



Advokacie a koncepční organizace péče v End of Life Care Role paliativní medicíny

Ladislav Kabelka, MD, PhD.

Senec 8. 11. 2024

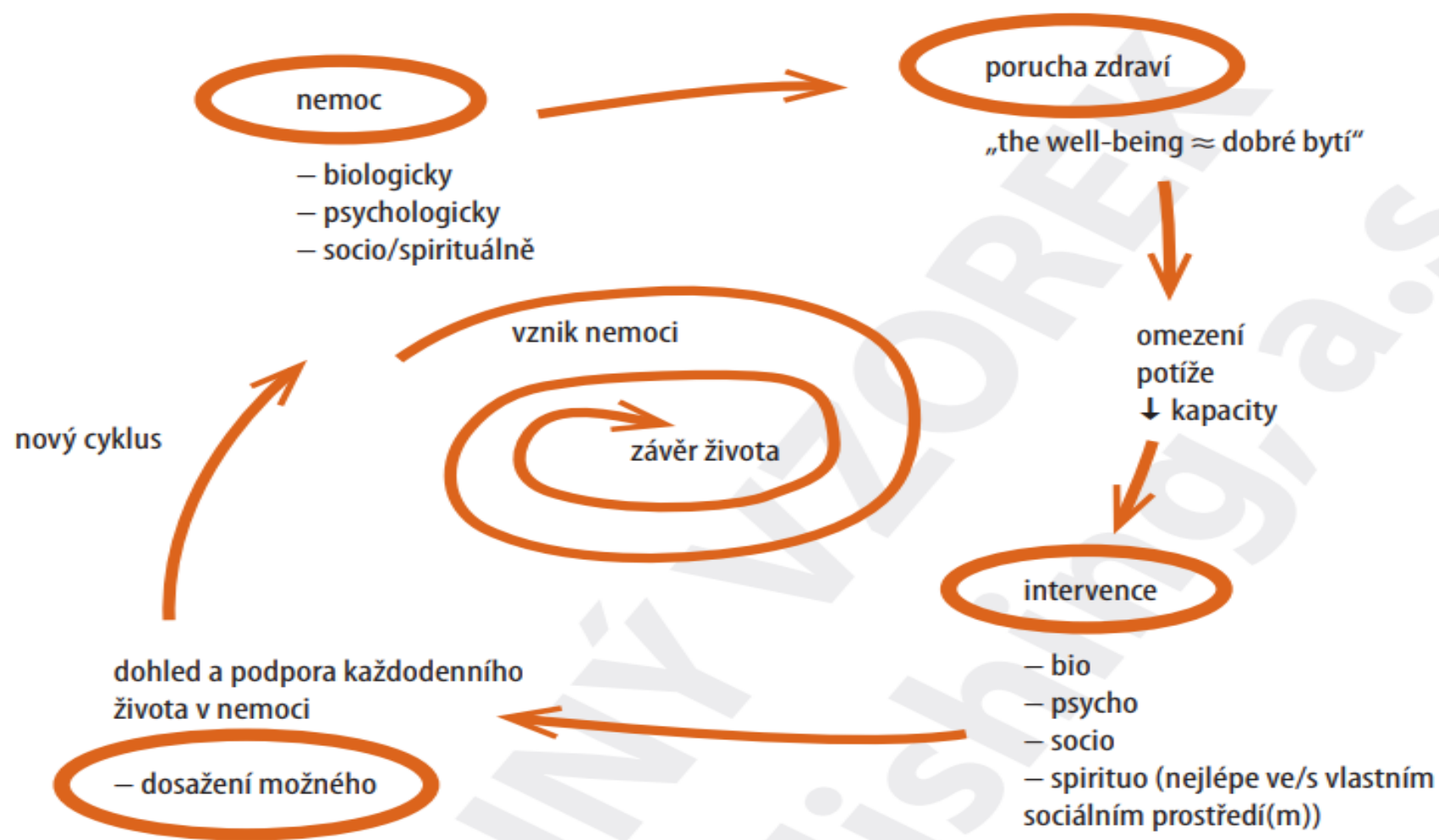
Paliativní medicína jako součást
systému
zdravotně-sociální péče

Paliativně relevantní diagnózy

- **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**

Společné „nevyléčitelné“ aspekty

- životní **prognóza 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**



Obr. 1.1 Spirála fungující péče

Křehký pacient se pohybuje ve spirále. Můžeme zmírnit její výkyvy (snížit zátěž komplikacemi a symptomy, zlepšit kvalitu života) či ji mírně roztáhnout v čase (prodloužit aktivní život). Vyléčit tento stav ovšem nelze.

Rozhodování a péče – multidisciplinární tým

- Principy, parametry, kompetence, ale také obsah rozhodování se v čase postupně vyvíjí.
- Navazuje/mělo by navazovat na vývoj onemocnění do **nestabilní fáze**, role **personalizované medicíny**, doplněné **zastoupením a podporou rodiny** nemocného, propojením/potřebou a dostupností **sociálních a zdravotních podpůrných** služeb.
- **Efektivní kombinace UMĚNÍ MOŽNÉHO A UŽITEČNÉHO**. Pro pacienta, zdravotníky, jejich blízké, systém zdravotní a sociální péče i společnost jako takovou.

Obečná paliativní péče a její role

- **K** – použít základní komunikační aspekty
- **O** – efektivní organizace péče
- **R** – rozpoznat základní průběhy klíčových nevyléčitelných onemocnění
- **S** - symptomy - diagnostika a jejich základní terapie
- **Ž** – život v nemoci, sociální povědomí (služby, podpory, role rodiny)

Paliativní týmy specializované PM a péče v ČR

- Lůžkový hospic
 - Mobilní specializovaná paliativní péče
 - Konziliární tým paliativní péče
 - Ambulance paliativní medicíny
 - „Ev. lůžkové oddělení paliativní péče“
-
- MULTIDISCIPLINARITA, TÝMOVÁ PRÁCE/REFLEXE, MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE, ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ POMEZÍ

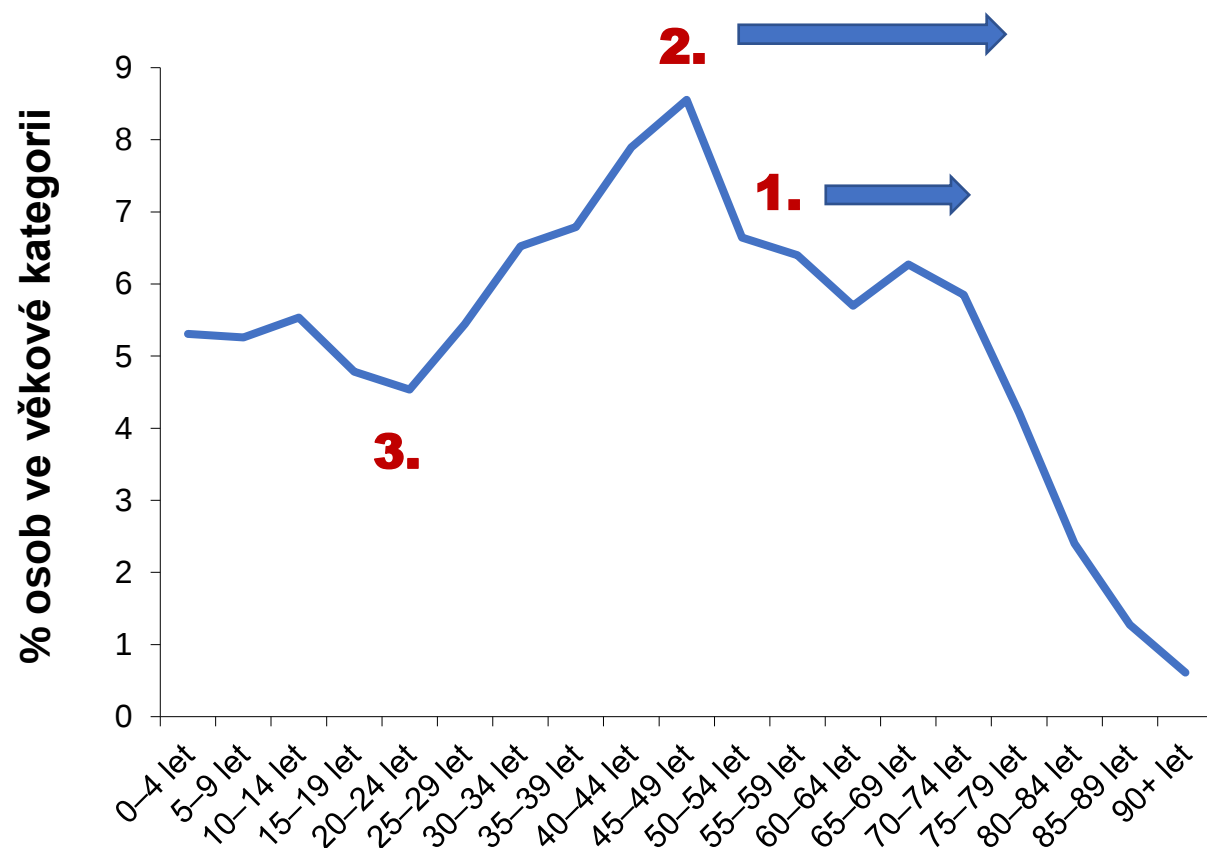
Paliativní medicína a
tzv. zdravotně-sociální
(sociálně-zdravotní?) pomezí

resp. stárnutí populace?
resp. chronifikace závažných
onemocnění?

Věková struktura obyvatelstva ČR a její očekávaný vývoj

Stav k 31. 12. 2021

Zdroj: Český statistický úřad – ISDEM, <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>



- 1.** Do 15 let očekávatelný nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
- 2.** Do 20 – 25 let prudký nárůst nemocnosti v souvislosti s chorobami vyššího věku a seniorů.
- 3.** Nižší zastoupení mladších věkových skupin jako riziko poklesu porodnosti v následujících 10 – 15 letech.

	k 31. 12. 2020	k 31. 12. 2021	k 1. 1. 2030	k 1. 1. 2040	k 1. 1. 2050
Obyvatelé ve věku 65+	2 158 322	2 169 109	2 403 273	2 698 767	3 075 587
Obyvatelé ve věku 75+	864 727	894 236	1 246 717	1 372 410	1 591 668
Obyvatelé ve věku 85+	203 389	198 475	293 687	470 469	505 383

Stárnutí populace ČR – projekce indexu závislosti

Zdroj dat: ČSÚ <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-v-krajich-cr-do-roku-2070> (Zveřejněno dne: 28.11.2019)

Podíl obyvatel	k 1. 1. 2010	k 1. 1. 2020	k 1. 1. 2030	k 1. 1. 2040	k 1. 1. 2050
0-14 let	14,2%	16,0%	14,9%	13,9%	14,8%
15 až 64 let	70,6%	64,1%	62,9%	61,0%	56,6%
65 let a více	15,2%	19,9%	22,3%	25,1%	28,6%
Index závislosti	21,6	31,1	35,4	41,1	50,5

Vícegenerační rodina?

Počet seniorů ve věku 65+ na 100 osob v produktivním věku (15 – 64 let)
se v období 2010 -> 2040 téměř zdvojnásobí

Statistická predikce prevalence vybraných chorob do roku 2030

Zdroj dat: NRHZS 2010–2021, Český statistický úřad – Projekce obyvatelstva ČR

Metodika: Poissonův zobecněný lineární model, predikční báze 2010–2018

Diabetes	Predikce prevalence (včetně 95% intervalů spolehlivosti)		
	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030
	1 070 075 (1 063 090–1 077 060)	1 184 812 (1 175 186–1 194 439)	1 288 600 (1 275 757–1 301 442)

+ 20% za 10 let

Zhoubné nádory	Predikce incidence (včetně 90% intervalů spolehlivosti)		
	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030
	60 689 (56 580 - 64 797)	63 515 (59 272 - 67 757)	66 800 (62 303 - 71 299)

+ 16% za 10 let

Alzheimer choroba	Predikce prevalence (včetně 95% intervalů spolehlivosti)		
	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030
	80 780 (82 400–79 160)	120 443 (122 987–117 899)	174 343 (178 313–170 374)

+ 115% za 10 let

Mění se potřeby a role v systému

klíčové u syndromu demence

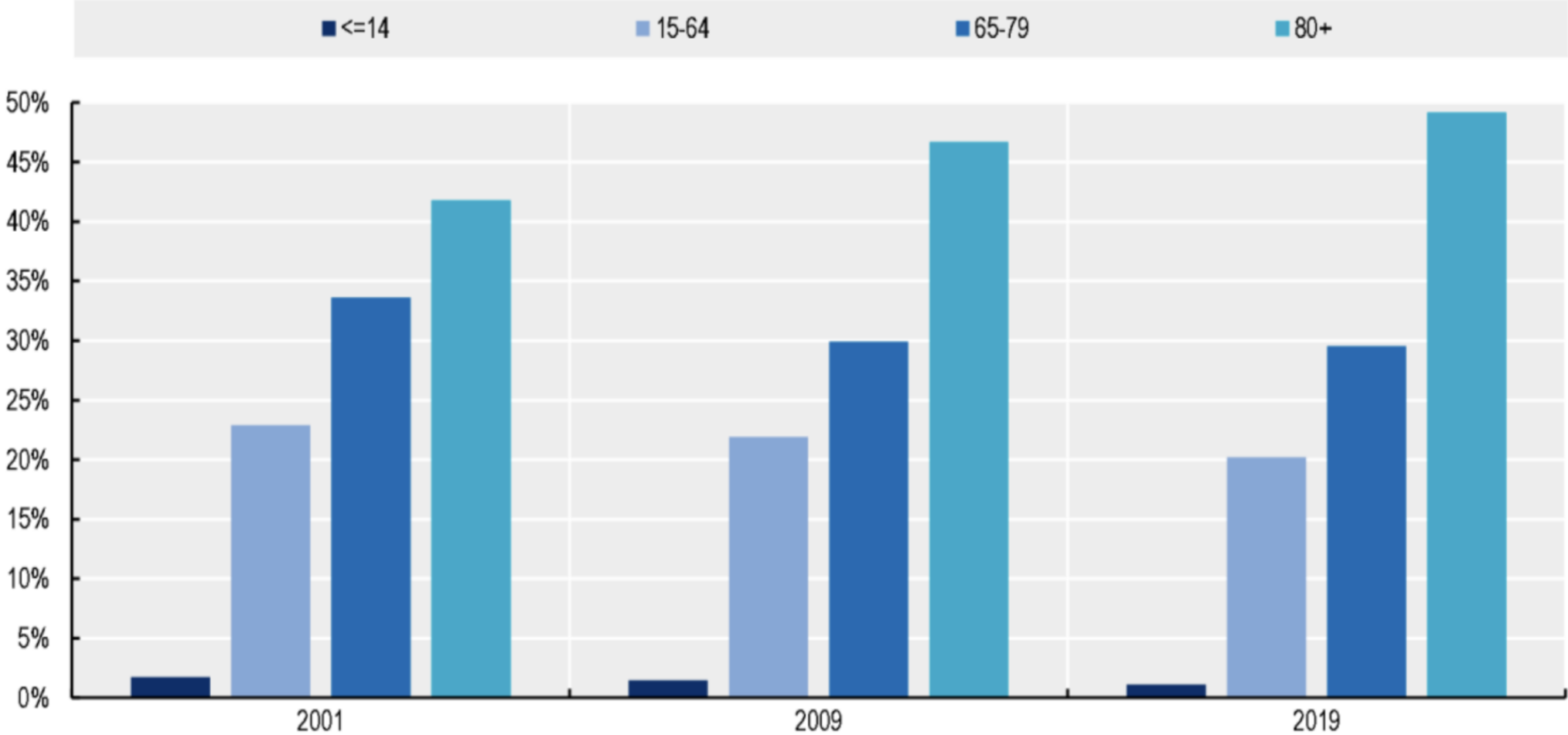
- Polymorbidita a multikauzalita – potřebnost multidisciplinárního rozhodování a plánování péče
- Frailty ve věkové skupině od 75-80 let

PÉČE O PACIENTA SE SYNDROMEM DEMENCE VYŽADUJE **PACIENT/FAMILY CENTERED CARE/PÉČI PROSTŘEDÍM/PREVENCI DISTRESU/ADVANCED CARE PLANNING**

Cíl.....

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

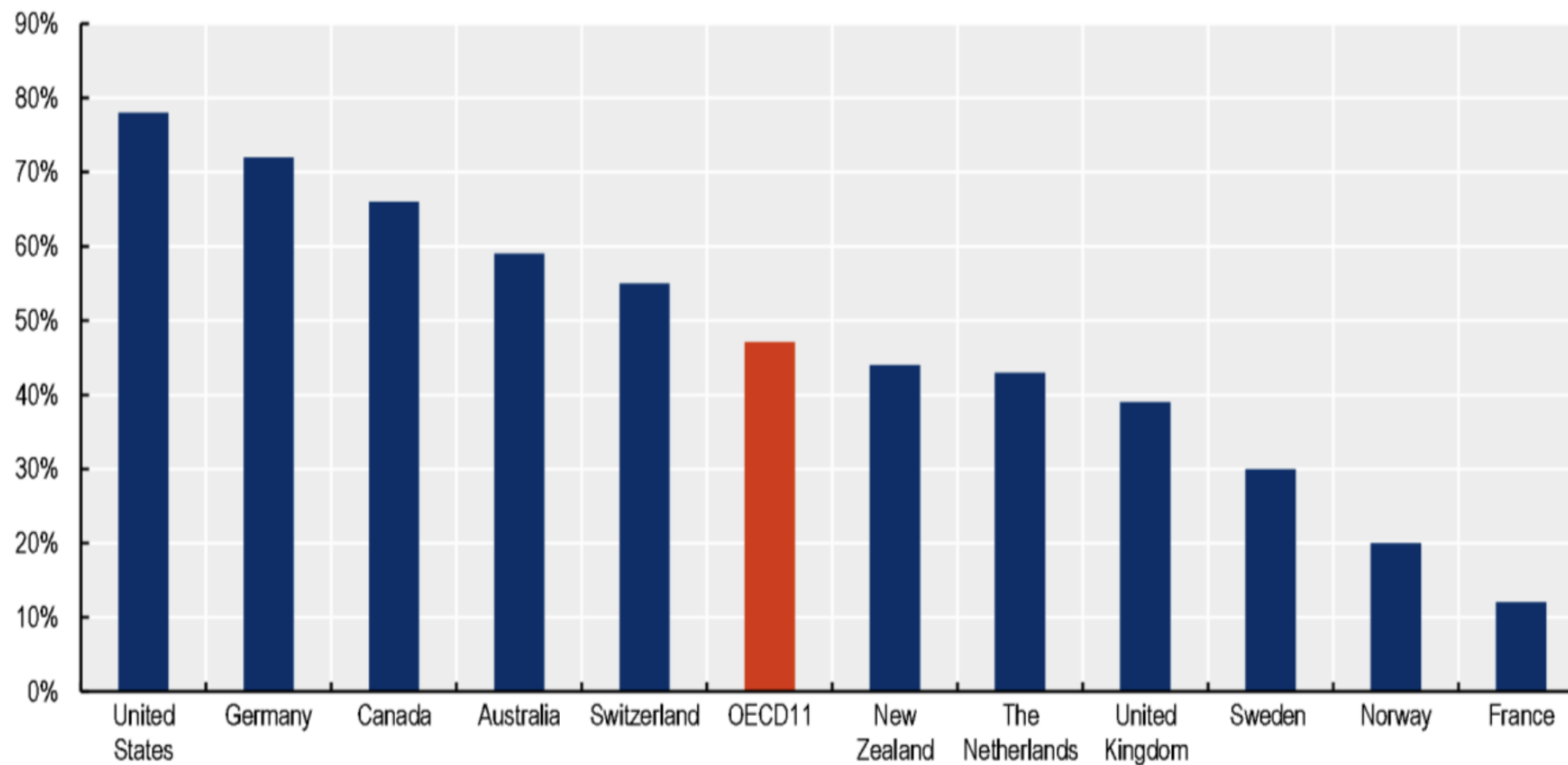
Figure 1.1. Trends in share of deaths by age group in OECD countries, 2001, 2009 and 2019



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

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**

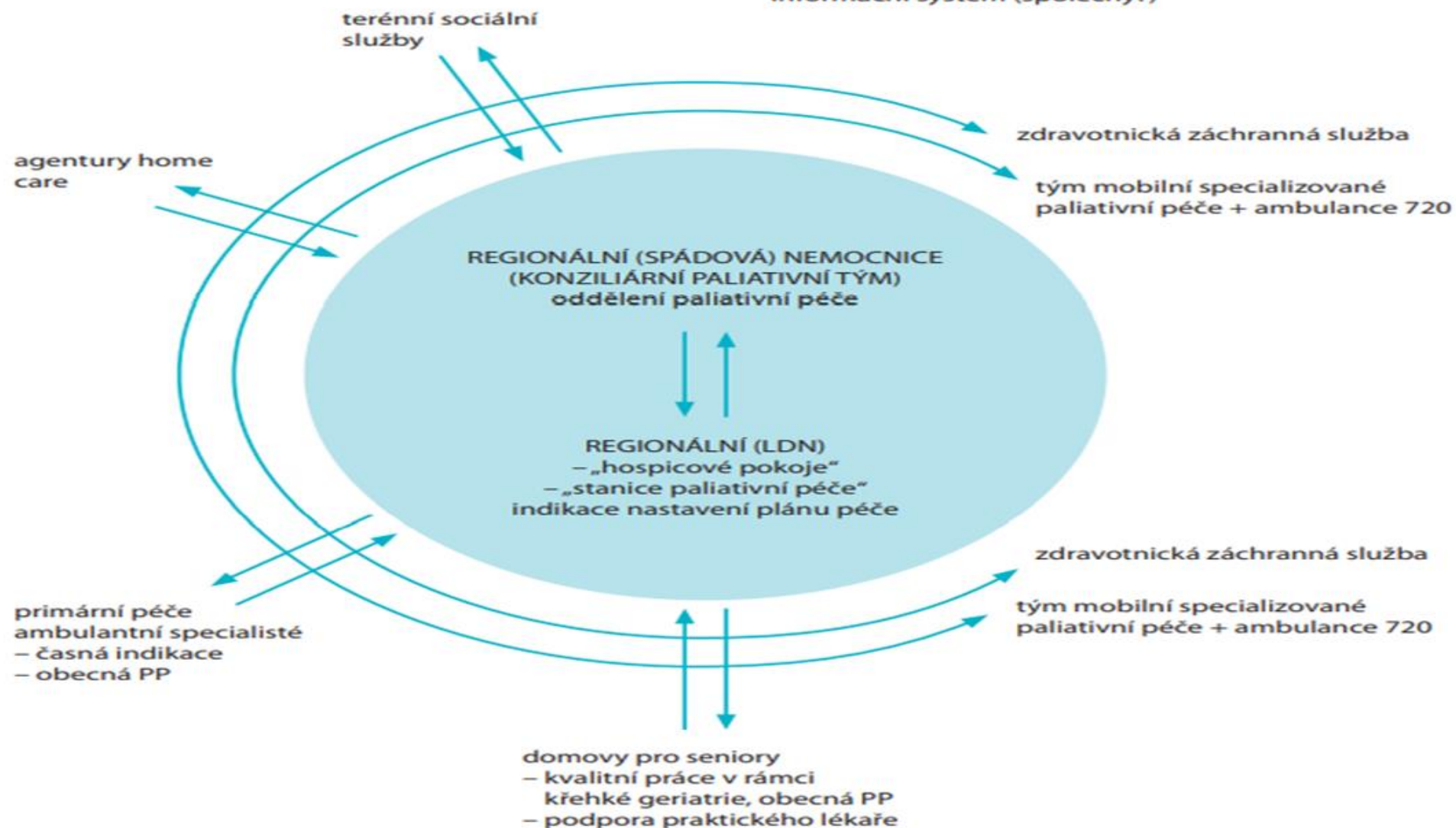
Note: Data refers to people aged 65+ who had discussion with someone including family, a close friend, or a health care professional.

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

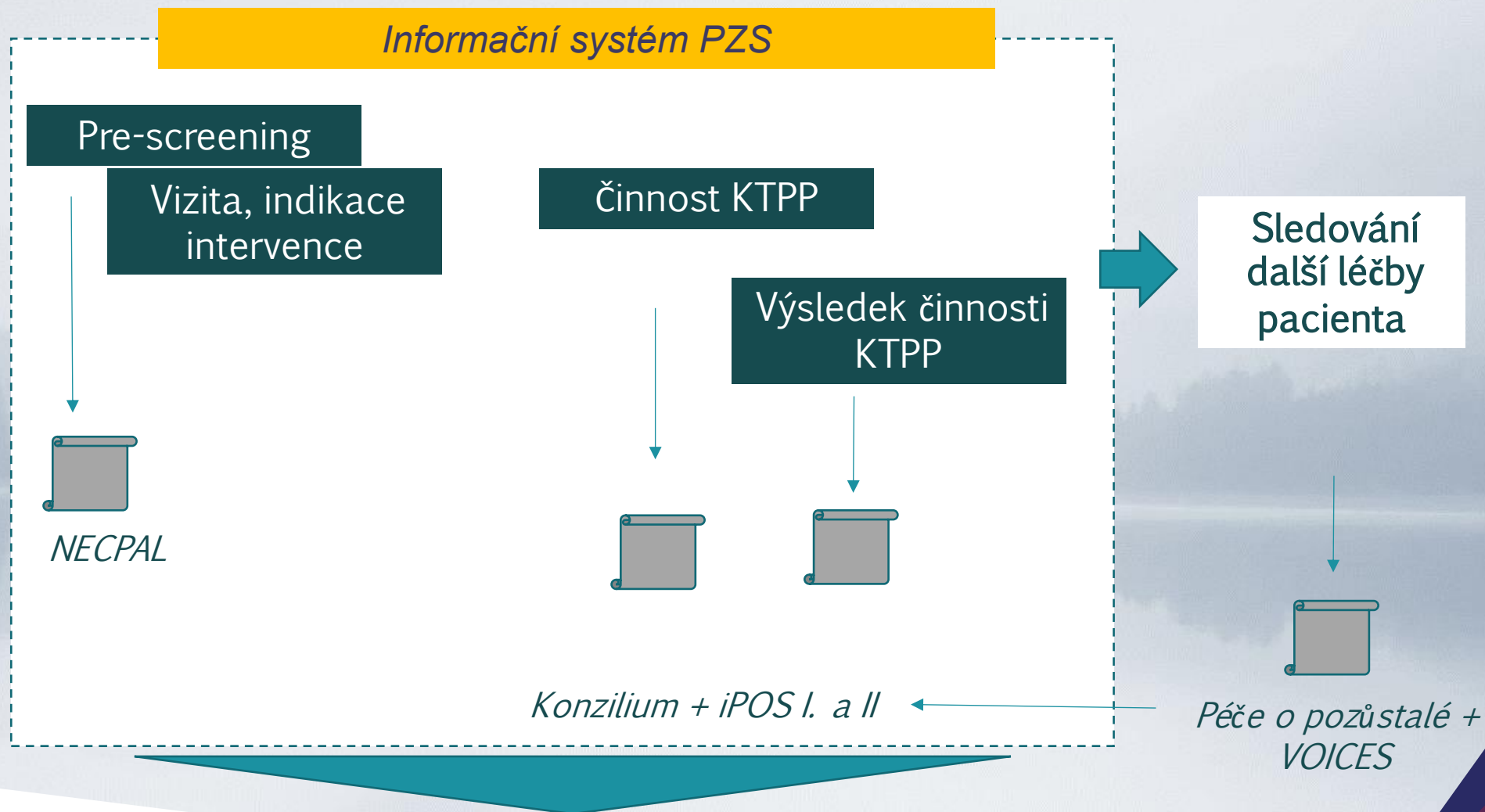
Víceúrovňový koncept dohledu chronicky nemocných

Základní principy

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



Standardizované dotazníky jako komponenta ELF-is



NECPAL

NECPAL CCOMS-ICO 3.1 2017[©]

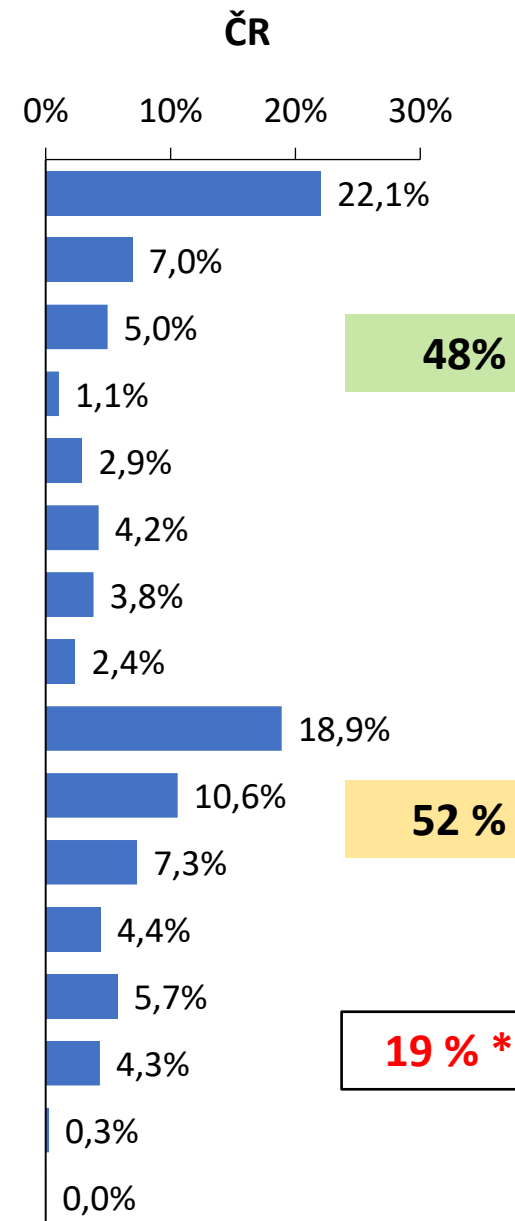
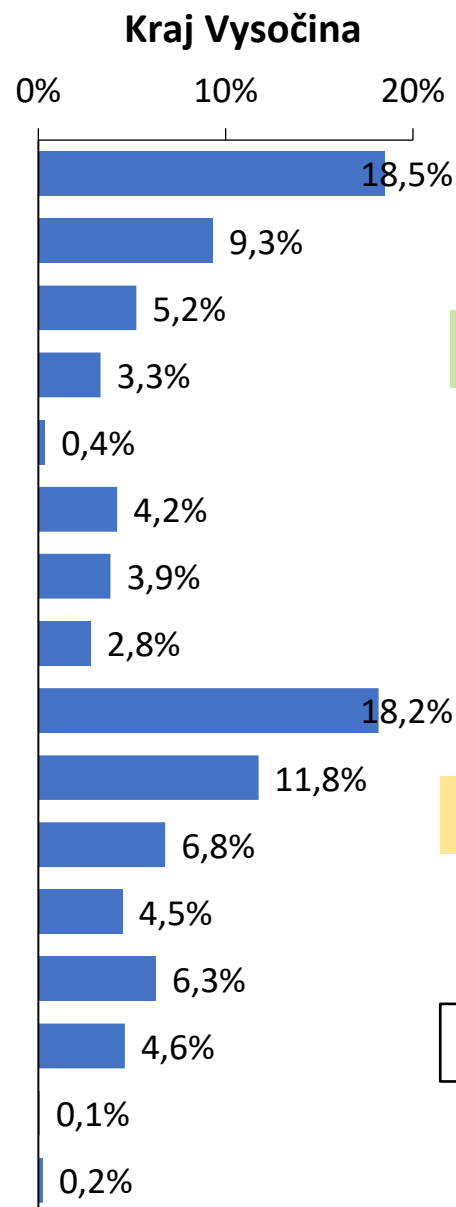
„Surprise question“ (SQ) (odpovídá lékař nebo jiný zdravotník)	Překvapilo by Vás, kdyby tento pacient zemřel v průběhu následujících 12 měsíců?		Ano ☐ (+)	NE ☐ (-)
„Žádost“ nebo „Potřeba“	Žádost: požádal pacient nebo někdo z jeho blízkých nebo z primárního týmu implicitně nebo explicitně o limitaci rozsahu léčby nebo o paliativní péči?		Ano ☐	NE ☐
	Potřeba: členem týmu byla identifikována potřeba paliativní péče?		Ano ☐	NE ☐
Obecné klinické ukazatele progrese - V posledních 6 měsících - Nesouvisí s reverzibilními přidruženými chorobami	Zhoršení nutričního stavu	Váhový úbytek >10%	Ano ☐	NE ☐
	Zhoršení funkčního stavu	Zhoršení: Karnovsky nebo Barthel skóre >30% ADL >2	Ano ☐	NE ☐
	Zhoršení kognitivního stavu	Zhoršení: MMS ≥5 nebo Pfeiffer ≥ 3	Ano ☐	NE ☐
Výrazná závislost/nesoběstačnost	Karnovsky < 50% nebo Barthel < 20	Dle anamnézy a klinického vyšetření	Ano ☐	NE ☐
Geriatrické syndromy	- Pády - Dekubity - Dysfagie - Delirium - Opakované infekty	≥ 2 přetrvávající nebo recidivující geriatrické syndromy dle anamnézy a klinického vyšetření	Ano ☐	NE ☐
Persistující symptomy	Např. bolest, únava, dušnost, anorexie, ..	≥ 2 přetrvávající a léčebně obtížné ovlivnitelné (refrakterní) symptomy dle ESAS	Ano ☐	NE ☐
Psychosociální aspekty	Distres a/nebo těžká porucha adaptace	Zjištění velmi závažného psychického dystresu >9/10	Ano ☐	NE ☐

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

N = 29 768 (pacienti zemřelí v roce 2019 v ČR, očekávatelná úmrtí)

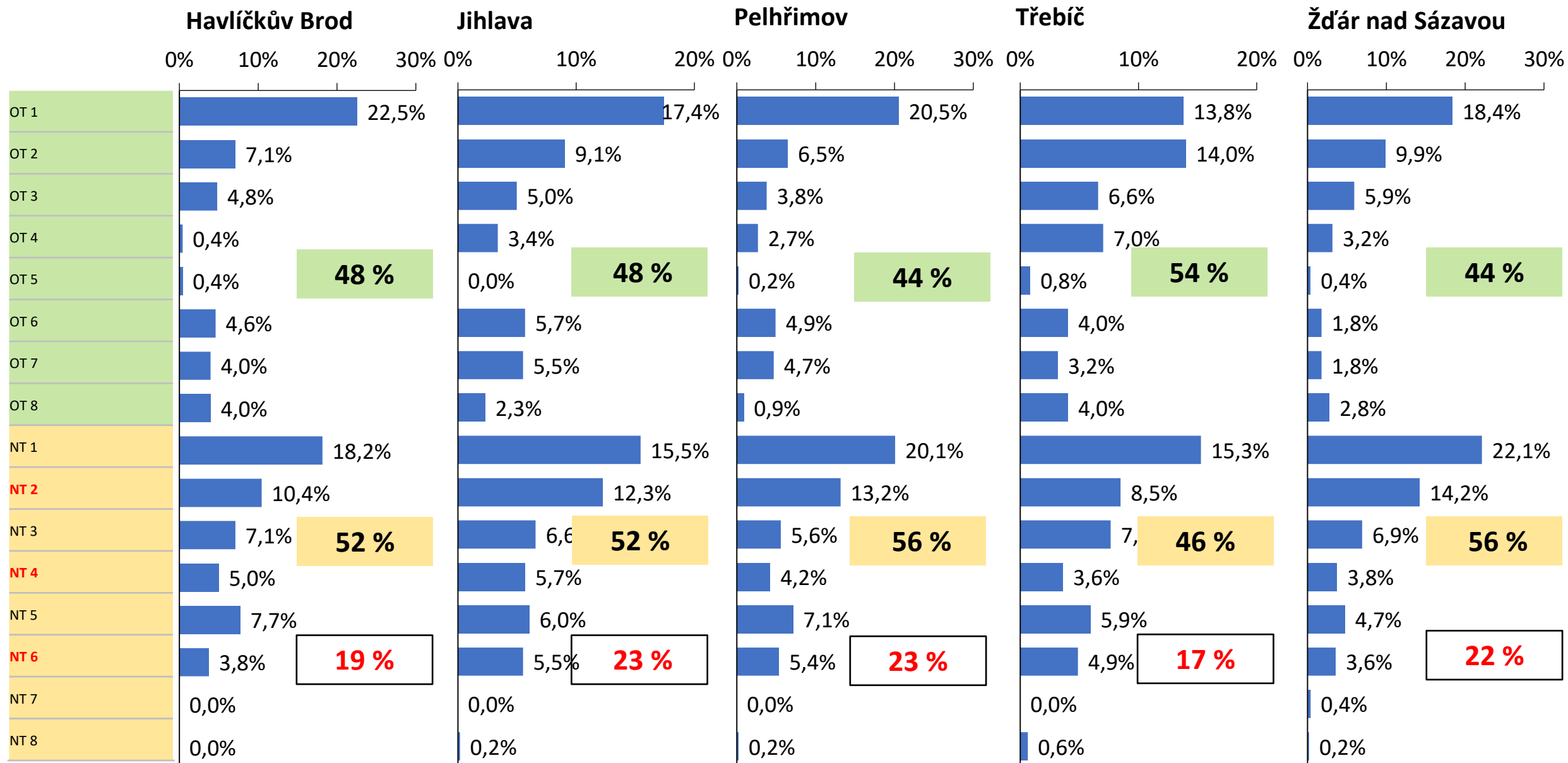
*v kolika % byla zapojena zdravotní záchranná služba

OT 1 – Terminálně nemocný pacient dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic
OT 2 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma
OT 3 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře
OT 4 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče
OT 5 – Terminálně nemocný pacient dochovaný v lůžkovém hospici
OT 6 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory
OT 7 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči
OT 8 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí (resp. v režimu signálního kódu)
NT 1 – Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace
NT 2 – Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou
NT 3 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace
NT 4 – Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně záchrannou službou
NT 5 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace
NT 6 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace prostřednictvím ZZS
NT 7 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace
NT 8 – Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci



Trajektorie pacientů v závěru života dle typu intervence ve věku 80+ podle okresů

N = 1 601 (pacienti zemřelí v roce 2019 v Kraji Vysočina, očekávatelná úmrtí)

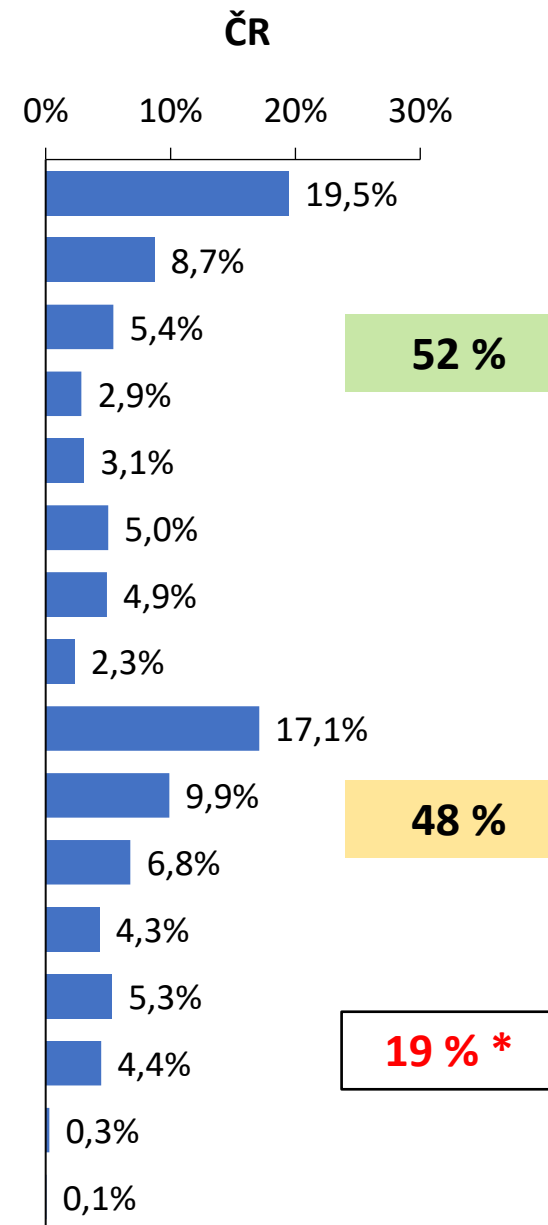
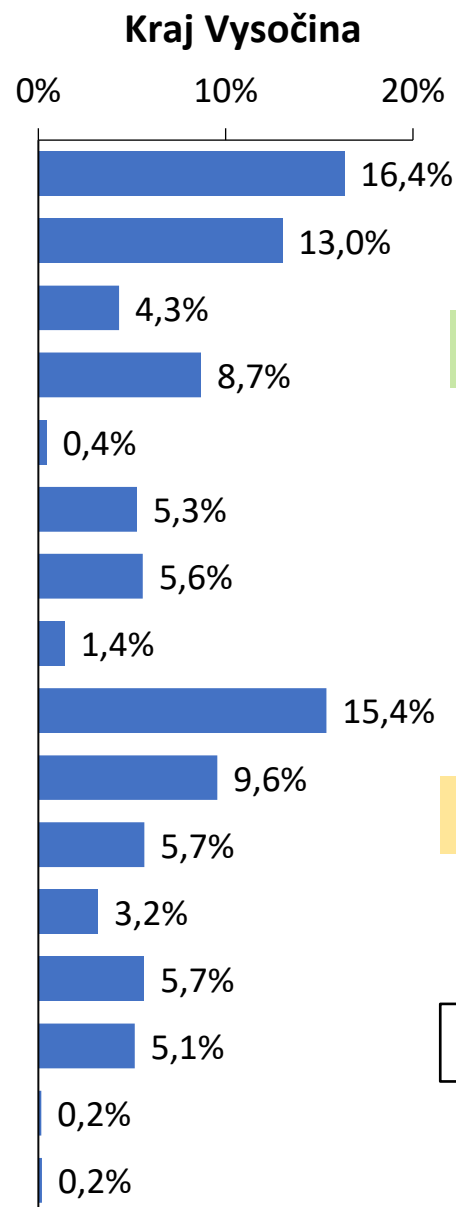


Trajektorie pacientů v závěru života dle typu intervence ve věku 80+

N = 29 183 (pacienti zemřelí v roce 2023 v ČR, očekávatelná úmrtí)

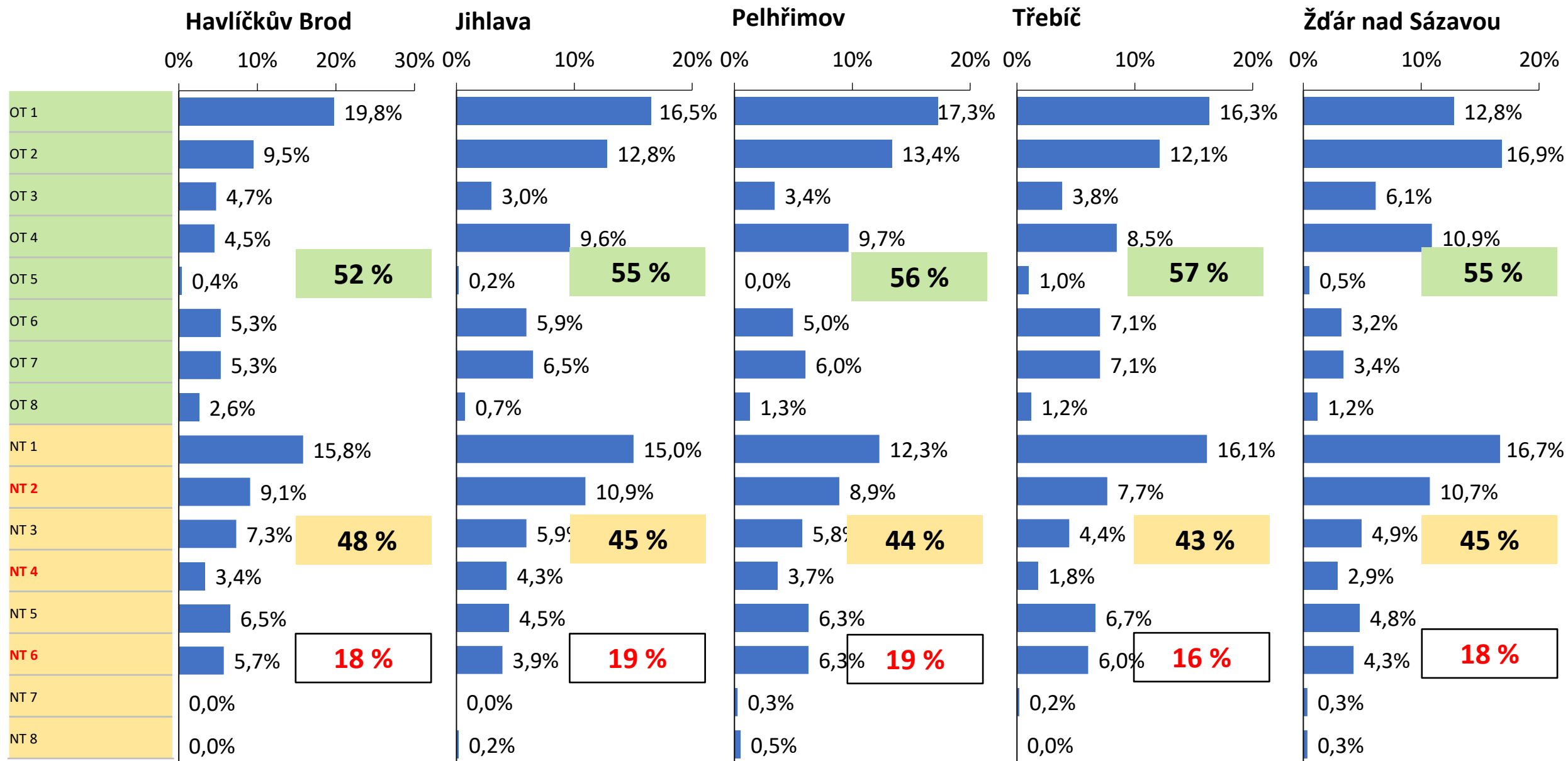
*v kolika % byla zapojena zdravotní záchranná služba

OT 1 – Terminálně nemocný pacient dochovaný na lůžku následné nebo dlouhodobé péče mimo lůžkový hospic
OT 2 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma
OT 3 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s péčí praktického lékaře
OT 4 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s asistencí mobilní specializované paliativní péče
OT 5 – Terminálně nemocný pacient dochovaný v lůžkovém hospici
OT 6 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory
OT 7 – Terminálně nemocný klient domova pro seniory, dochovaný v domově pro seniory ve sdílené péči
OT 8 – Terminálně nemocný pacient, dochovaný doma s domácí péčí (resp. v režimu signálního kódu)
NT 1 – Terminálně nemocný pacient, zemřelý za terminální hospitalizace
NT 2 – Terminálně nemocný pacient, převezený k terminální hospitalizaci záchrannou službou
NT 3 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči, zemřelý za hospitalizace
NT 4 – Terminálně nemocný pacient, převážený opakovaně záchrannou službou
NT 5 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace
NT 6 – Klient domova pro seniory, zemřelý za terminální hospitalizace prostřednictvím ZZS
NT 7 – Terminálně nemocný pacient v domácí péči v režimu signálního kódu, zemřelý za hospitalizace
NT 8 – Terminálně nemocný pacient v mobilní specializované paliativní péči, předaný k terminální hospitalizaci



Trajektorie pacientů v závěru života dle typu intervence ve věku 80+ podle okresů

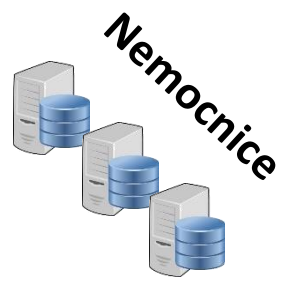
N =1 549 (pacienti zemřelí v roce 2023 v Kraji Vysočina, očekávatelná úmrtí)



Třebíč 2023

✓ **TRAJEKTORIE**

ZZS



NTPP

✓ **TRAJEKTORIE**

✓ **ORGANIZACE SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE**

- ✓ Distribuce péče
- ✓ Vývoj zdravotního stavu
- ✓ **Péče v samotném závěru života**

Pacienti v péči ZZS 3 měsíce před smrtí
N= 405 (60,4%)

Očekávatelná úmrtí v okrese Třebíč
N= 671

Pacienti, kteří byli hospitalizováni během 3 měsíců před smrtí
N = 520 (77,5%)

Pacienti, kteří nebyli hospitalizováni během 3 měsíců před smrtí
N= 151 (22,5%)

Pacienti ošetření NTPP
N= 72 (13,8%)

Pacienti neošetření NTPP
N= 448 (86,2%)

Žádoucí trajektorie
N = 54 (86,8%)
Nežádoucí trajektorie
N = 8 (13,2%)

Žádoucí trajektorie
N= 272 (60,8%)
Nežádoucí trajektorie
N = 176 (39,2%)

Úmrtí:
Ve zdravotnickém zařízení
N = 383 (73,7%)
Doma, v zařízení sociálních služeb
N = 137 (26,3%)

Úmrtí:
Doma, v zařízení sociálních služeb
N = 142 (94,0%)
Na ulici, při převozu, jiné
N = 9 (6,0%)

Vývoj End of Life Care trajektorií v KV u 80+

- Stále významný potenciál pro „změnu strategie péče“ u skupiny (nyní 57% mimonemocničních úmrtí), která během 10 let naroste počtem 2-3x (i v kontextu EoL care)

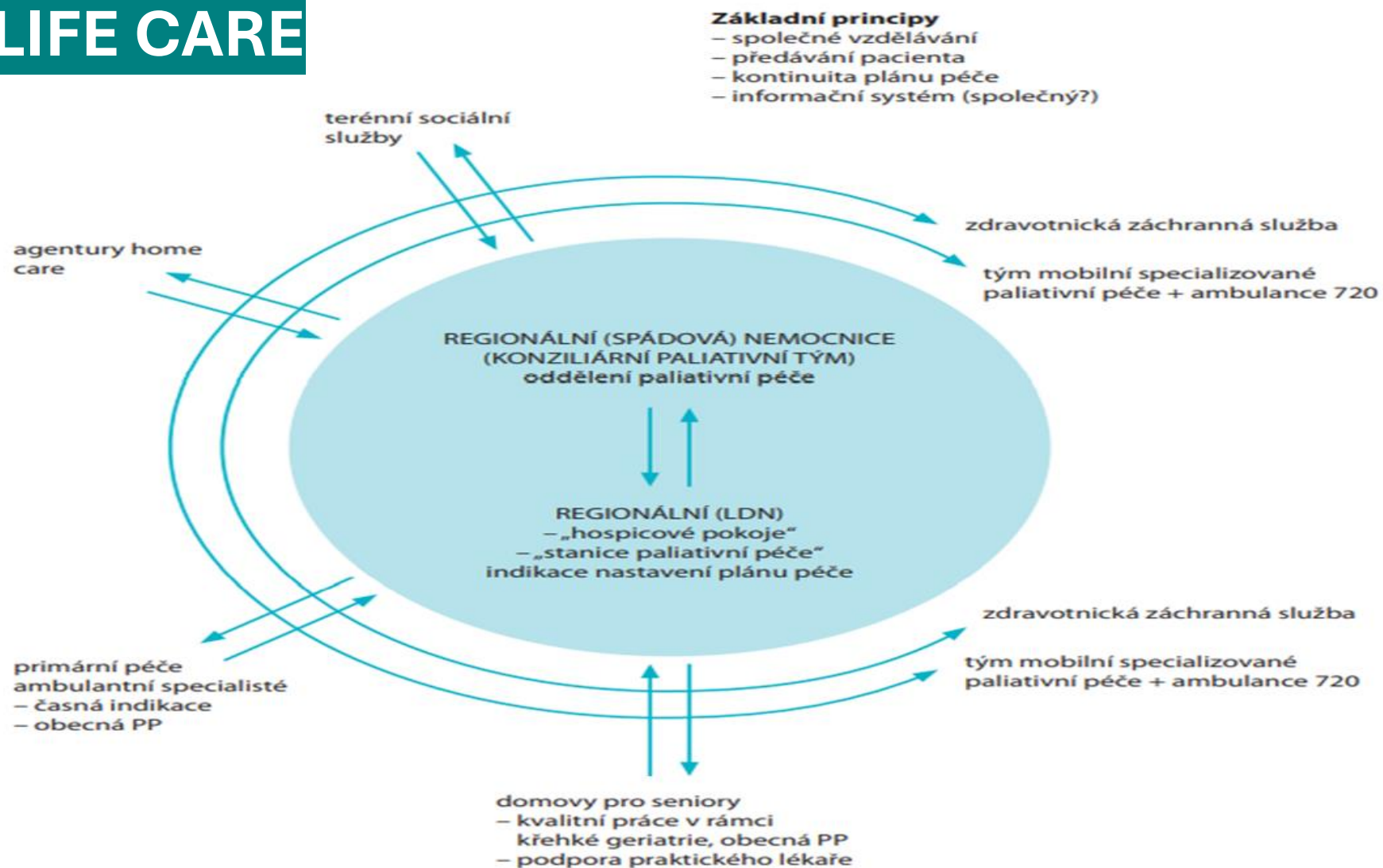
Možné cíle:

- ideálně jedna hospitalizace v posledních 3 měsících života – a v ní rozhodnutí i PP
- posledních 12 měsíců nevléčitelně nemocný: ideálně 2 hospitalizace ze stejné příčiny a konzilium PP, posouzení dalšího potenciálu, zvážení změny strategie péče

- NECPAL a konziliární týmy: nutná důsledná práce s dotazníkem, a to na úrovni sestra/lékař, jakýkoliv pacient posouzený NECPAL, který nemůže hned domů/nebo není kapacita, musí ihned směřovat do následné péče s efektivním plánem a podporou KTPP – práce KTPP uvnitř nemocnice!! – nejen konzilium, ale práce s pacientem a rodinou ve smyslu facilitátora a podporovatele péče !!
- KTPP je tedy významně spoluodpovědný za udržení plánu péče v nemocnici – nutno posílit kapacity zvláště u nelékařských profesí, takový „**ambulantní MSPP**“ uvnitř nemocnice??

Paliativní medicína jako spojující systém a komunikační nástroj v procesu rozhodování

VZDĚLÁVÁNÍ JAKO SOUČÁST SÍŤOVÝCH REGIONÁLNÍCH ŘEŠENÍ V END OF LIFE CARE



Obečná paliativní péče

- **R** – rozpoznat základní průběhy klíčových nevyléčitelných onemocnění
- **S** - symptomy - diagnostika a jejich základní terapie
- **K** – použít základní komunikační aspekty
- **Ž** – život v nemoci, sociální povědomí (služby, podpory, role rodiny)
- **O** – efektivní organizace péče

nadstavbový obor PALIATIVNÍ MEDICÍNA

+ osobnost, komunikační dovednosti, empatie, leadership – role garanta

2.1 Praktická část vzdělávacího programu – v délce 12 měsíců

a) povinná odborná praxe v oboru paliativní medicína

Akreditované zařízení	Počet měsíců
paliativní medicína – v akreditovaném zařízení níže uvedených oborů* <i>Poskytovatel zdravotních služeb musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem paliativní medicína.</i>	6
z toho akreditované zařízení pro obor klinická onkologie** <i>Poskytovatel zdravotních služeb musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem klinická onkologie.</i>	2 týdny
pracoviště lůžkové následné nebo dlouhodobé péče v oboru geriatrické nebo vnitřní lékařství nebo pneumologie a fúzeologie nebo psychiatrie nebo anesteziologie a resuscitace** <i>Poskytovatel zdravotních služeb musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem geriatrické nebo vnitřní lékařství nebo pneumologie a fúzeologie nebo psychiatrie nebo anesteziologie a resuscitace.</i>	2 týdny
akreditované zařízení dětské onkologie a hematologie*** <i>Poskytovatel zdravotních služeb musí splňovat podmínky</i>	4 týdny

2.2 Teoretická část vzdělávacího programu

a) účast na vzdělávacích aktivitách – povinná

Kurzy, seminář	Počet dní
kurz Etické a právní aspekty paliativní a hospicové péče	1
kurz Sociální a spirituální aspekty paliativní a hospicové péče	1
kurz Psychologie v paliativní a hospicové péči	3

	stanovené vzdělávacím programem onkologie a hematologie.	
paliativní medicína – v akreditovaném zařízení nastavbového oboru paliativní medicína. <i>Poskytovatel zdravotních služeb musí splňovat podmínky stanovené vzdělávacím programem paliativní medicína.</i>		6
z toho ambulance paliativní medicíny		4 týdny
poskytovatel mobilní paliativní péče („domácí“ hospic)		4 týdny
oddělení paliativní medicíny v nemocnici nebo samostatný lůžkový hospic		4 týdny
konziliární pracoviště paliativní medicíny v rámci jiného lůžkového zdravotnického zařízení		4 týdny

kurz Komunikace v paliativní a hospicové péči	3
kurz Management bolesti a ostatních symptomů	3
Multidisciplinární kazuistický seminář	2

Sdílení, EBM, motivace, kazuistiky, emoce



PROGRAM

1. den: 12. září 2024

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Jiráskova 47,
664 61, Rajhrad, edukační místnost

- Skupinový brainstorming
- Paliativní medicína dnes, časná indikace paliativní péče a její přínos
- Opiáty - klinické rady, konkrétní využití
- Symptomy
- Křehký geriatrický pacient

2. den: 13. září 2024

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Jiráskova 47,
664 61, Rajhrad, edukační místnost

- Skupinový brainstorming
- Program ve skupinách s mentory
- 1. téma: nauzea, zvracení, nechutenství, zácpa
- 2. téma: chronická bolest
- 3. téma: delirium
- 4. téma: strach, úzkost, únava, nespavost

3. den: 1denní stáž

Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč nebo
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa Rajhrad

- Klinický program
- Můj projekt s paliativní medicínou
- Příprava projektu
- Reflexe s mentorem

REGISTRACE ZDE

4. den: 10. října 2024

Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč, Gen. Sochora 705/3
674 01, Třebíč, edukační místnost

- Skupinový brainstorming
- Paliativní péče u dětí a dospívajících, specifika přístupů a léčby
- Paliativní péče u dětí a dospívajících - kazuistiky
- Komunikace - SPIKES protokol, koncept Elisabeth Kübler-Ross, sdělování špatných zpráv, doprovázení
- Komunikační aspekty - práce s rodinou (skupinové aktivity, TBL - team based learning)

5. den: 11. října 2024

Domácí hospic sv. Zdislavy Třebíč, Gen. Sochora 705/3
674 01, Třebíč, edukační místnost

- Skupinový brainstorming
- Program ve skupinách s mentory
- 1. téma: komunikace v závěru života - o dětech, s dětmi
- 2. téma: doprovázení, emoce v komunikaci, total pain syndrome
- 3. téma: práce s rodinou v průběhu péče

VII. REGIONÁLNÍ KONFERENCE PALIATIVNÍ PÉČE V BRNĚ 2024

PALIATIVNÍ PÉČE V JMK

19. 11. 2024 | Nová radnice, Brno

V průběhu letošní konference paliativní péče v Brně se budeme věnovat zavedeným i novým organizacím – poskytovatelům paliativní péče – v našem regionu. Přivítáme zakladatele prvního dětského domácího hospice v ČR, dostane se na téma neonkologické paliativní péče, perinatální paliativní péče, organizaci paliativní péče v nemocnici i mimo ni a také na témata poskytování dobré praxe. Paliativní péče přináší benefit jak pacientům, tak jejich blízkým. U pacientů nezáleží na věku, ale na tom, co potřebují v životě s nemocí v kontextu zdravotním, sociálním i lidském. Snahou je, aby paliativní péče byla dostupná všem, kterým může přinést kvalitnější život navzdory nemoci.

I letošní ročník regionální konference paliativní péče v Brně je tak další příležitostí k zastavení se, sdílení zkušeností a navázání spolupráce.

PROGRAM KONFERENCE

- 08:00–09:00 h. prezence účastníků
09:00–09:15 h. zahájení konference, úvodní slovo, pozdravy hostů

09:15–10:35 h. I. PROGRAMOVÝ BLOK

odborné vedení bloku a diskuse: MUDr. Regina Slámová

- 09:15–09:35 h. • Dům pro Julii – dětský hospic v Brně | Radka Vernerová, ředitelka
09:35–09:55 h. • Trajektorie pacientů v závěru života podle dat UZIS | MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
09:55–10:15 h. • Priority v paliativní péči v Brně a JMK | MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
10:15–10:35 h. • Specifika a výzvy v dětské paliaci z pohledu dětského paliatra | MUDr. Danica Zapletalová, Ph.D.

10:35–11:00 h. přestávka — coffee break

11:00–13:00 h. II. PROGRAMOVÝ BLOK

odborné vedení bloku a diskuse: MUDr. Jiří Šedo

- 11:00–11:20 h. • Perinatální paliativní péče | Kateřina Hájková Klíčová
11:20–11:40 h. • Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře a spolupráce s paliatrem | MUDr. Hana Sklenská
11:40–12:00 h. • Možnosti a limity péče o pacienty s potřebou paliativní péče v domácím prostředí neindikovaných do MŠPP | MUDr. Václav Trmač
12:00–12:20 h. • Paliativní péče pro kardiologické pacienty | MUDr. Petra Vysočanová
12:20–12:40 h. • Plánování péče v domovech pro seniory | MUDr. Regina Slámová
12:40–13:00 h. • Závěrečná diskuse, shrnutí dopoledního programu konference (MUDr. Jiří Šedo, MUDr. Regina Slámová)

13:00–14:15 h. přestávka na oběd

KONFERENCE
O ROZHODOVÁNÍ
A
PLÁNOVÁNÍ PÉČE

Decide@Care
2024

KDE: FAKULTNÍ NEMOCNICE U SVATÉ ANNY
V BRNĚ, PŘEDNÁŠKOVÝ SÁL, PAVILON O1

KDY: ČTVRTEK 6.6. 2024, 8:30 - 17:00

REGISTRACE ZAČNE V POLOVINĚ DUBNA

ZDE

Shrnutí:

- Efektivita „společné práce u pacienta“ – propojování, multioborová komunikace
- Osobní postoj, práce s emocemi, schopnosti empatie
- Nutnost multidisciplinární komunikace, sdílení, a tvorby plánu péče
- Sebepodpora, supervize
- Role leadershipu Specializované PP v End of Life Care – pacient, rodina, tým, další spolupracující profese

- **MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.**

tel. +420 731681447

email: ladislav.kabelka.mobilni@gmail.com

GRADA

Ladislav Kabelka, Magdalena Chvilová Weberová a kol.

Syndrom křehkosti

Indikace péče, podpora života v nemoci,
komunikační dovednosti

