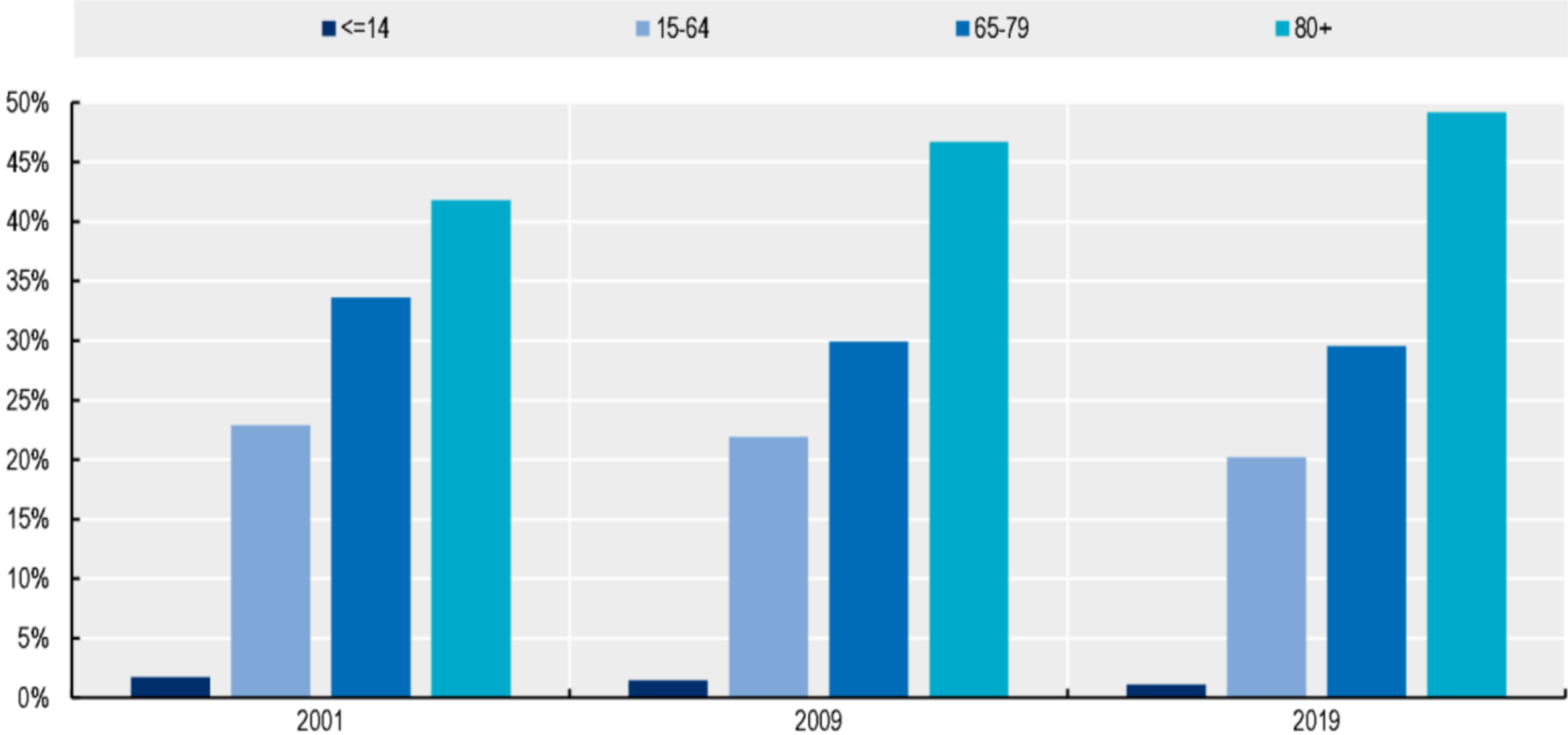




Role paliativní a geriatrické medicíny **Efektivita** péče na **zdravotně-sociálním** pomezí

Figure 1.1. Trends in share of deaths by age group in OECD countries, 2001, 2009 and 2019



Source: (WHO, 2022_[10]).

Mění se potřeby a role

Medicína „závažně chronicky nemocných“



Paliare.cz

- Polymorbidita a multikauzalita – potřebnost 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

Závažně chronicky nemocný

s předpokládanou prognózou v měsících, resp. v posledním roce života

- **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

- **nevyléčitelné 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**

Definice zdraví WHO (kontext)

- paliativní péče
- péče o závažně chronicky nemocné

„the well being“

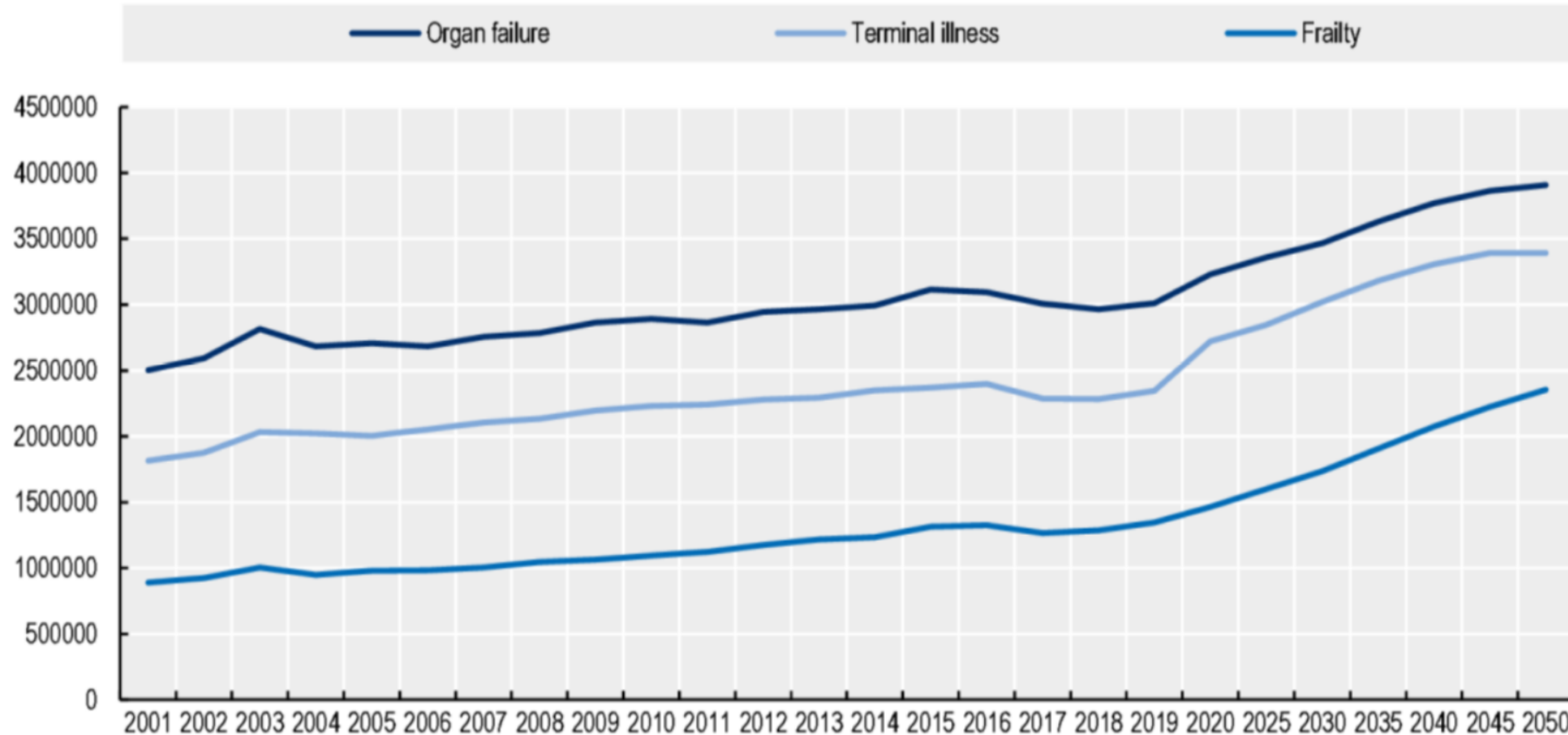
- Péče a podpora TVÁŘÍ V TVÁŘ ŽIVOT OHROŽUJÍCÍ CHOROBE
- PACIENT, RODINA
- NE POUZE UMÍRÁNÍ, ale DELŠÍ ŽIVOT S NEMOCÍ a PODPORA PO ÚMRTÍ (cave patologické truchlení)
- Významná ČASNÁ INDIKACE – QoL, efektivita/organizace péče, ekonomika

Syndrom křehkosti- principy a otázky ?

- Většinu úmrtí a chronicky nemocných představují pacienti starší 70, resp. 75 let =
= výskyt geriatrických syndromů = zdravotně-sociální pomezí
- V oblasti terénních služeb máme kapacitu u home care, ale efektivita??
- Jak udržet plán péče? Propojení ZS služeb
- Je možné využití kapacity lůžkových služeb následné péče?
- DpS a DzR, PL, základní odd. nemocnic – nutná kvalitní geriatrie a péče o
syndrom Frailty (kvalitní geriatrická medicína)
- Časná dg., adekvátní intervence, správný čas, rozsah a místo péče

Figure 1.2. Deaths from organ failure, terminal illness and frailty will increase until 2050

Projections of number of deaths requiring EOLC for each death trajectories until 2050

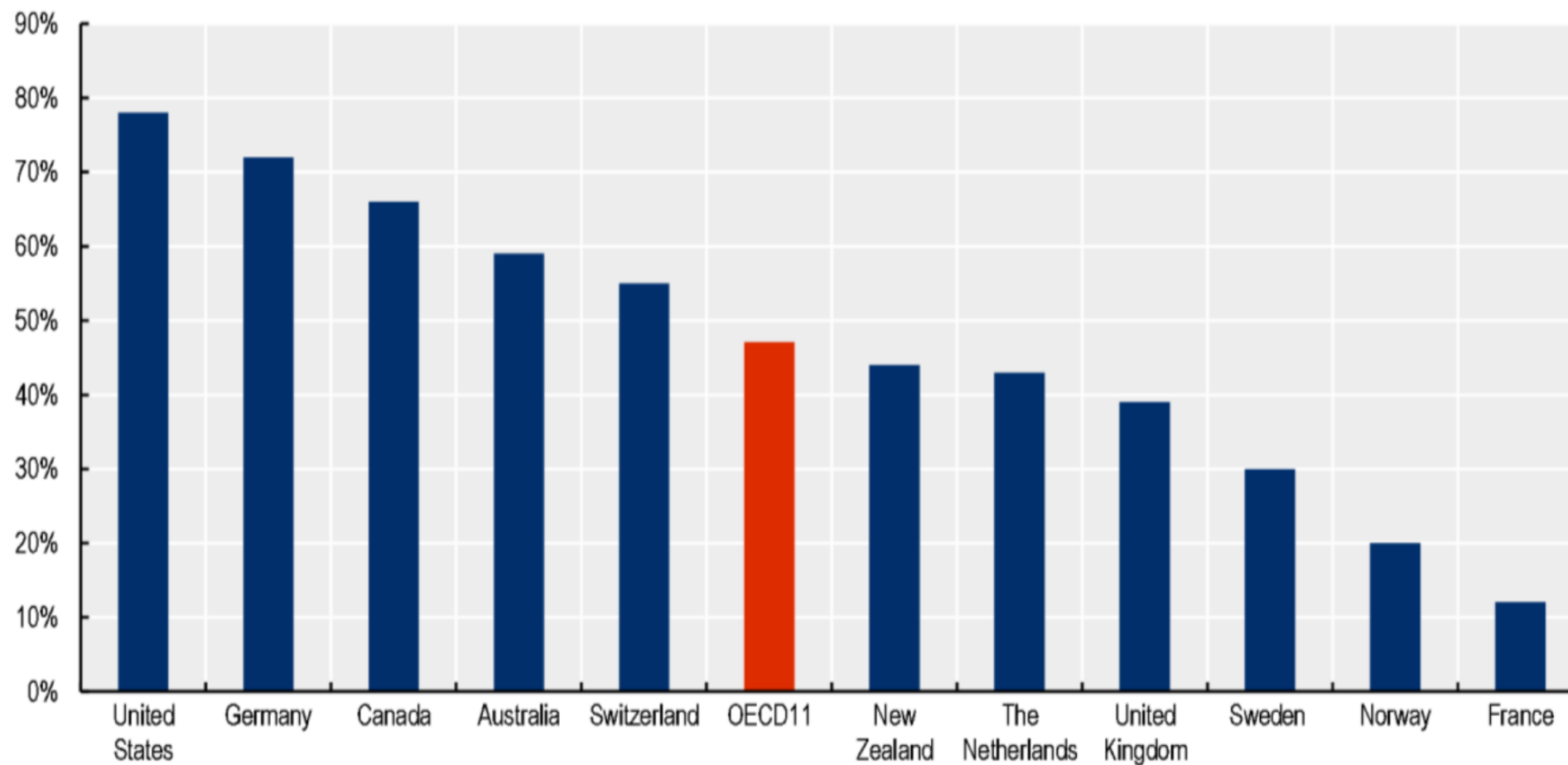


Note: The data include 33 OECD countries. Greece, Ireland and Türkiye are excluded for insufficient data.

Source: WHO mortality database (WHO, 2022^[10]), UN database for mortality projections (United Nations, 2019^[11]), (Qureshi et al., 2018^[12]) for the definition of the EOLC death trajectories and (Etkind et al., 2017^[13]) for the percentages of pain prevalence.

Figure 1.5. On average, less than half of older people had conversations on their care preferences

Share of people aged 65+ who discusses care preferences if they become unable to make decisions for themselves



ČR

Nemáme
relevantní
data

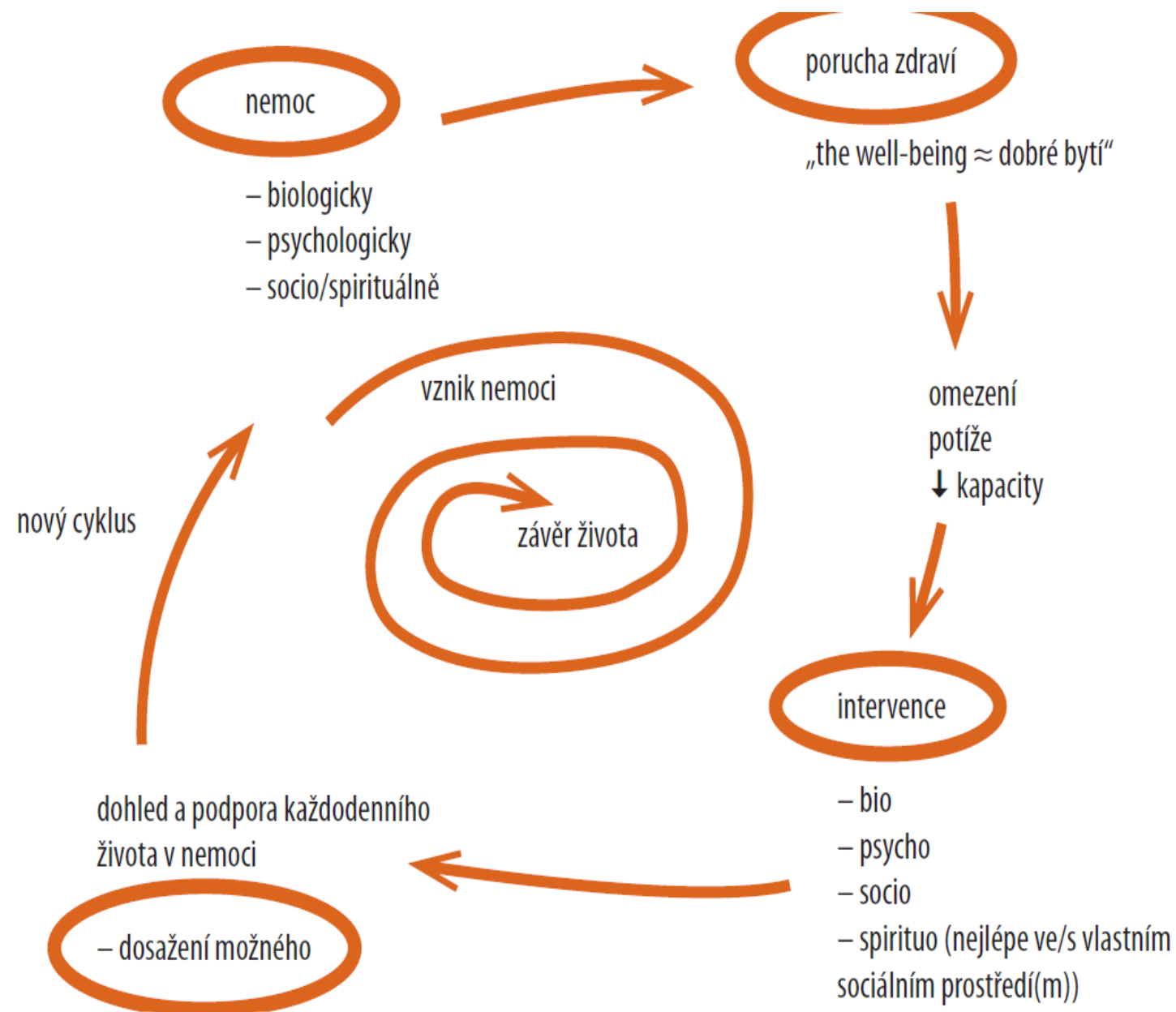
Note: Data refers to people aged 65+ who had discussion with someone including family, a close friend, or a health care professional.

Source: (Commonwealth Fund, 2017_[49]).

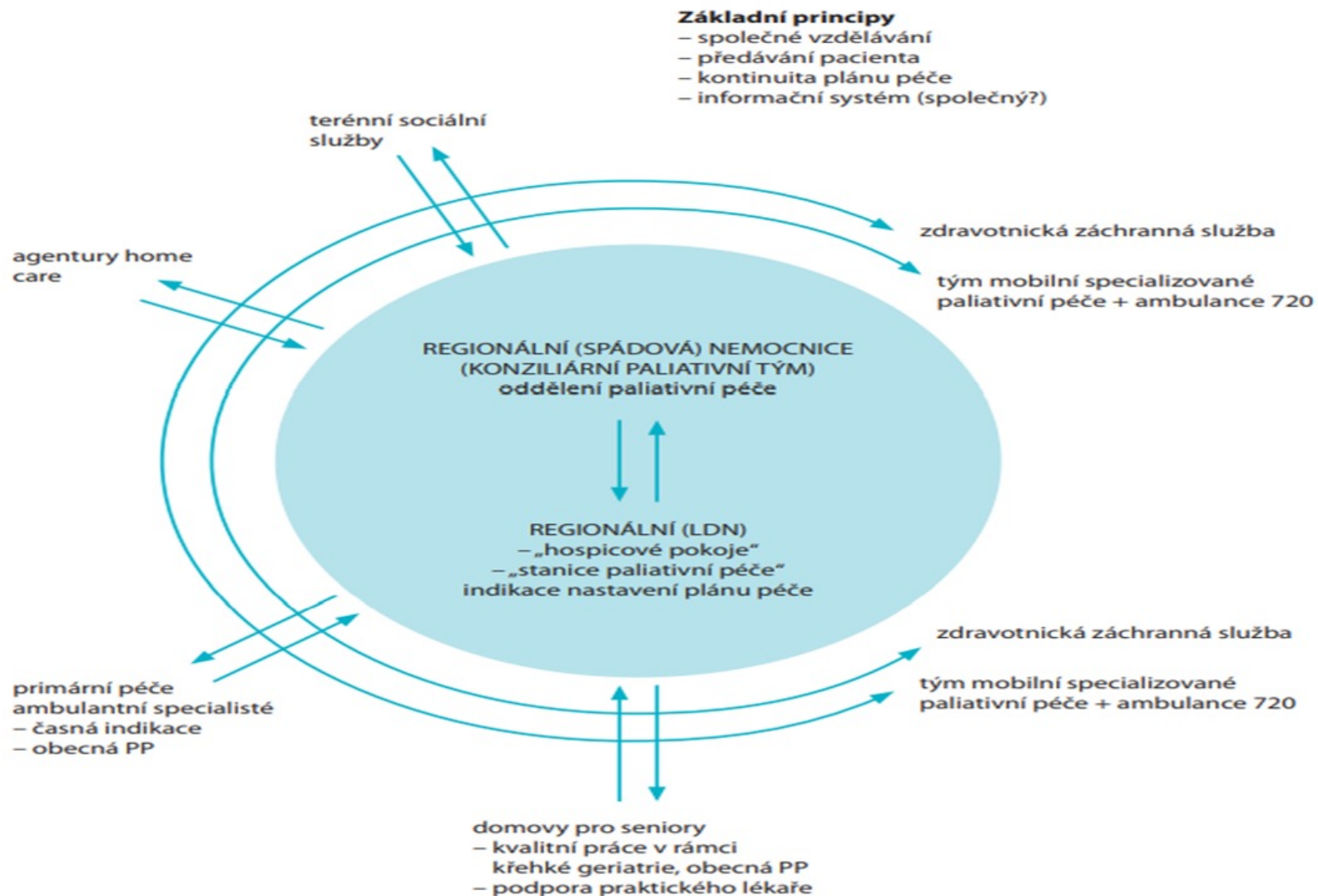
Ladislav Kabelka, Magdalena Chvílová Weberová a kol.

Syndrom křehkosti

Indikace péče, podpora života v nemoci,
komunikační dovednosti



Víceúrovňový koncept dohledu chronicky nemocných



Žádoucí trajektorie EoL care?

- Život v závěru po 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, nediskutovaných/nepřipravených předem??
- Minimální využívání následné péče, určené k aktivní rehabilitaci, resocializaci – reprofilizace potřebného fondu??

Klíčové kroky

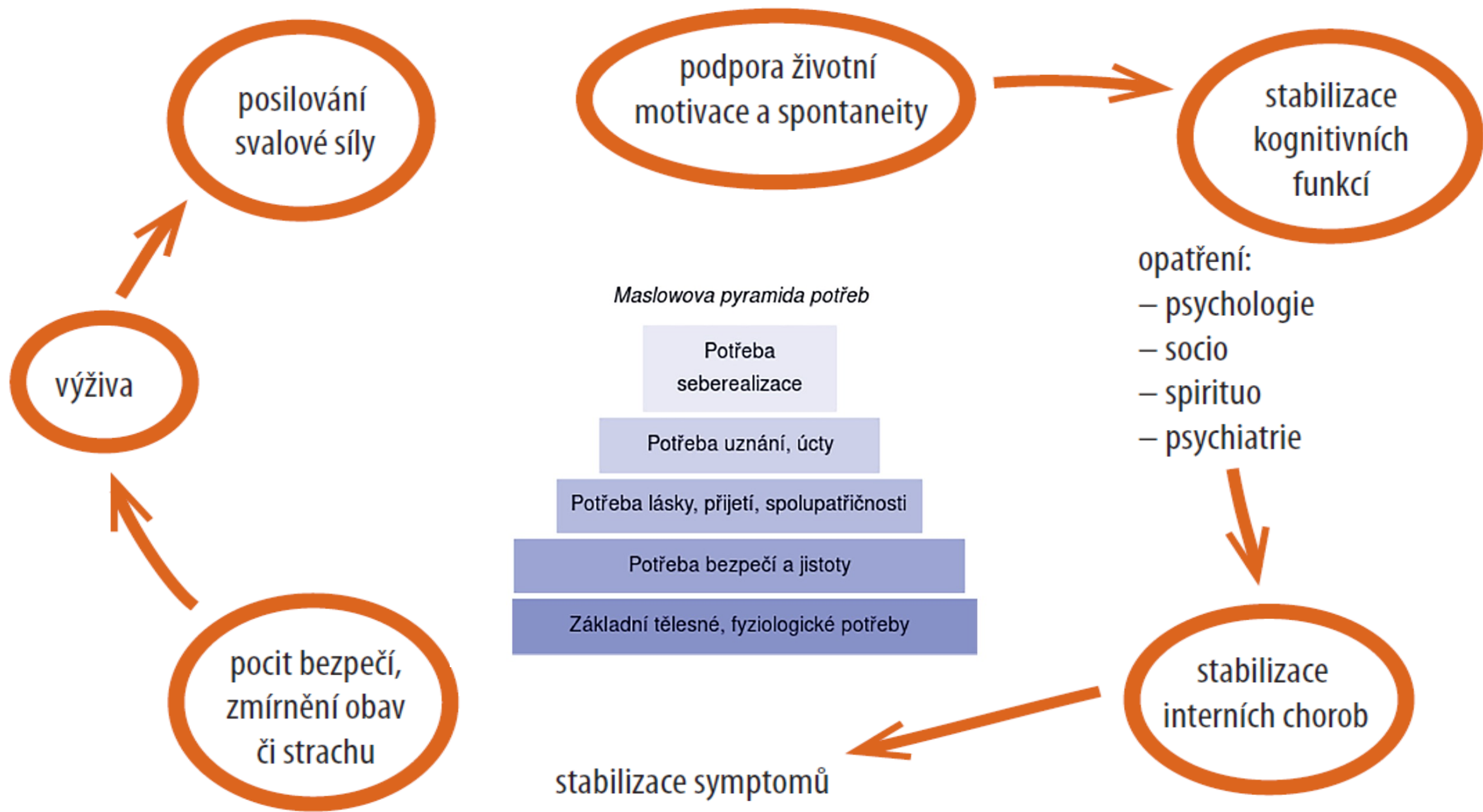
Lékařské posouzení, zhodnocení potenciálu

Dialog napříč zdravotně-sociálním týmem, dokumentace

Rozhovor s nemocným a rodinou, dokumentace

Plánování a organizace péče

Průběžná komunikační, emoční, spirituální podpora

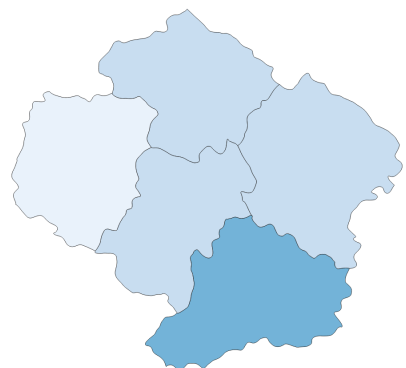


Vysočina a závažně chronicky nemocný

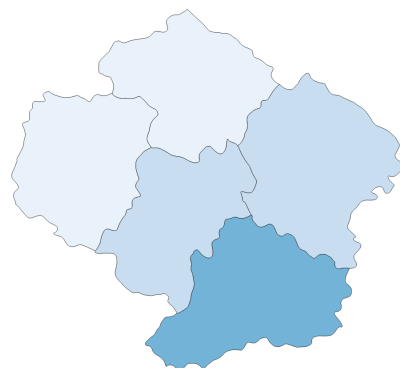
- 2015 – pilotní projekt MSPP
- 2016 – časté rehospitalizace, akutní lůžko a LDN + ZZS, pečovatelská služba vozí obědy, v DpS a DzR se s nemocí žije obtížně – časté hospitalizace
- 2017 – 2 MSPP týmy, 1 ambulance, 1 jednotka PP
- 2018-2019 – 8 týmů, 5 ambulancí, 1 jednotka PP, kapacita MSPP cca 300/rok
- Od 2019 rozvoj KTPP, nárůst péče o paliativní klienty v DpS (913), nárůst výkonů 925, zvyšování kapacity MSPP, vzdělávání (především ELNEC Vysočina), práce krajské skupiny Paliatr
- 2022 – kapacita MSPP cca 250-350 v každém z regionů, rozvinuté KTPP

Mobilní specializovaná paliativní péče (odb. 926) v Kraji Vysočina

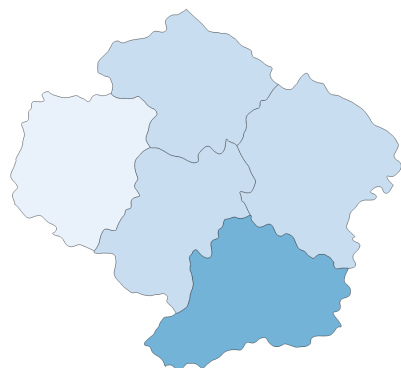
2016



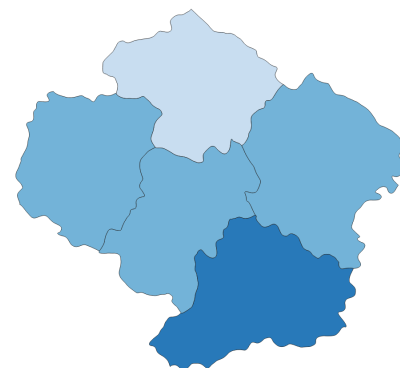
2017



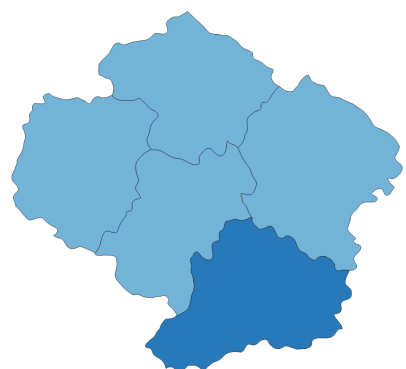
2018



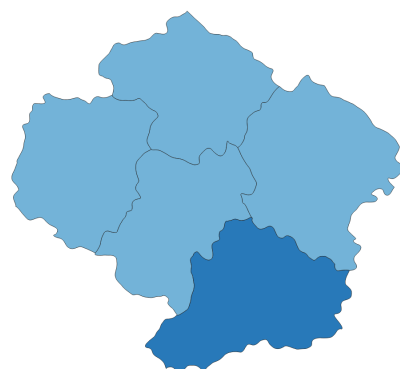
2019



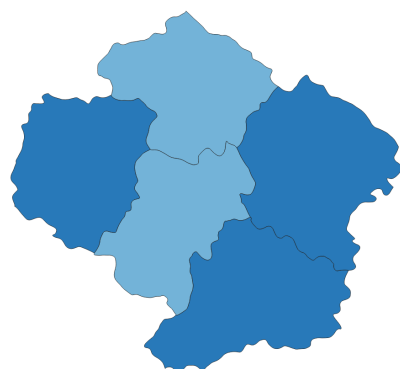
2020



2021



2022



Počet pacientů s vykázanou péčí

OKRES	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Havlíčkův Brod	1		1	15	71	108	104
Jihlava	1	1	1	118	168	173	196
Pelhřimov				81	200	190	214
Třebíč	59	75	135	219	269	287	275
Žďár nad Sázavou	1	14	40	132	148	182	255

Domácí ošetrovatelská péče (odb. 925) v Kraji Vysočina

2016



2017



2018



2019



2020



2021



2022

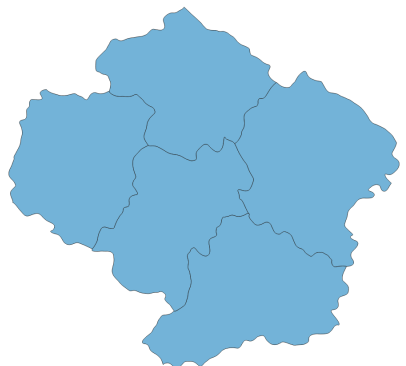


Počet pacientů s vykázanou péčí

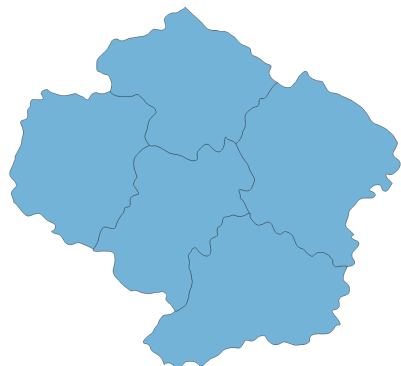
OKRES	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Havlíčkův Brod	1 242	1 320	1 417	1 576	1 589	1 573	1 614
Jihlava	1 415	1 614	1 694	1 667	1 725	1 774	1 814
Pelhřimov	878	903	936	942	1 013	995	1 041
Třebíč	1 745	1 726	1 740	1 810	1 955	1 975	2 055
Žďár nad Sázavou	758	792	895	1 145	1 278	1 304	1 401

Péče všeobecné sestry v sociálních službách (odb. 913) v Kraji Vysočina

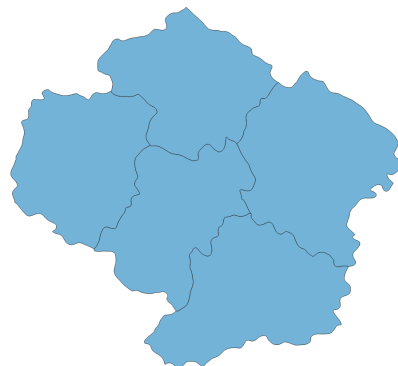
2016



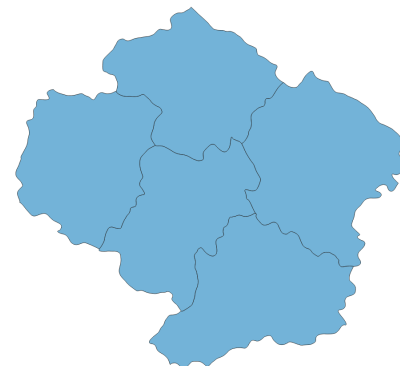
2017



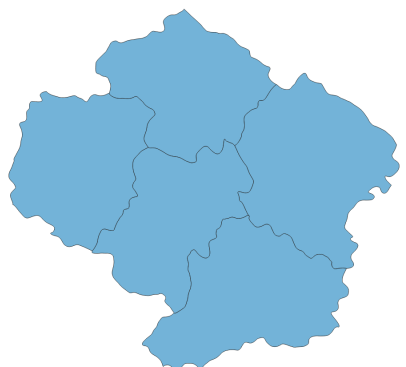
2018



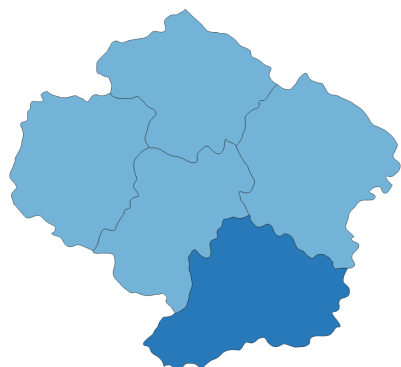
2019



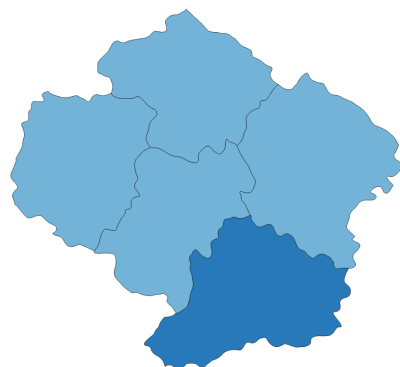
2020



2021



2022

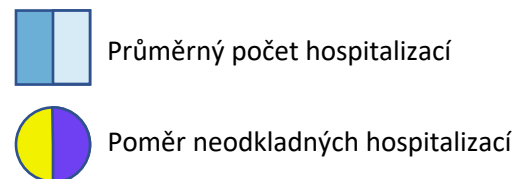
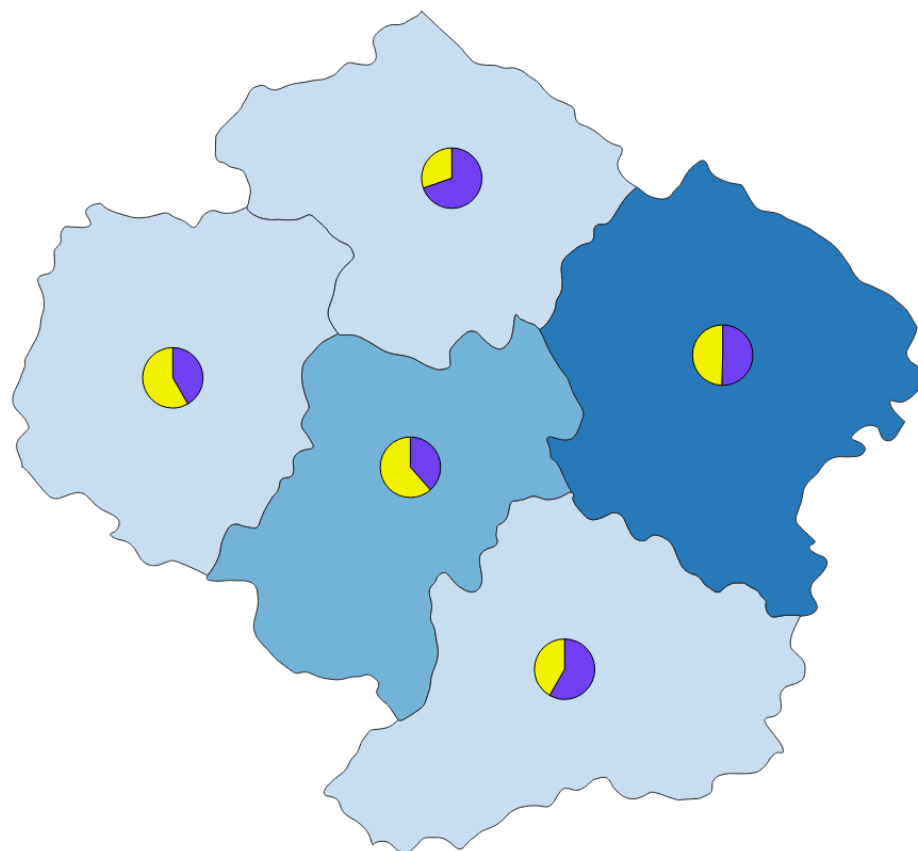


Počet pacientů s vykázanou péčí

OKRES	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Havlíčkův Brod	681	690	748	804	790	856	883
Jihlava	606	613	631	670	742	767	690
Pelhřimov	706	812	746	794	805	696	593
Třebíč	734	784	827	883	993	1 037	1 235
Žďár nad Sázavou	591	593	609	713	691	707	761

Počet hospitalizací v posledních 6 měsících života u osob ve věku 80+

Zdroj dat: NRHOSP 2022; dle bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace

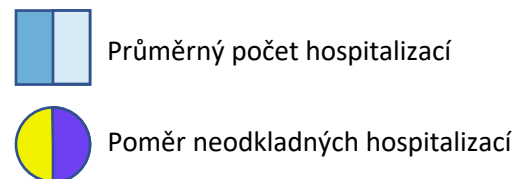
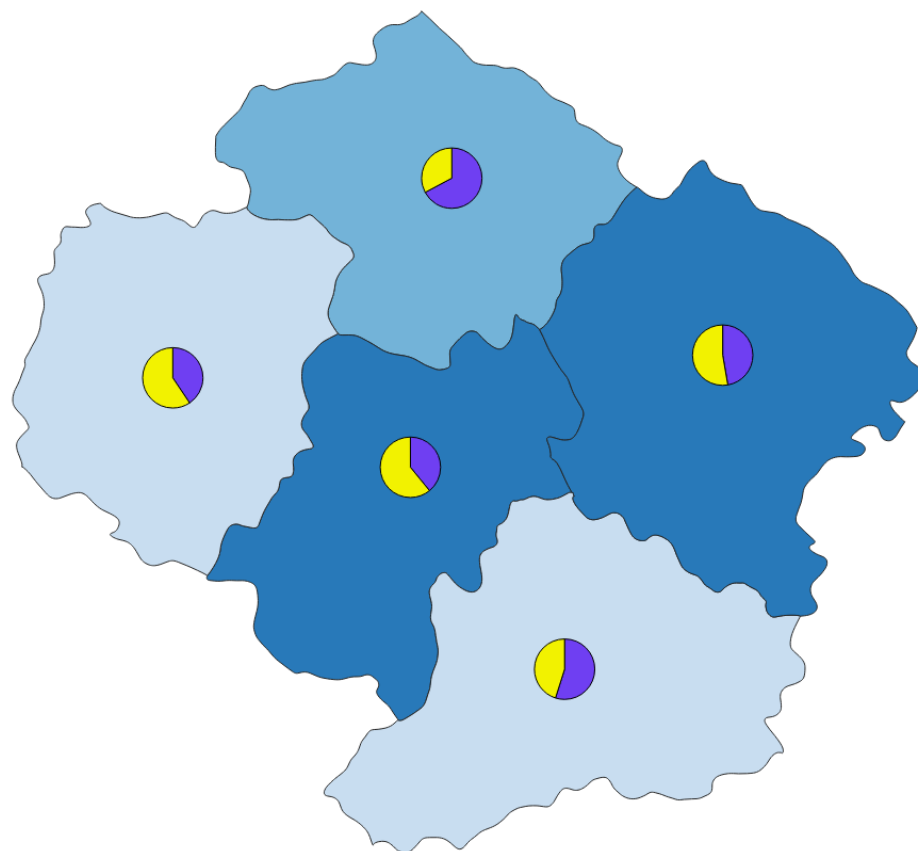


Územní jednotka	Průměrný počet hospitalizací	Neodkladné
Pelhřimov	1,7	58,3 %
Třebíč	1,7	41,7 %
Havlíčkův Brod	1,7	30,3 %
Jihlava	1,9	61,5 %
Žďár nad Sázavou	2,0	49,5 %
ČR	2,0	54,3 %

Průměrný počet hospitalizací v posledních 6 měsících života se mezi okresy kraje významně neliší: hodnota se pohybuje v rozsahu 1,7 – 2,0.

Počet hospitalizací v posledních 3 měsících života u osob ve věku 80+

Zdroj dat: NRHOSP 2022; dle bydliště zemřelého, včetně pacientů bez hospitalizace

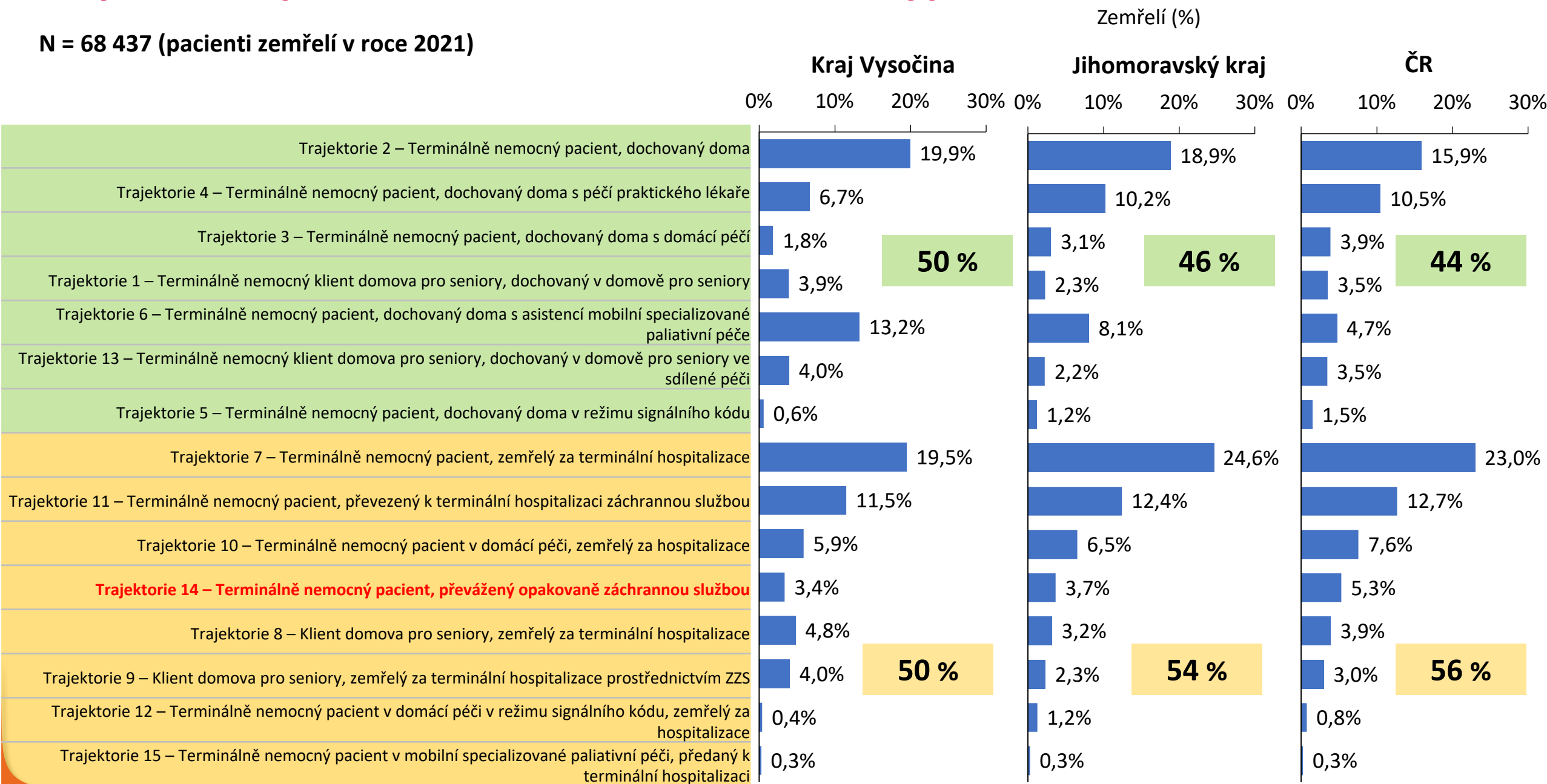


Územní jednotka	Průměrný počet hospitalizací	Neodkladné
Pelhřimov	1,3	59,4 %
Třebíč	1,3	45,1 %
Havlíčkův Brod	1,4	32,8 %
Jihlava	1,5	60,9 %
Žďár nad Sázavou	1,5	52,7 %
ČR	1,5	55,8 %

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

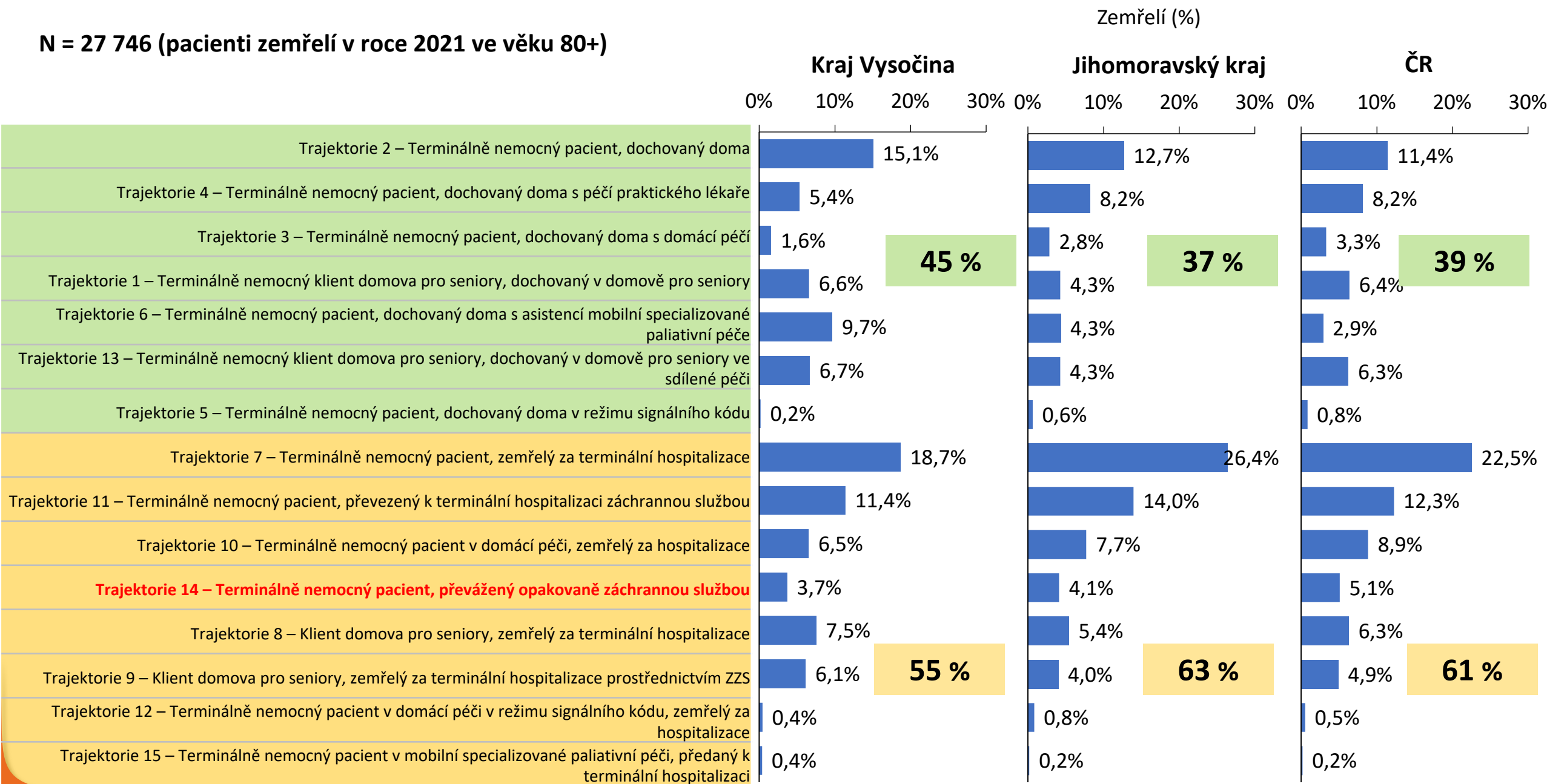
Trajektorie pacientů v závěru života dle typu intervence

N = 68 437 (pacienti zemřelí v roce 2021)

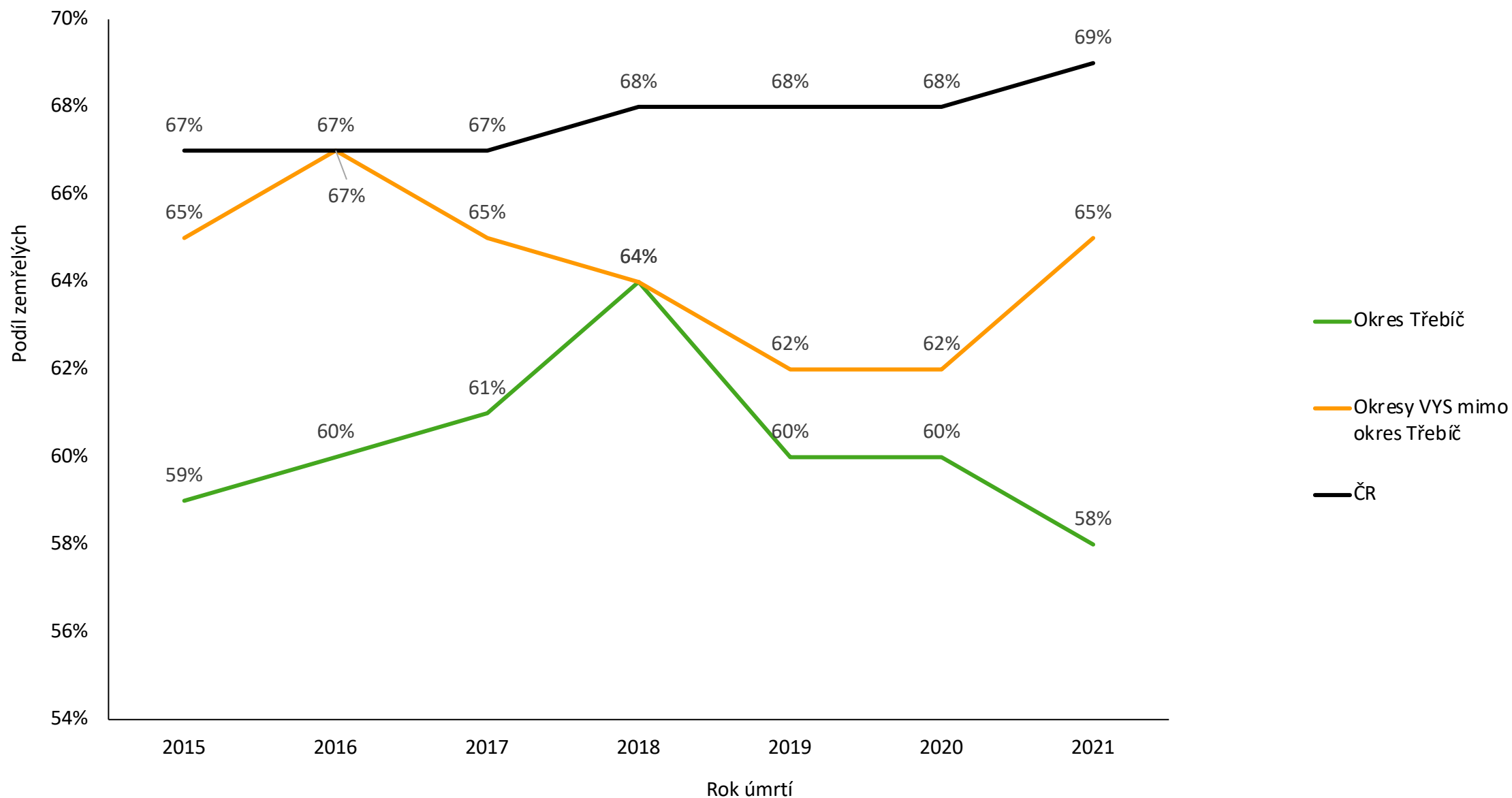


Trajektorie pacientů v závěru života dle typu intervence u osob ve věku 80+

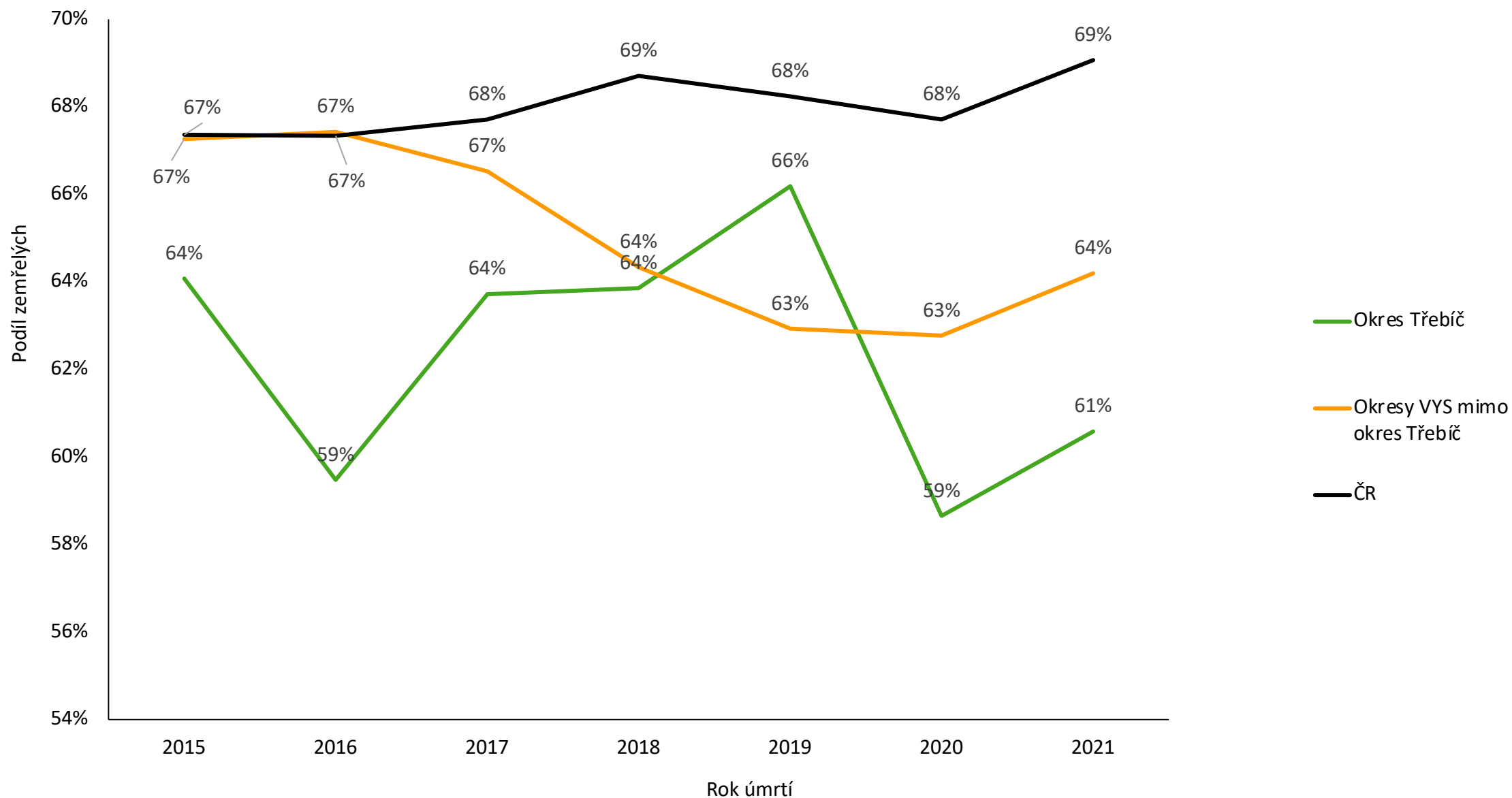
N = 27 746 (pacienti zemřelí v roce 2021 ve věku 80+)



Výkony ZZS v posledních 3 měsících života (očekávatelná úmrtí) – dle bydliště



Výkony ZZS v posledních 3 měsících života (očekávatelná úmrtí u osob ve věku 80+) – dle bydliště



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^{1–3} and Ladislav Dušek, RNDr, PhD^{3,4}

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

THE CZECH REPUBLIC⁹ 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.^{4,6}

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

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 a dobudování lůžkových kapacit
- Rozvoj 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 o vícegenerační rodině

Děkuji
za pozornost

ladislav.kabelka@trebic.charita.cz , ladislav.kabelka@fnusa.cz

+420731681447

Více informací

