

Paliativní péče v Kraji Vysočina

www.paliatrvysocina.cz



MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.

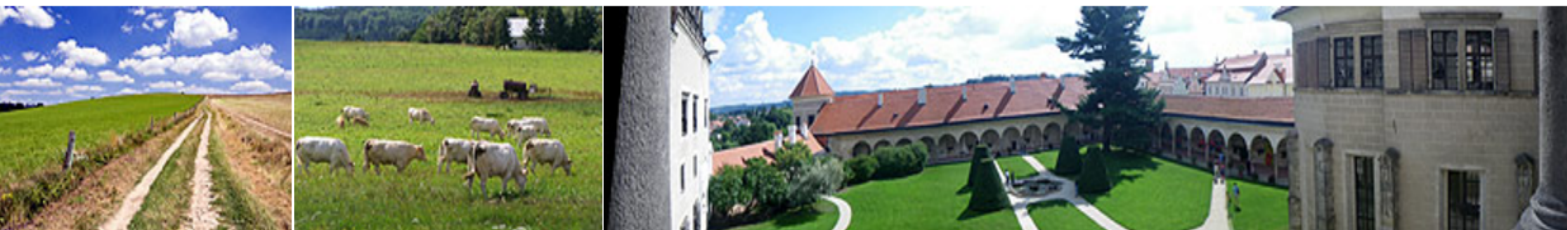
Mobilní hospic sv. Zdislavy OCH Třebíč

Kraj Vysočina, Nemocnice Třebíč

Sekce Geriatrické paliativní péče ČSPM ČLS JEP

Před „Paliatrem“ Vysočina

- Podpora domácí hospicové péče Krajem od 2007, projekt Vojty Hroudy (komunitní centrum)
- Projekt MSPP, pilotní organizace Třebíč, zásadní podpora hejtmana MUDr. Jiřího Běhounka (v té době předseda správní rady VZP)
- 2 roky tvorba Strategie ...“oddělit hrušky od jablíček“ 😊



sta: [Titulní stránka](#)

Servis pro

- novináře
- obce
- podnikatele
- příspěvkové organizace
- samosprávu kraje
- turisty

Téma

- volby
- analytické a statistické služby
- cykloportál
- doprava
- dopravní informace
- eBezpečnost
- eHealth

Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina



Kraj Vysočina má hotový první ucelený materiál týkající se organizace paliativní péče v regionu. Podle Vladimíra Novotného, náměstka hejtmana Kraje Vysočina pro oblast zdravotnictví jde o materiál, který nemá takto komplexně zpracovaný žádný jiný region. Čtyřicetistránkový materiál popisuje priority Kraje Vysočina při zajištění péče o pacienty v pokročilých fázích onemocnění, včetně zajištění kvalitní péče v závěru života. Důraz bude i nadále kladen na péči o umírající v domácím prostředí prostřednictvím domácí i mobilní paliativní péče. Na tu kromě zdravotní pojišťovny a klientů přispívá i Kraj Vysočina, a to částkou 10 miliónů ročně.

Předložená Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina je platná do roku 2020 a uvádí plánované aktivity, které budou realizovány prostřednictvím konkrétních projektů podléhajících samostatnému schválení v orgánech kraje, a to včetně finančního krytí. Po deseti letech intenzivní práce na rozvoji systému paliativní péče lze velice zjednodušeně konstatovat, že prioritou Kraje Vysočina je péče o umírající v domácím prostředí s maximální podporou a využitím služeb mobilní hospicové a ambulantní péče nabízené 24 hodin denně. Kraj se chce do budoucna zaměřit na proškolení lékařů, tak aby se rozšířily týmy schopné poskytovat náročnou a specializovanou péči. Na tento preferovaný stupeň navazuje poskytování paliativní péče v domovech pro seniory a především v nemocnicích zřízených krajem. „V

„Papír je strašně málo“

Vize, lidi, peníze, zájem, ochota, a
znovu vize

"Věř své cestě, vždy Tě dovede
dál, než jsi myslel na počátku"

Září 2017

- 2 organizace MSPP (1. v začátku provozu, jednotliví pacienti, 2. s problémy uvnitř organizace, zastaven rozvoj, nepropojení s dalším systémem vč. vzdělávání)
- 1 oddělení PM, žádný program nemocniční PP, minimální povědomí odborné veřejnosti
- Sít' specializované paliativní péče?
Víceúrovňový koncept? – science fiction
- Vzdělávání – jen ČSPM, minimální účast a zájem
- Data – minimální, roztržitěná, bez analýzy

Co chceme dosáhnout ?

- Realizovat Strategii
- Dosáhnout víceúrovňové implementace paliativní péče v Kraji Vysočina
- Maximální dostupnost a kvalita
- Multidisciplinarita....zdravotně-sociální pomezí



VZDĚLÁVÁNÍ V PROGRAMU

PALIATR VYSOČINA

SUBPROJEKTY

AKTUÁLNÍ SUBPROJEKTY

1. ELNEC Vysočina
2. ATESTAČNÍ KURIKULUM pro lékaře ve spolupráci s ČSPM ČLS JEP
3. FOCUS GROUPS v příspěvkových nemocnicích
4. KLINICKÉ DNY paliativní péče ve spolupráci se Sekcí geriatrické paliativní péče ČSPM ČLS JEP
5. KONFERENCE „Paliativní péče na Vysočině 2018“
6. STUDIE „Život s nevyléčitelnou chorobou na Vysočině 2017-2018“ – podkladový materiál pro přípravu PRIORITY č. 4 (INFRASTRUKTURA)
7. PR projektu, webová stránka www.paliatr-vysocina.cz
8. GRANTOVÉ PŘÍLEŽITOSTI

Efektivita ?

- **Dobře fungující síť základní péče** – praktičtí lékaři, interní oddělení, geriatric, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory umí dobře poskytovat péči křehkým chronicky nemocným, dobře funguje obecná paliativní péče, symptomová léčba a především schopnost zdravotníků zjišťovat a posuzovat potenciál nemocného, rozhodovat o vyšetřeních a další léčbě či místě poskytování péče ve prospěch jeho kvality života, podpořit pacienta a jeho blízké k aktivnímu přístupu v životě s nemocí.
- **Dostupnost péče 24 hodin/7 dnů v týdnu**
- **Kvalitní vzdělanost profesionálů** v paliativních týmech v nemocnicích i terénu, resp. ambulantní péči (dostupnost modelu **nemocniční paliativní tým, mobilní paliativní tým a ambulance paliativní medicíny na region/100-150 tis. obyvatel**)
- Zajištění kontinuity péče – výměna dokumentace a plánu péče, funkce koordinátorů péče mezi nemocnicí a terénní péčí, personální propojení terénních a nemocničních služeb

Data, data a zase data 😊

"Věř své cestě, vždy Tě dovede
dál, než jsi myslel na počátku"

Jaký podíl úmrtí na Vysočině jsou úmrtí očekávatelná? Jaký je to počet ročně a jak se vyvíjí v čase?



19 % všech úmrtí nastává **neočekávaně**

Jedná se o fatální úrazy či otravy nebo o náhlá selhání srdce.



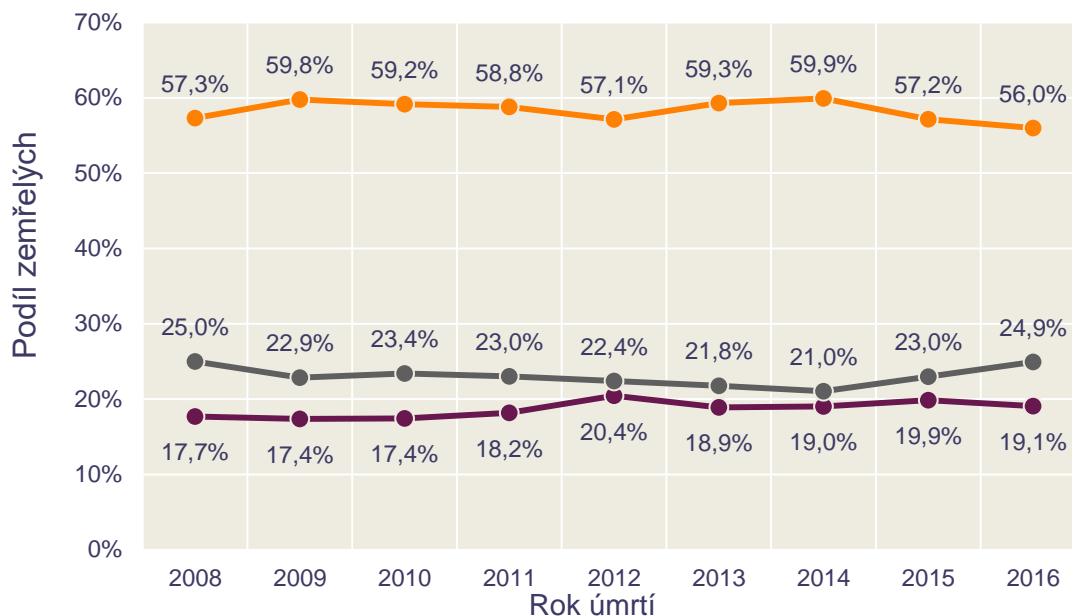
58 % všech úmrtí je výsledkem eskalace déle trvajících problémů.

Jedná se o úmrtí z chronických příčin, často po déle trvající hospitalizaci.



Téměř u všech umírajících z chronické příčiny lze očekávat potřebu některé z forem paliativní péče.

Ročně tak lze předpokládat 2900 až 3200 úmrtí u nichž by pacient mohl profitovat z poskytování paliativní péče.



Typologie úmrtí je provedena na základě kombinace příčiny úmrtí, hospitalizační historie a způsobu přijetí k hospitalizaci. U téměř čtvrtiny úmrtí není možné jasně definovat očekávatelnost. Počet umírajících s potřebou paliativní péče tak může být ještě vyšší. Zahraniční odhady z vyspělých zemí hovoří o 60-80 % umírajících.

- Akutní úmrtí
- Úmrtí chronického pacienta
- Ostatní

Existuje významná skupina obyvatel Vysočiny, kteří při očekávatelném úmrtí čerpají péči v závěru života mimo kraj? A kde?



12 % úmrtí obyvatel Kraje Vysočina se odehrává ve zdravotnickém zařízení **mimo kraj**.

Jedná se v průměru o 460 zemřelých ročně.

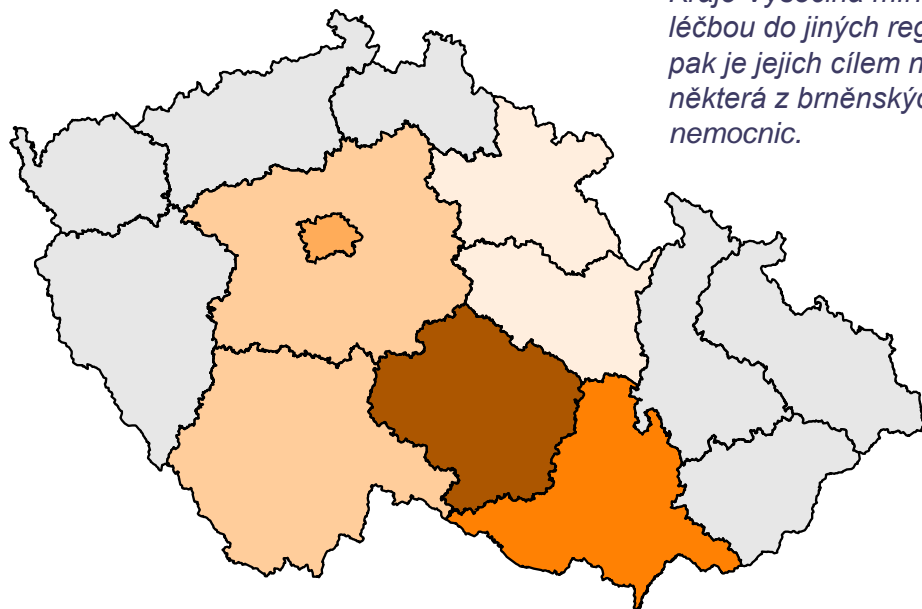


67 % úmrtí **mimo kraj** Vysočina jsou úmrtí z očekávaných příčin.

Mimo kraj tedy umírají častěji chroničtí pacienti.



Tím co vede nemocné v závěru život k tomu, aby se léčili mimo Kraj Vysočina jsou nejčastěji **onkologická onemocnění**.



Pokud terminálně nemocní z Kraje Vysočina míří za léčbou do jiných regionů, pak je jejich cílem nejčastěji některá z brněnských nemocnic.

	zemřelých obyvatel Kraje Vysočina ročně
Fakultní nemocnice Brno	53
Masarykův onkologický ústav	36
Fakultní nemocnice U sv. Anny v Brně	18
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	13
Nemocnice Dačice, a.s.	12
Diecézní charita Brno-DLBsH sv. Josefa	10
Nemocnice Znojmo, p.o.	8
Nemocnice České Budějovice, a.s.	8
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	8
Fakultní nemocnice Hradec Králové	8
Městská nemocnice Čáslav	7
Fakultní nemocnice v Motole	6
Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie	6
Hospic Chrudim z.ú.	6
Poličská nemocnice, s.r.o.	5
Hospic Sv. Alžběty o.p.s.	5
Nemocnice Tábor, a.s.	5
Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé	5
Institut klinické a experimentální medicíny	5
Nemocnice Ivančice, p.o.	4

20 nemocnic s největším podílem na péči o umírající chronicky nemocné z Kraje Vysočina v období 2008-2016

Kde tráví umírající na Vysočině závěr života a kde umírají? Kde je současné těžiště péče v závěru života v kraji?



22 % všech úmrtí nastává **doma** a **6 %** v zařízení **sociální péče**

Celkově tedy 28 % úmrtí lze označit, jako úmrtí v domácím prostředí.



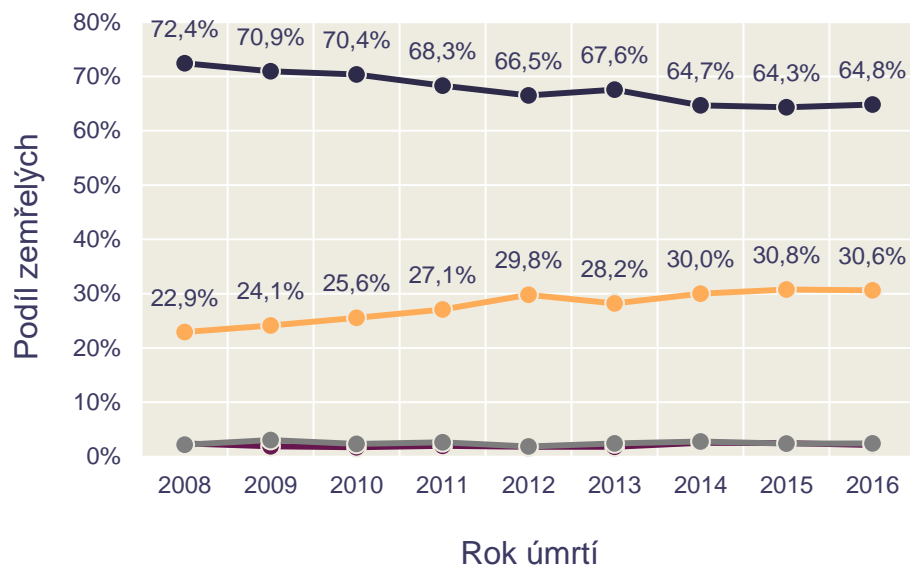
68 % všech úmrtí nastává na **lůžku zdravotnického zařízení**

Více než 80 % těchto úmrtí pak pokrývá 5 nemocnic okresního typu (Jihlava, Havl. Brod, Pelhřimov, Třebíč a Nové Město).



V Kraji Vysočina funguje **8 mobilních hospiců** poskytujících paliativní péči v domácím prostředí

Pacienti mobilních hospiců čerpají zdravotní péči v domácím prostředí.



Kraj Vysočina se od zbytku republiky odlišuje tím, že vykazuje vzrůstající počet domácích úmrtí.

Nejčastější příčina úmrtí doma či v sociální zařízení je selhání kardiovaskulárního systému (54 %).

- Ve zdravotnickém zařízení
- Doma, v zařízení sociálních služeb
- Na ulici, při převozu
- Jinde, nezjištěno

Kde (u jakých kategorií poskytovatelů) je poskytována péče v závěru života na Vysočině, jakým podílem se na tomto segmentu podílejí jednotlivé typy poskytovatelů?



9 % zemřelých nebylo v posledním roce hospitalizováno

Jedná se buď o náhlá úmrtí nebo o osoby dožívající v ambulantní či terénní péči.



V průměru na jednoho zemřelého připadá v posledním roce života 42 dní hospitalizace.

Z toho 23 dní tvoří pobyt na lůžku akutní péče.



V pěti nemocnicích dochází k 82 % nemocničních úmrtí v kraji.

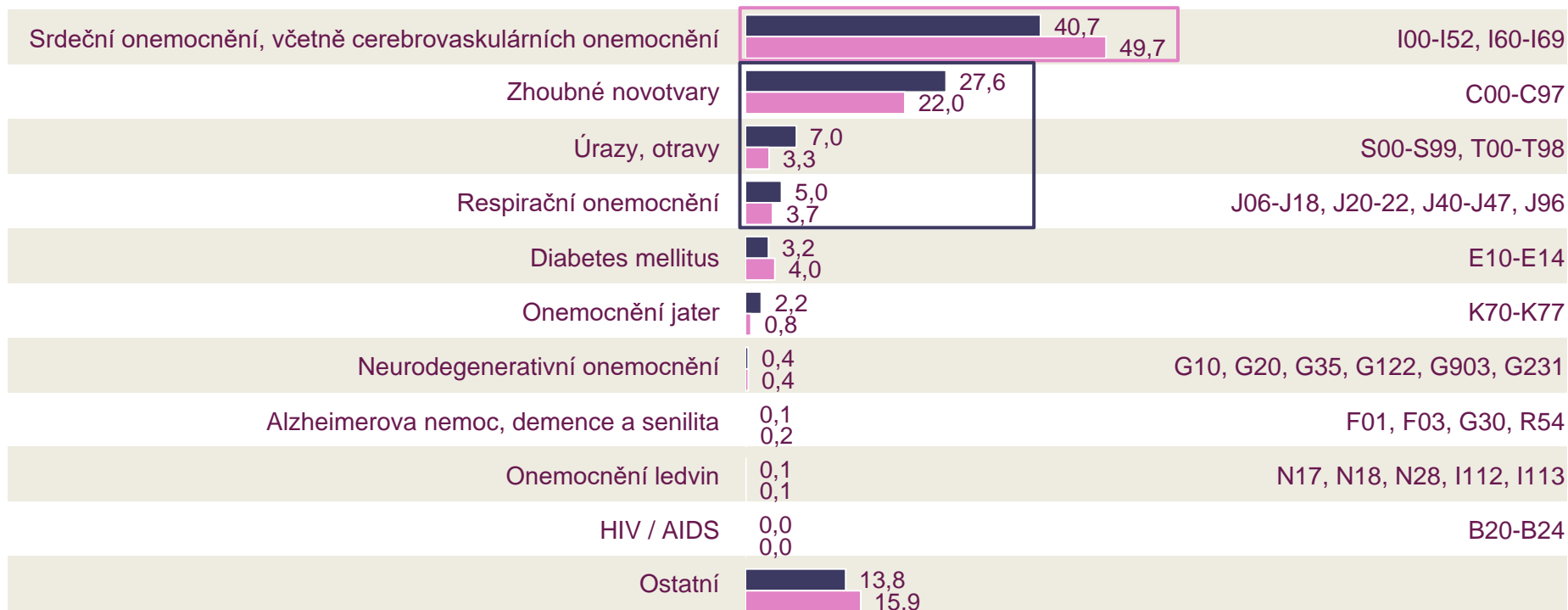
Síť pěti nemocnic okresního typu tvoří páteř péče o umírající v Kraji Vysočina. Každá z těchto nemocnic dohovává ročně několik set pacientů.

Počet úmrtí za hospitalizace v roce 2017

Nemocnice Jihlava, p.o.	619
Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.	589
Nemocnice Třebíč, p.o.	508
Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.	439
Nemocnice Pelhřimov, p.o.	427
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	170
Psychiatrická nemocnice Jihlava	144
Vysočinské nemocnice s.r.o., LDN	118
Nemocnice Počátky, s.r.o., LDN	79
PATEB s.r.o.	44
Rehabilitační ústav pro cévní choroby mozkové, s.r.o.	6
Vysočinské nemocnice s.r.o., Léčebna TRN	1
Nemocnice sv. Zdislavy, a.s.	0
Dětská psychiatrická nemocnice	0

Jaké jsou nejčastější příčiny úmrtí obyvatel Vysočiny?

Definice dle MKN 10*



Nejčastější příčinou úmrtí jsou nemoci kardiiovaskulárního systému (typický věk 80 let).

Druhou velkou skupinu představují onkologická onemocnění (typický věk 71 let).

Mezi muži a ženami existují jisté diference, ale základní struktura příčin úmrtí je velmi podobná.



Ženy žijí v průměru o 6 až 7 let déle než muži a méně často umírají následkem onkologického onemocnění.



U mužů jsou častěji úmrtí následkem úrazu či respiračního onemocnění.

Jaká je potřeba paliativní péče?

Table 5. Numbers needing palliative care in England, for the period 2006–2008 and annually, estimated and compared using four different methods.

		n (2006–2008)	n (annually)	Percentage of all deaths	Confidence intervals (95%)	
					Lower limit	Upper limit
Higginson ¹	Pain	854,936	284,979	60.28	60.20	60.36
	Breathlessness	554,787	184,929	39.11	39.03	39.20
	Depression	432,481	144,160	30.49	30.42	30.57
Rosenwax et al. ⁷	Minimal estimate	524,906	174,969	37.01	36.94	37.07
	Maximal estimate	1,370,301	456,767	96.61	96.58	96.64
Gómez-Batiste et al. ⁸	Estimate	1,063,763	354,588	75% ^a		
Murtagh (methods developed in this article)	Minimal estimate	893,956	297,985	63.03	62.95	63.11
	Intermediate estimate – lower limit	980,056	326,685	69.10	69.02	69.17
	Intermediate estimate – upper limit	1,161,201	387,067	81.87	81.81	81.93
	Maximal estimate	1,370,301	456,767	96.61	96.58	96.64
Total deaths		1,418,351	472,784	100		

^aThe actual numbers are derived from the per cent; therefore, 95% confidence intervals are not presented.

Odhady potřeb paliativní péče jsou vždy zatíženy chybou. Dle dostupné zahraniční literatury však lze předpokládat, že minimálně 60 % všech úmrtí představuje nějakou potřebu paliativní péče.



Téměř u všech umírajících z chronické příčiny lze očekávat potřebu některé z forem paliativní péče.

Ročně tak lze předpokládat minimálně 2900 až 3200 úmrtí u nichž by pacient mohl profitovat z poskytování paliativní péče.

Ročně zemřou na Vysočině dvě až tři děti na onkologické onemocnění. Paliativní péči o děti je potřeba formovat jako zcela personalizovanou službu.

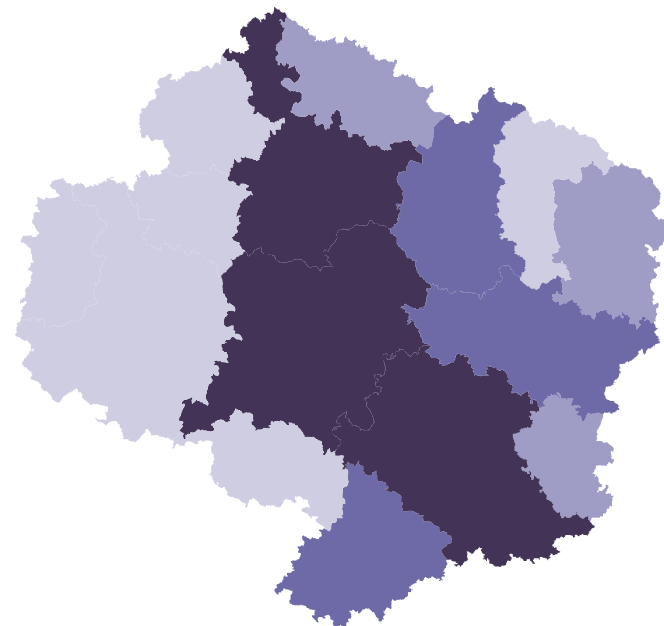
Kolik osob je závislých na péči?



Ke konci roku 2016 žilo na Vysočině **13 298** osob **starších 65 let** pobírajících **příspěvek na péči**.

5 234 pobíralo dokonce příspěvek **III. či IV. stupně**. Jednalo se tedy o osoby zcela závislé na péči okolí.

Osoby 85+ s III. či IV. stupněm závislosti



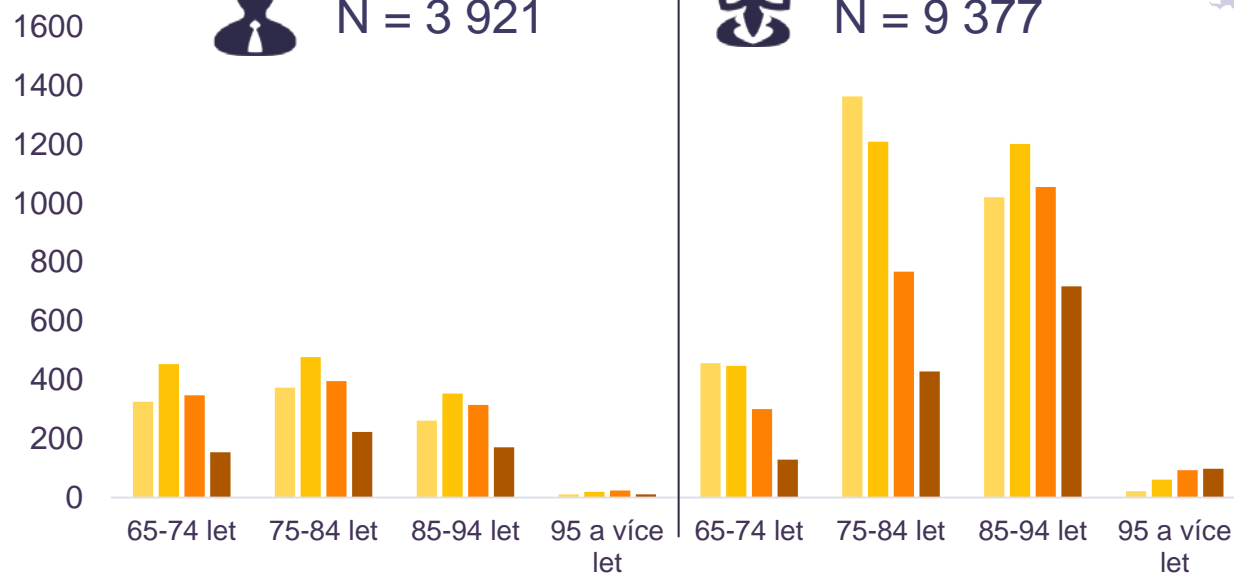
Zdroj dat: MPSV – data k 31.11.2016



N = 3 921



N = 9 377



Stupeň závislosti I. II. III. IV.

Počet osob pobírajících příspěvek

Jak umírají lidé žijící v sociálních zařízeních?

V datech NZIS není obsažena informace o pobytu osob v zařízení sociální péče. Tuto informaci můžeme částečně získat u těch pacientů, kteří byli propuštěni do zařízení sociální péče.



Z osob žijících v **zařízení sociální péče** jich **36 %** zemře v tomto zařízení

Jen 50 % z nich umírá v nemocnici. Je to méně než u osob žijících doma.



Za poslední **3 měsíce života** stráví obyvatelé domovů pro seniory v průměru **tři týdny na lůžku v nemocnici.**

Je to hodnota srovnatelná s těmi, kdo bydlí doma.



Umírají-li obyvatelé sociálních zařízení v nemocnici, je to **ve 29 % po neodkladné hospitalizaci.**

V obecné populaci je toto číslo přibližně 35 %.

Obyvatelé sociálních zařízení pro seniory představují z hlediska zdravotního stavu specifickou populaci. Jedná se o osoby, které se již dožily relativně vysokého věku. Mezi klienty domovů pro seniory je tak výrazně méně onkologických pacientů. Zhoubné novotvary zapříčiňují méně než 10 % úmrtí. Klienti domovů pro seniory tak umírají v průměru o 8 let starší než obecná populace a jejich život nejčastěji ukončí kardiovaskulární selhání. Vyšší výskyt je také patrný při úmrtí na diabetes mellitus. Populace seniorů žijících v zařízeních sociálních služeb představuje skupinu se specifickými potřebami na jejichž definování by bylo dobré shromáždit víc relevantních dat.

End of life – informační systém (ELFis)

Existující data NZIS představují robustní data o hospitalizační historii a umírání nicméně neumožňují posuzovat kvalitu života nebo poskytnutou péči. Pro skutečně validní popis problematiky závěru života se tedy jeví jako nutné vytvořit metodiku pro sběr těchto měkkých dat.

Návrh ELFis kombinuje dotazování na několika úrovních systému (instituce – lékaři – rodina), tak aby bylo možné vytvořit komplexní pohled na všechny základní aspekty umírání.



- Roční opakovaný sběr informací od poskytovatelů zdravotních služeb.
- On-line administrace (REDCap)
- Vlastní dotazník
- Agregovaná data



- Monitorování symptomů a péče u pacientů v závěru života
- Vyplňuje konziliární paliativní tým
- On-line administrace (REDCap)
- Dotazníky IPOS a NECPAL
- Anonymní údaje
- Není nutný informovaný souhlas
- Není možné propojit závěr života v různých ZZ



- Mapování závěru života dotazováním pozůstalých
- Administruje poskytovatel zdravotních služeb, vyplňuje blízký příbuzný
- Vyplňováno na papíře, případně i on-line (REDCap)
- Dotazník VOICES
- Anonymní údaje

Co nás čeká? Co již probíhá?

"Věř své cestě, vždy Tě dovede
dál, než jsi myslel na počátku"

VÍCEÚROVŇOVÁ PALIATIVNÍ PÉČE – např. rakouský model

	Typ paliativní péče		
	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí	
Akutní péče	Nemocnice	Domácí hospicová péče (vyškolení dobrovolníci, poskytující poradenství a podporu, v ČR neexistující služba)	Nemocniční paliativní konziliární týmy
Dlouhodobá péče	LDN, domovy pro seniory		Lůžkové hospice
Domácí péče	Praktičtí lékaři, agentury domácí péče		Mobilní specializovaná paliativní péče
			Mobilní specializovaná paliativní péče, stacionáře

Struktura služeb

- v každém regionu dostupná ambulance paliativní medicíny (720)
- Mobilní specializovaná paliativní péče, nemocniční konziliární paliativní tým, lůžka paliativní péče v rámci následné nemocniční péče a akutní nemocniční paliativní lůžkové kapacity
- **ev. lůžkový hospic** (po vytvoření ostatních typů služeb v rámci stávajícího systému a po zhodnocení potřebnosti)

Časná indikace paliativní péče ?

"Věř své cestě, vždy Tě dovede
dál, než jsi myslel na počátku"

Paliativní konzilium

- **„SURPRISE QUESTION“**
- **VÁŽENÝ PANE DOKTORE, BYL BYSTE PŘEKVAPEN, POKUD VÁŠ PACIENT ZEMŘE V NEJBLIŽŠÍCH 3 (několika) MĚSÍCÍCH V SOUVISLOSTI S PŘIROZENÝM VÝVOJEM SVÝCH ONEMOCNĚNÍ?**

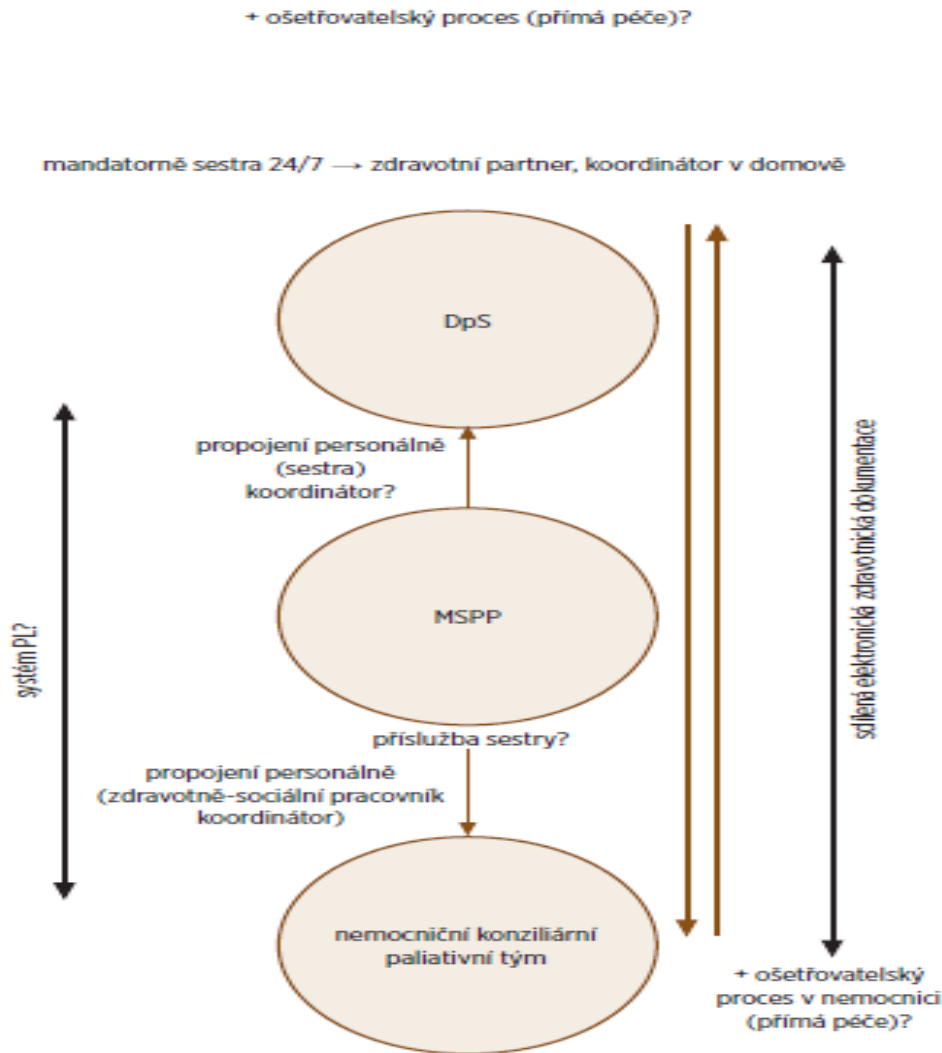
Indikace geriatrické paliativní péče

- **Geriatrické syndromy** – syndrom imobility, instability, progresse frailty s nízkou možností její intervence, závislost na péči rodinných příslušníků
- **Přítomnost výrazné symptomové zátěže** – v popředí závažnosti je syndrom celkové bolesti, dušnost, úzkost, delirium. Vhodným nástrojem hodnocení závažnosti jsou škály ESAS (Edmonton symptom assessment scale), PAINAD (pain in alzheimer disease) a MSSE (mini suffering state examination)
- **Pozdní fáze některých onemocnění** – specificky se jedná o pozdní fáze onkologických onemocnění, terminální městnavé srdeční selhání, konečné fáze selhání ledvin, stavy po těžkých, dokonaných mozkových příhodách či syndrom demence

Vzdělávání

- 6/2018 na Vysočině proběhly Krajskou lektorskou skupinou připravené a koordinované (viz. www.paliatrvysocina.cz) interaktivní, multidisciplinární týmové kurzy ELNEC, nyní je již ovlivněno tímto základním vzděláním v paliativní péči na 51 profesionálů – především sester, také lékaři a sociální pracovníci, z nemocnic, mobilních týmů, ambulantní a sociální péče.
- 6/2018 se připravuje vznik vzdělávací instituce, zřízené pod Krajem Vysočina a nemocnicí Třebíč: **Zdravotní a Sociální Institut Vysočina.**
- Od 1/2018 je otevřen a postupně propracováván webový portál www.paliatrvysocina.cz – dalším krokem je například práce na vytvoření interaktivní mapy služeb, nebo podpora informovanosti laické i odborné veřejnosti

Sociálně- zdravotní pomezí



- Ošetrovatelská podpora a diagnostika dostupná 24/7
- Dostupnost kvalifikovaného rozhodnutí lékaře 24/7
- Plán péče nastavuje kvalifikovaně praktický lékař, ve spolupráci s paliatrem, nebo v rámci indikované nemocniční hospitalizace.
- Součástí je pečlivá komunikace s rodinou pacienta
- Vzdělávání a reflexe všech klinických zaměstnanců domova – nejlépe ve spolupráci s mobilními paliativními týmy

- Výzvy české/evropské kardiologie a paliativní medicíny, 2.11.2018 Jihlava
- 12.11. 2018 pracovní setkání PS Paliatr Vysočina a ZO a SO ostatních krajů, Jihlava
- Paliatr Vysočina 2018, Jihlava, 29.11.2018, geriatricie, pediatrie, nemocniční PP a MSPP

Životní jistoty aneb základy paliativní péče

1/31
kabelka@paliativni-institut.cz
+420 737 230 772



Frank Tugend and his grandson, Dan Jury, 1954.



Dan Jury and his grandfather, Frank Tugend, 1974.

Salzburg, EPEC 9/2003