

Projekt PALIATR VYSOČINA

www.paliatrvysocina.cz

BILANCE 2018

Projekt **Paliatr Vysočina** je **otevřenou platformou** krajské veřejné správy (zdravotní a sociální odbory Kraje Vysočina), odborníků – paliatrů, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb včetně ústředních orgánů státní správy MPSV a MZ. Součástí prací je i hledání konstruktivních cest pro oblast zdravotně-sociálního pomezí závěrečné fáze života spojenou s demografickými změnami posledních 20 let.

Průběžné výsledky projektu směřují k **vytvoření komunitního dohledu pro závažně chronicky nemocné a vytvoření regionálních sítí specializované paliativní péče v rámci Kraje Vysočina. V další fázi bude možné rozšířit působení projektu také na pokročile chronicky nemocné pacienty.**

Vize:

Závažně chronicky nemocní a jejich blízcí v rámci Kraje Vysočina budou mít široce dostupnou včasnou indikaci svých potřeb, a to jak zdravotních, sociálních, psychologických i spirituálních, v jakémkoliv segmentu péče.

Pečující laici i profesionálové budou mít dostatek informací, zkušenosti i erudice ke zvládnutí péče o pokročile chronicky nemocné.

Cíle:

- Vytvořit adekvátní **klinické a organizační zázemí** pro **víceúrovňový koncept péče o pokročile chronicky nemocné** v Kraji Vysočina.
- Podpořit **kvalitní, vysoce odbornou péči** o pokročile chronicky nemocné.
- **Propojit segmenty** zdravotní, sociální, lůžkové i terénní péče o pokročile chronicky nemocné.
- Zajistit **adekvátní, udržitelné financování** péče o pokročile chronicky nemocné.
- Vytvořit **dlouhodobě udržitelný model reflexe poskytované péče**, v rámci datově objektivních modelů, i osobní reflexe a týmové práce.

Paliativní péči podle komplexnosti dělíme na obecnou a specializovanou.

1. **Obecnou (primární) paliativní péči** poskytují zdravotníci (např. všeobecní praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, ošetřující lékaři v nemocnici, sestry home care) v rámci své odbornosti.
2. **Specializovanou paliativní péči poskytuje multidisciplinární tým odborníků**, kteří jsou v problematice paliativní péče speciálně vzdělaní (tým obvykle vede lékař specialista v paliativní medicíně, paliatr). Specializovaná paliativní péče může mít formu lůžkovou (lůžkový hospic nebo oddělení paliativní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení, ambulantní (ambulance paliativní medicíny, konziliární ambulance/tým paliativní medicíny v nemocnici) nebo mobilní/domácí (mobilní specializovaná paliativní péče – MSPP)

Chronická onemocnění, která obvykle vyžadují v pokročilých stádiích specializovanou paliativní péči:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, amyotrofická laterální skleróza
- konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
- geriatřičtí pacienti se syndromem křehkosti (frailty), u kterého se nedaří intervence a progreduje malnutrice, kognitivní deficit či orgánová selhávání
- pacienti po úrazech a mozkových příhodách s výrazným neurologickým deficitem, u kterých se nedaří intervence a progreduje malnutrice, kognitivní deficit či orgánová selhávání
- HIV/AIDS
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

Definice pojmů:

- **pokročile chronicky nemocný** - pozdní stádia chronických chorob (onko i recidivy progredující, srdeční selhání, pokročilá demence P-PA-IA2/3 a dále metabolický syndrom apod. - prognosa max. několik let, většinou opakované hospitalizace, nutný komplexní přístup, pacienti již často jsou na zdravotně-sociálním pomezí);
- **závažně chronicky nemocný** - pokles PPS (Palliative performance scale) na 40 a níže a zvýšení příznaků interferujících s kvalitou života (zvýšení ESAS - Edmonton symptom assessment scale - viz. i metodika Mobilní specializované paliativní péče). Tito nemocní se dostávají do závěrečné (dle zákona terminální) fáze onemocnění, prognosa v měsících, v křehké geriatrici většinou cca 1/2-3/4 roku života, v onkologii poslední měsíce;

- **terminální stav** - nevratné selhávání životně důležitých orgánů, prognóza dny až týdny

PRŮBĚH A HODNOCENÍ PROJEKTU

Projekt vychází ze „Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020“ schválené Zastupitelstvem Kraje Vysočina usnesením č. 0250/04/2017/ZK dne 20. 6. 2017 (www.kr-vysocina.cz, www.paliativvysocina.cz). V období 10/2017 - 12/2018 se projekt zaměřil na tyto oblasti:

- **Datová analýza** péče, i v rámci longitudinálního sledování, ve spolupráci s Institutem Biostatistiky a analýz Masarykovy Univerzity Brno

6/2018 zpracována základní analýza dat mortality a morbidity, z dostupných registrů

Od 9/2018 připravována navazující analýza kvality péče, ve spolupráci s poskytovateli zdravotní i sociální péče

2019 spuštění projektu ELF – End of life care informační systém Kraje Vysočina

- **Struktura služeb** – v každém regionu potřebujeme dostupnou ambulanci paliativní medicíny (720), minimálně 1 tým Mobilní specializované paliativní péče (MSPP), 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)

12/2018 je na Vysočině 8 organizací s pozitivním VŘ na 926 – Mobilní specializovaná péče (Telč, Pelhřimov, Jihlava, Žďár n. Sázavou, Havlíčkův Brod, Nové Město na Moravě, Třebíč, Velké Meziříčí) – s podporou vedení Kraje Vysočina tyto organizace vyjednávají se ZP o uzavření smluv – reálné je zahájení činnosti s komplexním zajištěním smlouvami se ZP již od ledna 2019.

12/2018 každá z 5 nemocnic zřízovaných Krajem Vysočina pracuje s rozvojem nemocničního konziliárního paliativního týmu. Nemocnice Jihlava a Třebíč již tento tým nominovaly. Od ledna 2019 se bude systematicky scházet pracovní skupina specializované paliativní péče profesionálů ze všech regionů – jejím úkolem bude koncepce vzdělávání a ELF informační systém. 2 nemocnice (Třebíč a Jihlava) se připravují vstoupit do výběrového řízení v projektu MZ ČR Nemocniční paliativní péče (dle informací z 5. 12. je vyhlášení výzvy reálné k 1. 1. 2019).

- Motivace profesionálů a podpora vzdělanosti – kurzy ELNEC Vysočina, specializované kurzy (např. UTZ pro lékaře klinických oborů – všeobecné praktické lékařství, vnitřní lékařství, geriatric, mobilní paliativní týmy), lékařské kurzy (Týmová

práce a rozhodování a Komunikační dovednosti ve spolupráci s ČSPM ČLS JEP), e-learning.

2-11/2018 na Vysočině proběhly Krajskou lektorskou skupinou připravené a koordinované (viz. www.paliatrvysocina.cz) interaktivní, multidisciplinární týmové kurzy ELNEC (3x), nyní je již ovlivněno tímto základním vzděláním v paliativní péči na 75 profesionálů – především sester, také lékaři a sociální pracovníci, z nemocnic, mobilních týmů, ambulantní a sociální péče. Kurzy jsou již nově koncipovány jako multidisciplinární pro celé týmy.

Od ledna 2019 zahájí činnost prozatím virtuální vzdělávací instituce **Zdravotní a sociální institut Vysočina**.

Od 1/2018 je otevřen a postupně propracováván webový portál www.paliatrvysocina.cz – dalším krokem aktuálně je například práce na vytvoření interaktivní mapy služeb nebo podpora informovanosti laické i odborné veřejnosti.

- Práce s laickou veřejností, informační kampaně, propojení zdravotně-sociálního pomezí, podpora rozvoje paliativní péče v rámci primární péče a domovech pro seniory.

Tato část projektu byla zahájena 9/2018, připravuje se portál www.pecujidoma.cz, který bude provozovat sociální pracovní skupina projektu Paliatr Vysočina, se záměrem zachování regionálních specifik.

Kam jsme došli:

- máme 8 organizací, které jsou schopny a budou poskytovat v Kraji Vysočina MSPP od ledna 2019 se smlouvami se ZP, min. VZP (v Třebíči vypadá reálně, že budeme mít smlouvu 111, 205, 207, nyní jednáme o 211 a 201)- vždy na 926, 925 a 720;
- máme "tonizovanou" základnu profesionálů v rámci Vysočiny k tématu, i vedení nemocnic projevují aktivně zájem, jsou koncipovány nemocniční týmy, nastavuje se spolupráce s Mobilními týmy;
- poměrně dobře jsme zvládli vzdělávání, pro rok 2018 až 100 profesionálů z Vysočiny projde ELNEC, nyní je dalších 20 v přípravě Psychologie, Komunikace. Zdravotně sociální institut Vysočina pod Nemocnicí Třebíč, příspěvkovou organizací, je již ve fázi realizace, spuštění od ledna;
- povedly se 3 konference, je poměrně vysoká účast a zájem;
- povedlo se setkání s odbory krajských úřadů, je zájem z asi 5 krajů o spolupráci;
- zpevnili jsme celou koordinační skupinu a zpřesnili procesy schvalování, vymýšlení a diskutování subprojektů - koordinace je efektivnější;
- zásadně jsme dotáhli analýzu datových zdrojů a připravili projekt ELF (end of life care) informační systém;

Co rok 2019:

- intenzivně budeme pokračovat ve vzdělávání, využívat Mobilní týmy v podpoře sociálních zařízení, prohloubíme vzdělávání v nemocnicích, zkusíme zapojit psychiatrické nemocnice, více agentury home care (kurs Komunitní péče) - ještě rok

2019 projekty vzdělávání dělat sice pod hlavičkou ZSIV u Nemocnice Třebíč, příspěvkovou organizací, ale hradit z finančních prostředků kraje vyčleněných pro projekt Paliatr Vysočina. Platby až od roku 2020.

- intenzivní podpora MSPP - finančně také (změna dotační politiky ve prospěch rozvoje MSPP), podpora zejména logisticky, vzájemné předávání zkušeností. Pracovní skupina specializované paliativní péče se poprvé sejde 15. 1. 2019 v Třebíči, bude řešit i podporu nemocniční paliativní péče - tito lékaři většinou pracují společně v obou segmentech.
- pojišťovny - základem je, aby všechny ZP nasmlouvaly agregované výkony z vyhlášky pro MSPP + 720 amb. (925 většina organizací terénní paliativní péče má). Určitý posun u svazových pojišťoven je, zatím ne dostatečný.
- ostatní kraje: pokračujeme v aktivitě vůči ostatním krajům, v získávání partnerů. Navrhujeme v Senátu zorganizovat seminář o naší koncepci a vůbec tématech řešení ZS pomezí. Následně plánujeme další setkání s ostatními kraji a krajskými úřady, pracovní, zdrav a soc. odbory, k vyjasnění si, kam jsme se posunuli.
- velkou konferenci – bilanční – budeme organizovat v listopadu 2019. Na jaře, v dubnu (prozatím termín 16. 4.) proběhne odborná kardiologicko/nefrologická konference.
- ELF - End of life care informační systém s doc. Duškem a web paliatrvysocina.cz jsou velmi důležité podpůrné projekty - je třeba je rozvinout, strategie již je připravena, lidé také (první setkání 15. 1. 2019).
- Připravujeme Lektorský kurs: z našich kvalitních profesionálů potřebujeme velmi dobré lektory/akademiky. Určitým prostorem bude také projekt ELF a vůbec Pracovní skupina specializované paliativní péče - to jsou a budou naši regionální koordinátoři, jejich setkávání a společná práce směrem z regionů do Paliatr Vysočina a naopak jsou klíčová.

DŮVODOVÁ ČÁST

Prodloužením lidského života, působením medicíny a změnou životního stylu také Česká republika dospěla ke změně zadání pro zdravotní a sociální systém. Chronický průběh většiny onemocnění, také již například v onkologii, zásadně zvyšuje potřebu péče o **kvalitu života v nemoci**. Jestliže jsme prodloužili život v nemoci, a to platí zvláště pro křehkou geriatricii, pak neseme jako společnost, ale tím pádem také jako profesionálové ve zdravotně-sociálním systému, odpovědnost za kvalitu tohoto života, společně se svými pacienty a jejich blízkými.

V rámci projektu Paliatr Vysočina cílíme na zdravotnické profesionály – víme, že kvalitu života pacientů a jejich blízkých mohou ovlivnit:

- Empatickou a včasnou komunikací s pacientem a jeho blízkými nad špatnými zprávami, již od diagnózy a průběžně, otevřeně, s dostatkem informací a prostorem k reflexi emocí, nejistoty, strachu, nepochopení;

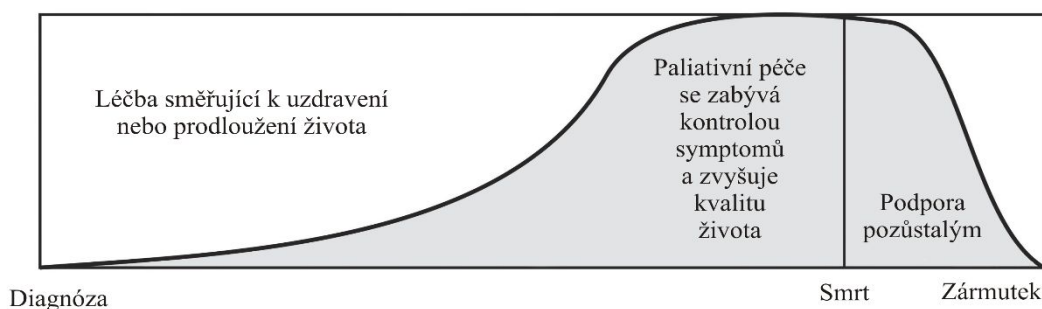
- Vynikající léčbou základních onemocnění, léčbou doprovodných symptomů, podpůrnou psychologickou, nutriční či rehabilitační terapií, a také správně časovaným přechodem ke specializované paliativní péči, respektive symptomatické léčbě;
- Zajištěním kontinuity potřebné péče, organizací kvalitních a dobře systémově dostupných služeb, ve všech úrovních zdravotního a sociálního systému. Propojením zdravotně-sociálního pomezí. Dostupností potřebných služeb a dohledu mimo zdravotnická zařízení 24/7;
- Osobním zaujetím, autenticitou ve vztahu k pacientovi;
- Týmovou prací s multidisciplinárním pohledem na pacienta a jeho blízké s vědomím, že ošetřuje celou sociální jednotku, a to také po úmrtí pacienta v péči o pozůstalé;

Ze zkušeností rozvoje světové, ale nyní již i české paliativní péče vyplývá zásadní přínos včasné aplikace podpůrné (obecné) a posléze specializované paliativní péče. Obr. 1 ukazuje, jak se desítkami let proměňuje, v kontextu péče o stále více chronicky nemocných, také pohled na včasnost zařazení obecné a specializované péče v celkovém modelu péče o tuto skupinu pacientů. Propojení kurativní péče s péčí podpůrnou, a využití rozvoje paliativní péče v tomto procesu, se nabízí. Je i cestou, kterou ve veřejném zdravotnictví propaguje Světová zdravotnická organizace.

Tradiční přechod mezi kurativní a paliativní péčí



Model časné integrace paliativní péče



REGIONÁLNÍ KOMUNITNÍ DOHLED PRO POKROČILE CHRONICKY NEMOCNÉ JE KONCEPTEM PROPOJENÍ MODELU ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE EFEKTIVNÍ FORMOU

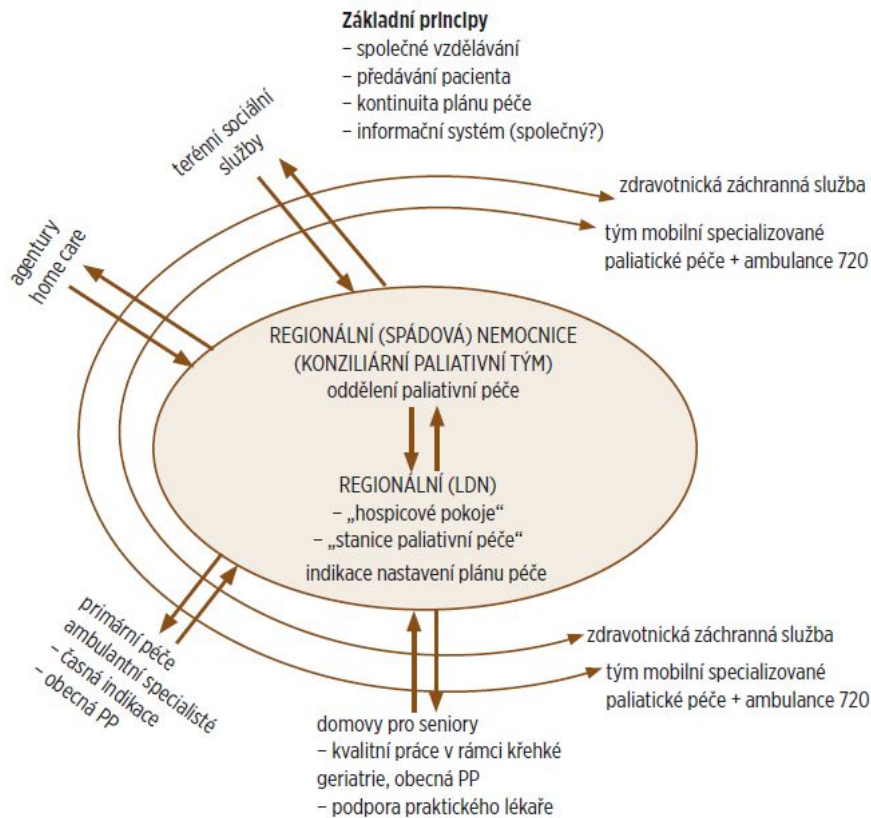
Efektivitu přináší především:

- **Dobře fungující síť základní péče** – všeobecní praktičtí lékaři, interní oddělení, geriatricke, 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.

Zdravotně-sociální pomezí je oblastí, ve které se díky prodloužení života průměrně o 7 let, během posledních 20 let, pohybuje stále více chronicky nemocných. Potřeba řešení zdravotních problémů na platformě potenciálu sociálního prostředí nemocného, potřeba podpory sociální péče ve zdravotních službách, vzájemná podpora obou modelů, a tudíž i propojenost, jsou hlavními cíli projektu Paliatr Vysočina (www.paliatrvysocina.cz). S ohledem na různý zdravotní potenciál hovoříme o nezbytném vytváření víceúrovňového modelu zdravotně-sociálního dohledu pro závažně chronicky nemocné.

Obr. 1. Víceúrovňový koncept dohledu závažně chronicky nemocných

Víceúrovňový koncept dohledu chronicky nemocných



Obr. 1 legenda

Propojení (i personálně), vzdělanost, dobře nastavený způsob předávání pacienta v systému, kvalita a dostupnost služeb – základní principy systému, který vytváří **zastřešení a ochrannou síť v péči chronicky nemocných**. Jedině takový model má potenciál zajistit maximální efektivitu využití lidských i ekonomických zdrojů, dokáže při dobrém sledování dat o péči samostatně reflektovat vývoj potřeby a poptávky služeb, minimalizuje chybovost a nedorozumění v prostředí zdravotních, sociálních, psychologických i spirituálních obtíží pacienta i jeho blízkých.

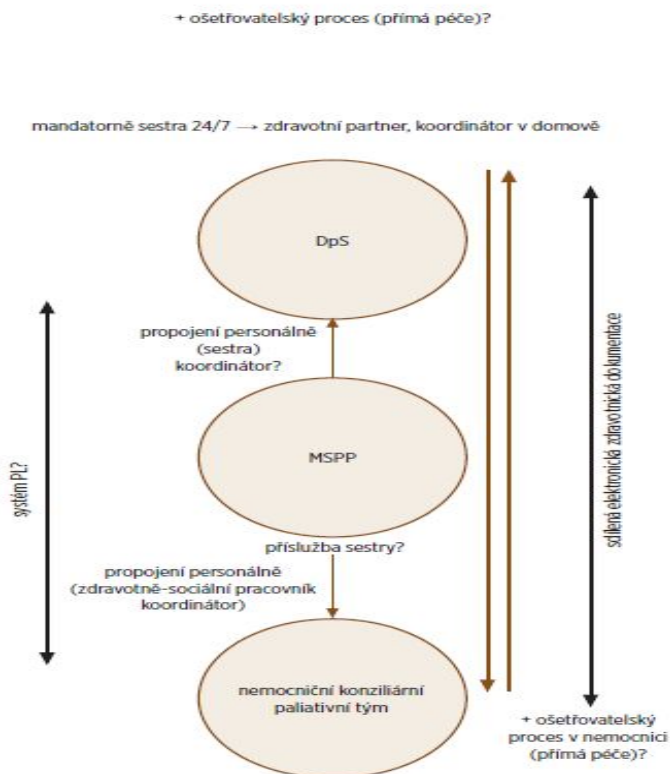
Shrnutí klíčových oblastí, které je třeba zvažovat v systému zavádění paliativní péče v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem:

- Ošetřovatelská podpora a diagnostika dostupná 24/7 – tedy klíčová dostupnost kvalifikované zdravotní sestry.
- Dostupnost kvalifikovaného rozhodnutí lékaře 24/7 – možné formy jsou spolupráce se zdravotnickou záchrannou službou/mobilními paliativními týmy/systémem LPS, tvořeným regionálními praktickými lékaři (každá z těchto oblastí vyžaduje

ekonomickou a organizační analýzu – ta je také diskutována a součástí projektu Paliatr Vysočina (www.paliatrvysočina.cz).

- *Plán péče nastavuje kvalifikovaně všeobecný praktický lékař nebo ve spolupráci s paliatrem, nebo v rámci indikované nemocniční hospitalizace. Součástí je pečlivá komunikace s rodinou pacienta (nejčastěji se jedná o pacienty Domovů se zvláštním režimem, tedy klienty s demencí), dobře dokumentovaná, také SOS medikace pro nenadále situace, formou subkutánního podání (včetně s.c. infúzní terapie).*
- *Vzdělávání a reflexe všech klinických zaměstnanců domova – nejlépe ve spolupráci s mobilními paliativními týmy – vzdělávání musí mít část odbornosti (více pro sestry, ev. některé ošetřovatelské postupy pro pracovníky přímé péče) a část reflexe, hlavně v emoční oblasti a oblasti týmové spolupráce.*

Obr. 2. Spolupráce na zdravotně – sociálním pomezí (alternativy řešení)



Obr. 2. legenda

Domovy pro seniory jsou zřetelně po generačním posunu posledních 15 let prostorem pro kultivaci kvality péče pro křehkou geriatrickou populaci. Tak jako primární péče, i ony jsou závislé na kvalitě péče všeobecných praktických a nemocničních lékařů (především interní oddělení). Vzdělanost v oblasti křehké geriatry a posuzování potenciálu křehkých nemocných je v České republice 2018 velice nízká. Nicméně potěšující je postupně vzrůstající zájem o tuto oblast medicíny. Při tvorbě konceptů, jejichž cílem je postihnout zdravotně-sociální pomezí, je tato skutečnost zcela klíčová.

Projekt Paliatr Vysočina

Odhad potřeby obecné a specializované paliativní péče v Kraji Vysočina

Při odhadu potřeby paliativní péče vycházíme z počtů zemřelých pacientů a ze struktury zemřelých dle příčiny. Při znalosti těchto dat jsme schopni kvalifikovaně odhadnout počty pacientů, kteří budou v posledních měsících a týdnech života potřebovat paliativní péči.

Potřebu paliativní péče lze podle obecně uznávaných metodik kalkulace potřeby paliativní péče na úrovni populace¹ předpokládat u 60 % z tohoto počtu. V Kraji Vysočina umírá ročně 1200-1300 (prozatím z dat patrný stabilizovaný počet) onkologicky nemocných a 3700-4000 neonkologicky nemocných (vzrůstající tendence meziročně). Celkově tedy potřebuje specializovanou paliativní péči **3000-3200** nemocných, z toho 800 onkologických pacientů a 2400 neonkologicky nemocných.

Potřebou paliativní péče rozumíme dobře koordinovanou zdravotní a sociální péči, která adekvátně reaguje na tělesné, psychické, sociální i spirituální potřeby pacienta a jeho rodiny. Součástí paliativní péče je kvalifikované mírnění bolesti a dalších tělesných symptomů, podpůrná komunikace, na jejímž základě může být péče realizována v souladu s pacientovými přáními a preferencemi. Důležitou součástí plánu péče je zajištění péče v závěru života - v místě, které si pacient přeje (nejčastěji v domácím a náhradním sociálním prostředí bez nutnosti opakovaných hospitalizací).

Obr. 3. Počty úmrtí v Kraji Vysočina (zdroj ÚZIS, IBA 2018)

Počty úmrtí v Kraji Vysočina		Kraj Vysočina	
		Onkologická úmrtí	Neonkologická úmrtí
Rok úmrtí	2008	1296	3585
	2009	1274	3820
	2010	1295	3810
	2011	1277	3754
	2012	1310	3913
	2013	1232	3897
	2014	1231	3649
	2015	1198	3980
	2016	1202	3795

¹ Murtagh, Fliss EM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 2014;28: 49–58.

Scholten, N., N., N. et al. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – an estimation based on death registration data *BMC Palliative Care* (2016) 15;29, 12-19

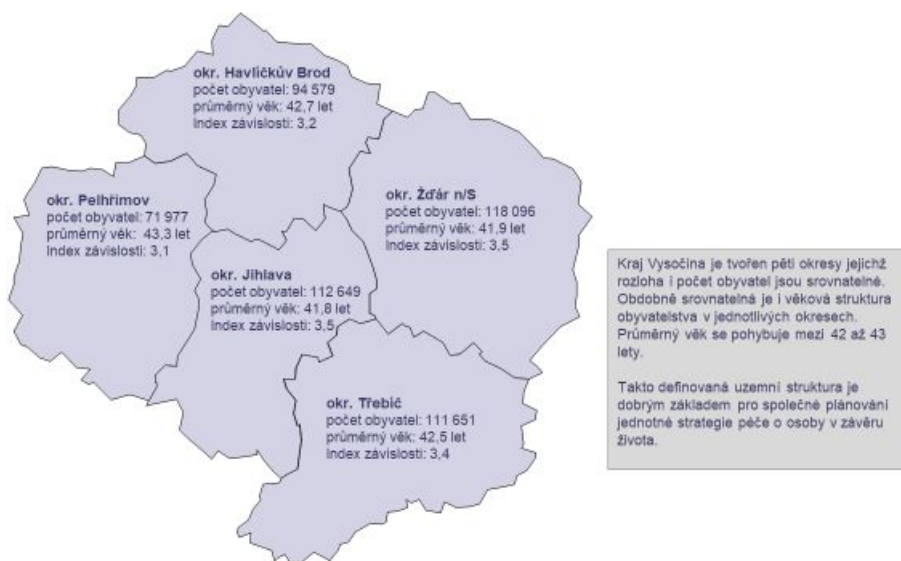
Ze zahraničních dat vyplývá, že u cca 80 % pacientů v závěru života je dostatečná péče zajištěna v rámci obecné paliativní péče. Zdravotní systémy s vyspělou strukturou paliativní péče (např. Rakousko, Německo) ukázaly, že 20 % pacientů potřebuje v posledních měsících a týdnech života specializovanou paliativní péči. Pro poskytovatele obecné paliativní péče je velmi důležitá možnost konzultace s poskytovatelem specializované paliativní péče.

Poznámka: velká část (30-50%) pacientů v obecné paliativní péči významně profituje z možnosti občasných konzultací v zařízení specializované paliativní péče (ambulace PM nebo konziliární tým v nemocnici).

VYSOČINA – některá specifika péče o chronicky nemocné z datové analýzy

Kraj Vysočina je až 13. krajem v pořadí z hlediska hustoty obyvatelstva, které zde žije převážně v malých městech, řadě vesnic, a každý z 5 regionů má přirozené regionální centrum. Tato situace nabádá k možnosti vytvoření společné regionální struktury péče. Kraj má zpracovanou koncepci zdravotní a sociální péče, na kterou v roce 2017 navázal po 2 letech přípravy „Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020“, inspirovaná dolnorakouským modelem.

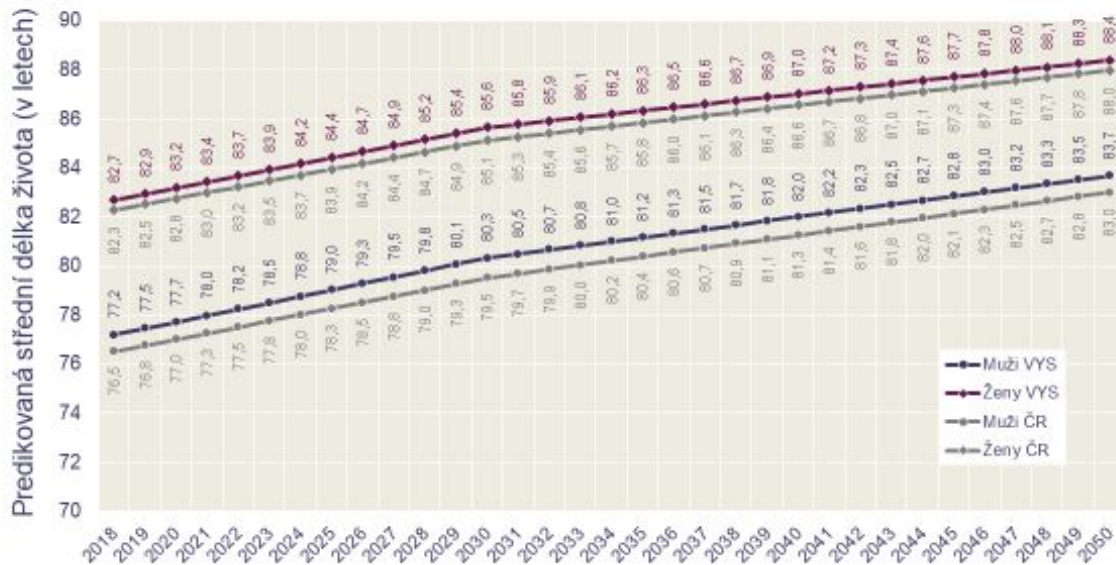
Okresy



Zdroj dat: Český statistický úřad – data k 1.1.2017

Střední délka života v Kraji Vysočina roste o něco rychleji, než v rámci celé ČR a předpoklad jejího prodloužení do roku 2050 je o dalších 6 let. Stárnutí populace je jedním z hlavních témat současné administrativy kraje.

Střední délka života – projekce 2050

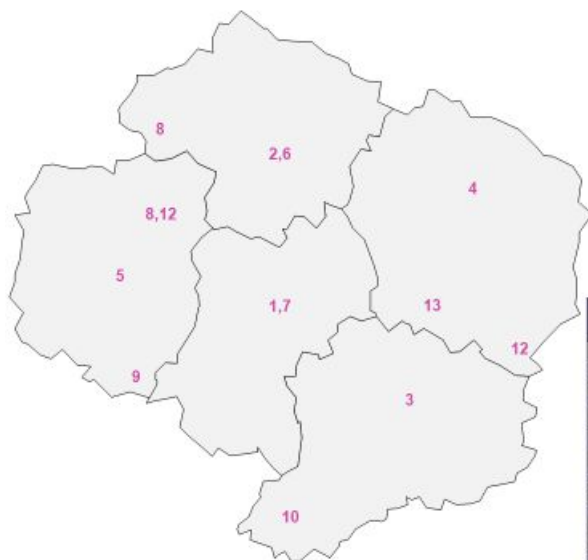


Z predikčního modelu Českého statistického úřadu jasně plyne, že populace kraje Vysočina bude (tak jako populace celé České republiky) postupně stárnout. Naděje na dožití by se do roku 2050 měla zvýšit o více než 6 let. Rozdíl mezi muži a ženami se bude časem mírně zmenšovat. Lze předpokládat, že tento vývoj s sebou přinese prodloužení života v nemoci, více křehkých polymorbidních geriatrických pacientů a vyšší nároky na ošetrovatelskou a paliativní péči v závěru života.

Zdroj dat: Český statistický úřad

Nemocnice zřizované Krajem Vysočina – Jihlava, Pelhřimov, Havlíčkův Brod, Třebíč a Nové Město na Moravě jsou základním systémem krajského zdravotnictví, a to i v přístupu k paliativní péči a křehké geriatrii.

Poskytovatelé lůžkové péče – stav v roce 2017



V Kraji Vysočina funguje 14 zařízení poskytujících lůžkovou zdravotní péči.

Pátéř systému tvoří 5 nemocnic okresního formátu (Jihlava, Třebíč, Pelhřimov, Havlíčkův Brod a Nové Město na Moravě). V roce 2017 realizovaly tyto nemocnice 93 % všech hospitalizací v kraji.

	Počet hospitalizací v roce 2017
1. Nemocnice Jihlava, p.o.	26 477
2. Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.	20 286
3. Nemocnice Třebíč, p.o.	19 673
4. Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.	18 740
5. Nemocnice Pelhřimov, p.o.	11 463
6. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	2 426
7. Psychiatrická nemocnice Jihlava	2 010
8. Vysočinské nemocnice s.r.o., LDN	785
9. Nemocnice Počátky, s.r.o., LDN	604
10. PATEB s.r.o. (Jemnice)	549
11. Rehabilitační ústav pro cévní choroby mozkové, s.r.o. (Chotěboř)	403
12. Vysočinské nemocnice s.r.o., Léčebna TRN	364
13. Nemocnice sv. Zdislavy, a.s. (Mostišť)	296
14. Dětská psychiatrická nemocnice (Velká Býleš)	286

Zdroj dat: NZIS – Národní registr hospitalizovaných 2017

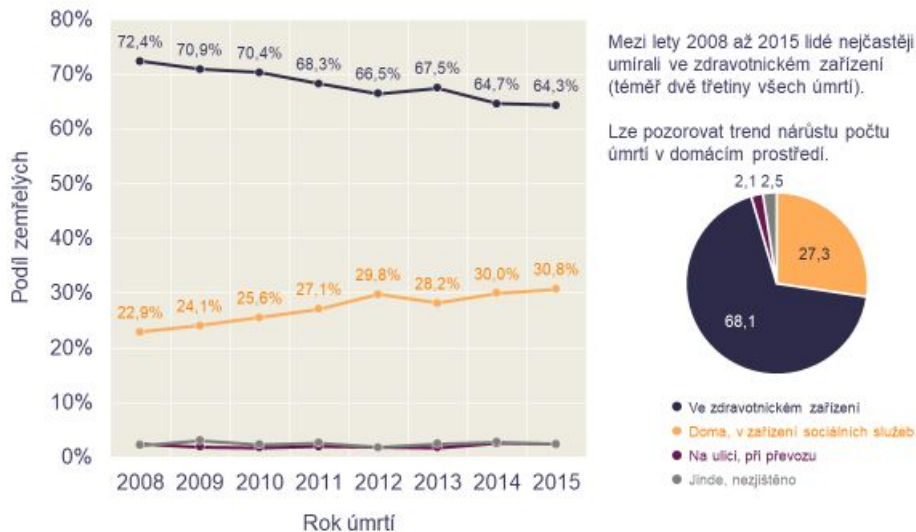
V nemocnicích v kraji probíhá 93 % úmrtí v rámci nemocniční péče z celého Kraje Vysočina. Jsou základním místem, kde je zapotřebí hledat principy rozvoje paliativní péče, nastavit pravidla a podpořit regionální rozvoj. Klíčovými místem úmrtí v rámci nemocniční paliativní péče jsou oddělení interny, ARO a následné péče. K těmto platformám musí směřovat podpora rozvoje nemocniční paliativní péče.

Typ oddělení	Typ lůžka na němž došlo k úmrtí		Počet zemřelých	
	Akutní	Následné	Celkem	Roční
Interna	99.1%	0.5%	9 198	1 150
Ošetrovat. péče	0.0%	99.4%	6 758	845
ARO	99.1%	0.2%	2 656	332
Chirurgie	96.3%	1.1%	2 162	270
Pneumol. ftiz.	86.5%	13.1%	1 345	168
Neurologie	99.1%	0.6%	1 190	149
Psychiatrie	0.3%	99.7%	1 013	127
Kardiologie	99.4%	0.6%	539	67
Radiač. onkol.	99.6%	0.4%	485	61
Infekční	94.8%	3.4%	465	58
Paliativní péče	0.0%	100.0%	183	23
Urologie	99.0%	0.5%	193	24
Intenzivní péče	92.9%	1.8%	113	14
Klin. onkologie	98.0%	2.0%	101	13
Ortopedie	95.9%	2.0%	98	12
Kardiochirurgie	100.0%	0.0%	90	11
Neurochirurgie	100.0%	0.0%	41	5
Gynekologie	100.0%	0.0%	55	7
Pediatric	100.0%	0.0%	64	8
Nefrologie	100.0%	0.0%	11	1
Novorozenecké	100.0%	0.0%	25	3
DIOP	0.0%	100.0%	21	3
ORL	100.0%	0.0%	38	5
Geriatric	100.0%	0.0%	10	1
Gastroenterol.	100.0%	0.0%	8	1
Klin. hematol.	100.0%	0.0%	9	1
DIP	0.0%	100.0%	11	1
Traumatologie	100.0%	0.0%	8	1
Sdruž.int.obory	100.0%	0.0%	0	0
Jiné	85.4%	14.6%	99	12

Zdroj: ÚZIS, LPZ 2008-2015, NRHOSP – zemřelí ve zdravotnickém zařízení, N = 27 605 zemřelí pacienti v kraji Vysočina

Kraj Vysočina podporuje od roku 2008 rozvoj terénní paliativní péče. Aktuálně již lze pozorovat výsledky této snahy.

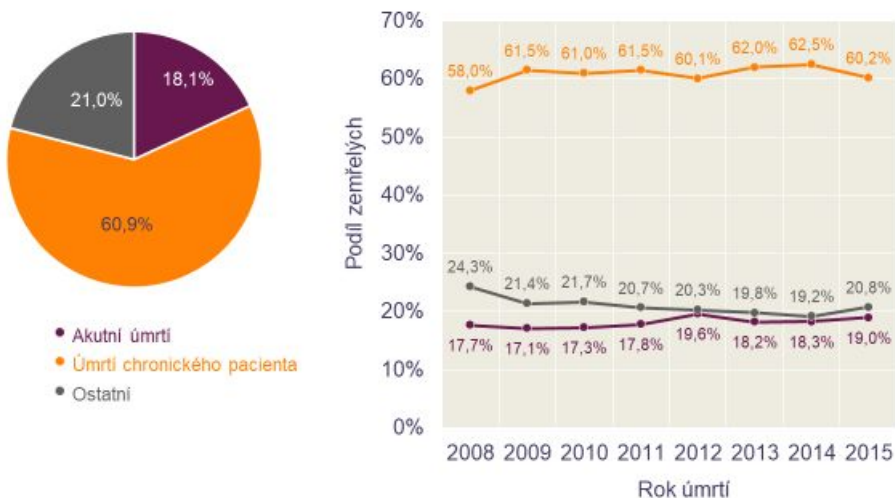
Místo úmrtí



Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP 2008-2015 N = 40 521 zemřelí pacienti v kraji Vysočina

Zcela převažují úmrtí chronických pacientů – to samotné je alarmující s ohledem na zcela nedostatečnou koordinaci péče o tuto skupinu nemocných – v rámci celé České Republiky.

Typologie úmrtí



Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP 2008-2015 N = 40 521 zemřelí pacienti v kraji Vysočina

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 náhlé 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.

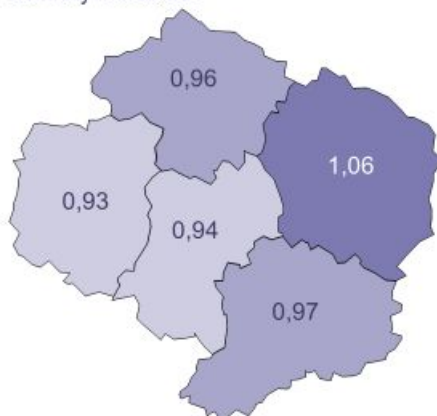


Typologie úmrtí je provedena na základě kombinace příčiny úmrtí, hospitalizační historie a způsobu přijetí k hospitalizaci. U téměř čtvrtiny úmrtí není možné jasné definovat očekávatelnost. Počet umírajících s potřebou paliativní péče tak může být ještě vyšší. Zahraniční odhady z vyspělých zemí hovoří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

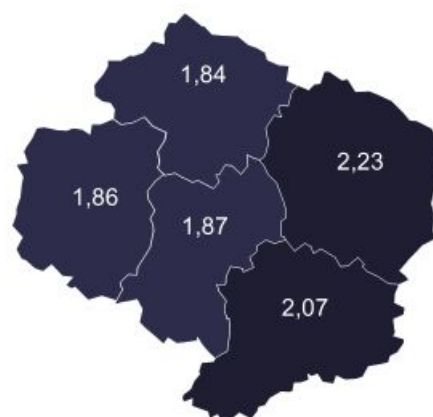
- Akutní úmrtí
- Úmrtí chronického pacienta
- Ostatní

Hospitalizace v posledním půl roce života

Průměrný počet hospitalizací osob, které byly hospitalizovány, ale zemřely mimo ZZ



Průměrný počet hospitalizací osob, které zemřely v ZZ



V posledních 6 měsících života dochází k hospitalizaci u více jak 85 % nemocných. Z nich nejčastěji 2x je pacient hospitalizován v tomto období. Většina těchto hospitalizací probíhá formou převozu akutně ZZS. Tento nekoordinovaný přesun pacientů, včetně zcela nekoordinované práce specialistů a nízké podpory zdravotní péče v sociálních zařízeních jsou klíčové momenty pro nutnost koncepčního regionálního řešení. Data ukazují, že problém bude do 10 let prakticky již neřešitelný, pokud nyní nepřijmeme zásadní opatření.

DOPORUČENÁ SÍŤ POSKYTOVATELŮ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE V KRAJI VYSOČINA – optimální/cílový stav

Typ poskytovatele	Doporučená síť poskytovatelů	Kraj Vysočina (obyvatel)				
		Jihlava	Třebíč	Pelhřimov	Havlíčkův Brod	Nové Město na Moravě
		112649 obyvatel	111651 obyvatel	71977 obyvatel	94579 obyvatel	118096 obyvatel
Ambulance paliativní medicíny	1 ambulance na 100-150 000 obyvatel	1 ambulance	1 amb.	1 amb.	1 amb.	1 amb.
Konziliární tým paliativní péče/medicíny v nemocnici	V každé nemocnici, kde ročně zemře více než 100 pacientů	1 konziliární paliativní tým (KPT)	1 KPT	1 KPT	1 KPT	1 KPT
Mobilní specializovaná paliativní péče	1 poskytovatel na 75-150 000 obyvatel (podle hustoty osídlení). Odpovídá přibližně 1 MSPP na okres	2 sesterské a 1 lékařský tým (společná organizace práce)	2 sesterské a 1 lékařský tým (společná organizace práce)	1 tým sesterský a lékařský	1 tým sesterský a lékařský	2 sesterské a 1 lékařský tým (společná organizace práce)
Lůžkové oddělení paliativní	5-10/100 000 obyvatel	30-50 lůžek v rámci Kraje Vysočina (optimálně, rovnoměrně v lůžkových zařízeních kraje, také optimálně rozdělit hospicová a akutní paliativní lůžka) – v rámci Kraje Vysočina				

péče/lůžkový hospic		se optimální jeví vytvoření 10-15 lůžkových jednotek v rámci každé z krajských nemocnic
---------------------	--	--

SHRNUTÍ

Projekt Paliatr Vysočina se nachází nyní v situaci, kdy nejdůležitějším krokem je dobré personální zajištění (vzdělávání, leadership program, podpora typologie služeb v regionech), financování (jednání se ZP k zajištění a nasmlouvání sítě služeb, program nadačních organizací a státní správy – např. MZ, příspěvek pacienta, podpora kraje) a propojování služeb (projekty propojení zdravotně sociálního pomezí a nemocnic s terénní péčí).

Je nezbytné udržet v kontaktu odbornou veřejnost, otevřít komunikaci s laickou veřejností, jednat se zdravotními pojišťovnami a státní správou v rámci MZ a MPSV, ev. vládou, důležité jsou další kraje a jejich postoj – i ten je třeba ovlivňovat. Je zapotřebí reflexe a zpětná vazba, ve spolupráci s IBA a ÚZIS.

Je správné na tomto místě poděkovat hejtmanovi kraje, Radě i Zastupitelstvu Kraje Vysočina, také oběma odborům (sociálnímu a zdravotnímu) za podporu i množství odváděné strategické, logistické i zdravotně-politické práce. Jak definoval hejtman Kraje Vysočina MUDr. Jiří Běhounek, naším cílem není nic menšího, než skutečné koncepční řešení zdravotně-sociálního pomezí.

Zpracoval:

Prim. MUDr. Ladislav Kabelka, PhD. – krajský koordinátor projektu Paliatr Vysočina
www.paliatrvysocina.cz, www.paliativni-intitut.cz, email: ladislav.kabelka.mobilni@gmail.com
Konzultace Krajský úřad Kraje Vysočina, ČSPM ČLS JEP, Krajská koordinační skupina projektu Paliatr Vysočina

Literatura

- Kabelka L. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta, 2017:317 s. ISBN: 978-80-204-4225-3.
- www.paliatrvysocina.cz
- OBIG, Vícestupňová hospicová a paliativní péče pro dospělé, aktualizace Vídeň 2014, překlad Alžběta Marková, MAS, dostupné na www.paliatrvysocina.cz
- Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care, Sheila Payne, Palliative Medicine 1/2018, SAGE

- The Catalonia WHO Demonstration Project of Palliative Care: Results at 25 Years (1990-2015). Gómez-Batiste X. Pubmed 2016