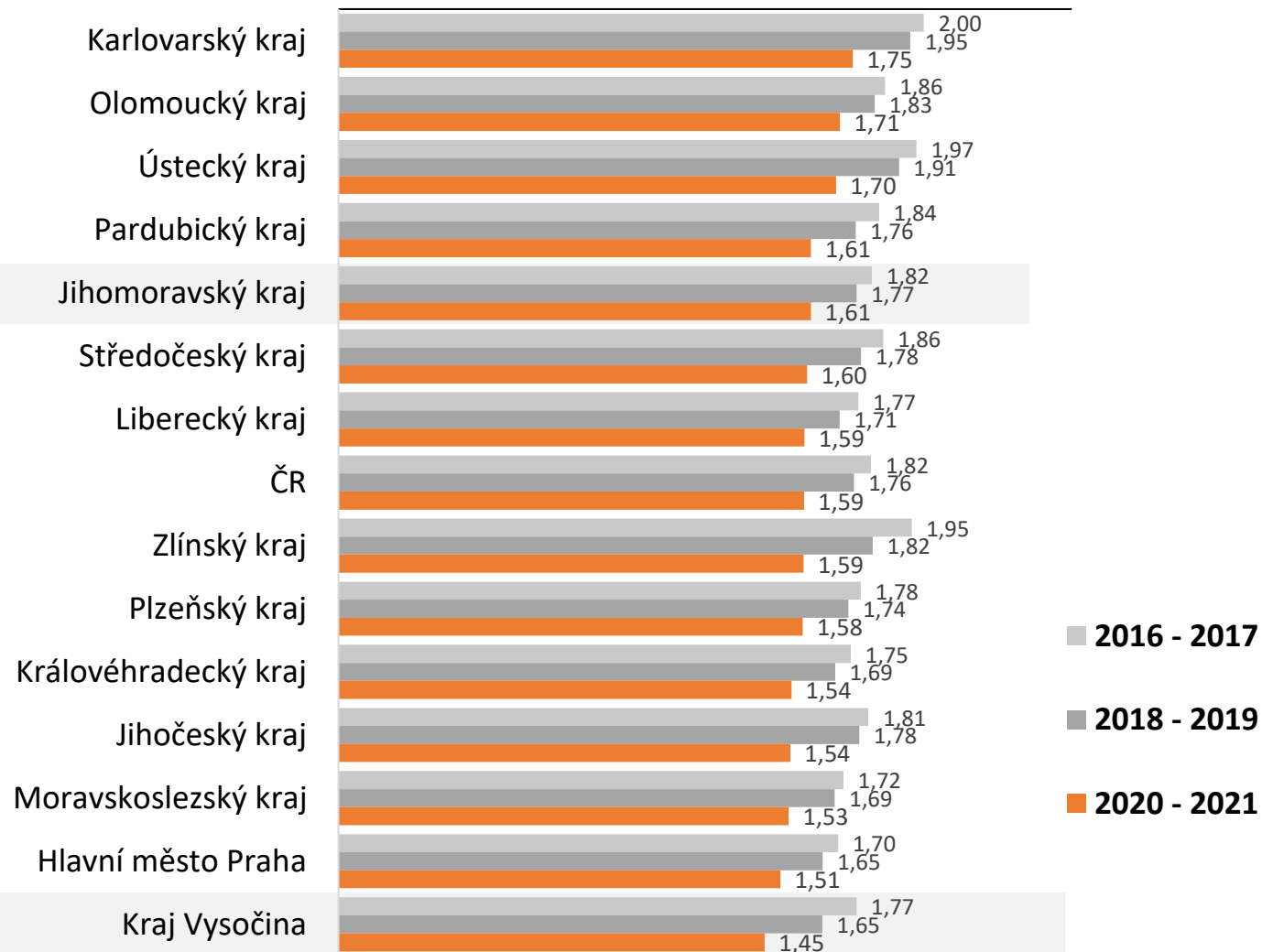
Mezi regiony ČR jsou rozdíly v průměrném počtu hospitalizací v průběhu posledního půlroku života, nejvyšší je v Karlovarském kraji (2,15), nejnižší v Kraji Vysočina (1,86). Jihomoravský kraj je nad průměrnou hodnotou ČR, kraj Vysočina má nejnižší hodnotu.

# Počet hospitalizací v posledních 3 měsících života (očekávatelná úmrtí)

Zdroj: NRHZS 2016–2021

## Průměrný počet hospitalizací v posledních 3 měsících života

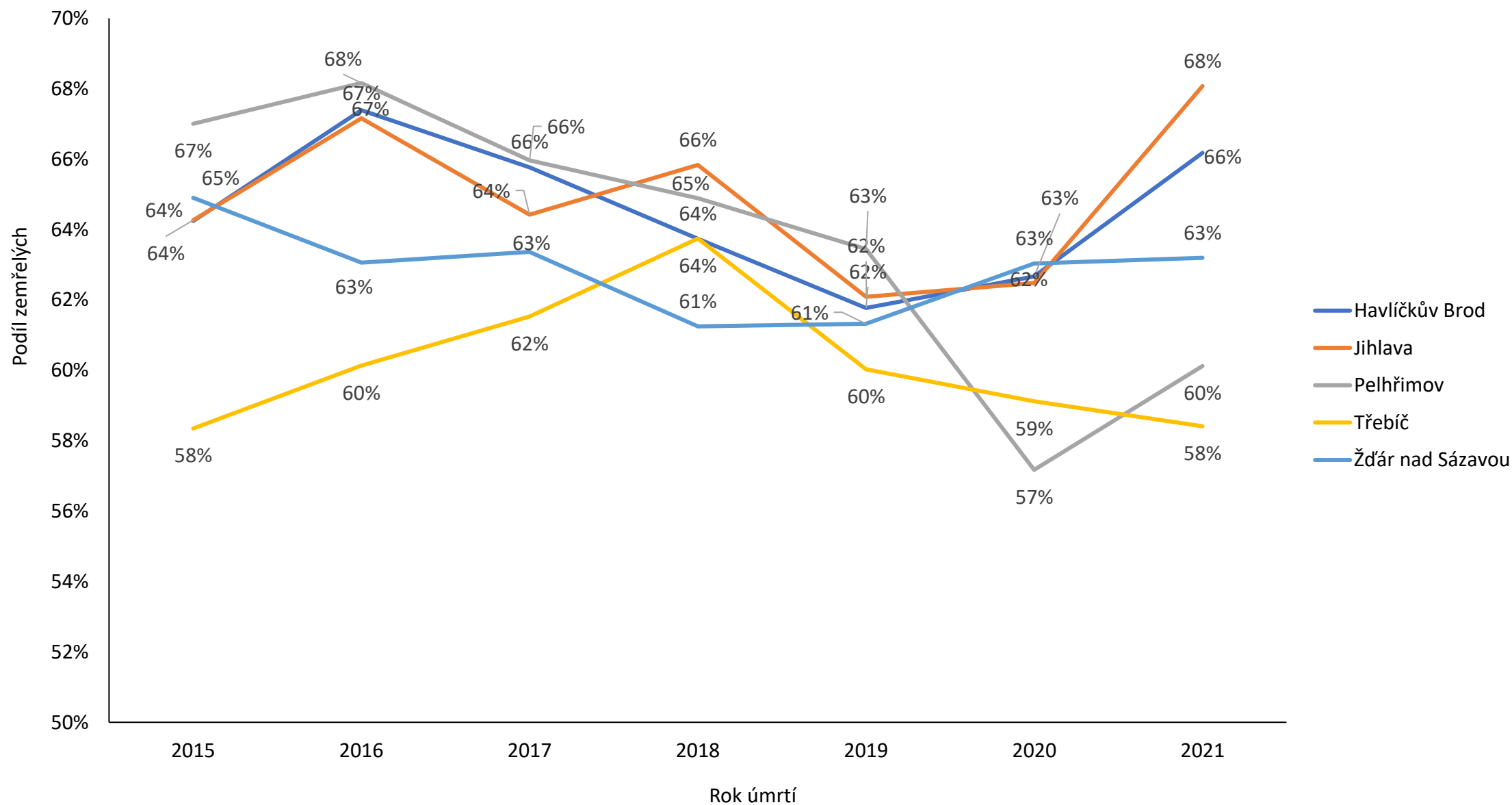
0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5



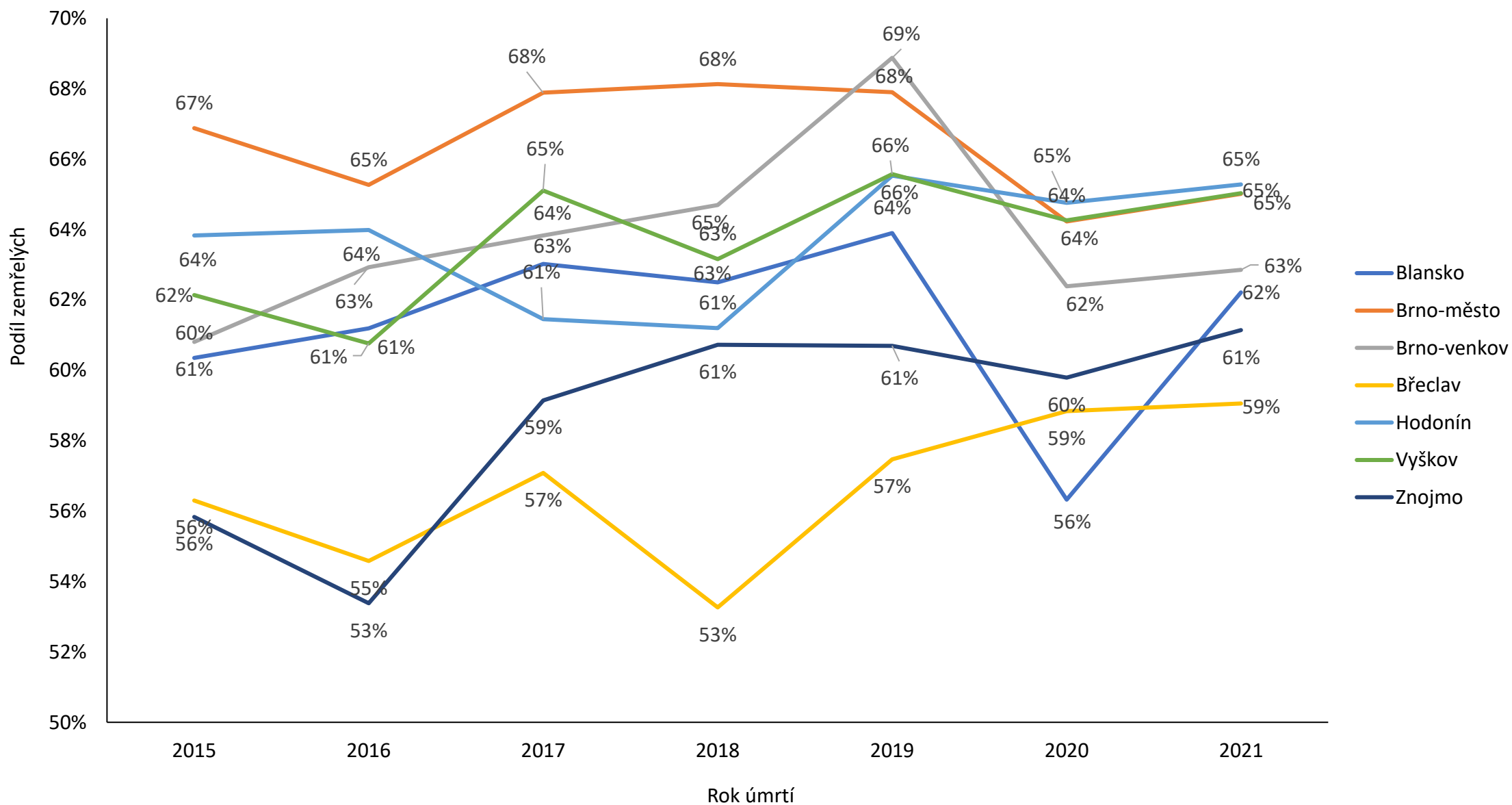
Průměrný počet hospitalizací v průběhu posledních třech měsíců života u pacientů v JMK je aktuálně 1,61, ve VYS 1,45.

Mezi regiony ČR jsou rozdíly v průměrném počtu hospitalizací v průběhu posledního půlroku života, nejvyšší je v Karlovarském kraji (1,75), nejnižší v Kraji Vysočina (1,45). Jihomoravský kraj je nad průměrnou hodnotou ČR, kraj Vysočina má nejnižší hodnotu v ČR.

# Výkony ZZS v posledních 3 měsících života (očekávatelná úmrtí) – dle okresu bydliště VYS ihomoravský kraj



# Výkony ZZS v posledních 3 měsících života (očekávatelná úmrtí) – dle okresu bydliště JMK jihomoravský kraj



# Žádoucí trajektorie EoL care v JMK ?

- Život v závěru měsíce doma s rodinou (MSPP), nebo v lůžkovém hospici, resp. v DpS doprovázen personálem a rodinou? Podpora MSPP týmů??
- Život v nemocnici s důstojností, možností rozhodovat, podporou rodiny a její blízkostí?
- Multidisciplinární rozhodování?
- Minimum rehospitalizací, hlavně těch neočekávaných, neprodiskutovaných/nepřipravených předem??
- Minimální využívání následné péče, určené k aktivní rehabilitaci, resocializaci – reprofilizace potřebného fondu??

# Budoucnost?

- Soustředěná nabídka podpory kdekoliv v systému
- Prioritizace terénních služeb, se zapojením podpory vícegenerační rodiny, kde je to možné
- Podpora lékařského rozhodování
- Podpora propojování sociálních a zdravotních služeb
- Efektivní využití stávající lůžkové kapacity – reprofilizace, ev. navýšení současné kapacity následné péče a podpora zdravotních služeb v DpS a DzR
- Práce s veřejností – projekty na podporu života s Frailty syndromem v rámci vícegenerační rodiny, i současných lůžkových služeb

# Co můžeme nyní?

- KTGPP
- MSPP
- Pečovatelská podpora v terénu
- Stabilizace lůžkových hospiců
- Vznik akademické platformy a podpora vzdělávání profesionálů
- Dialog s praktickými lékaři a agenturami home care o systému dohledu nad závažně chronicky nemocnými
- Veřejná politická a mediální podpora, dialog



Děkuji  
za pozornost

[ladislav.kabelka@fnusa.cz](mailto:ladislav.kabelka@fnusa.cz), +420731681447

Více informací

