MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

# Nákaza COVID-19 a systém lůžkové péče ČR

prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
*Klinická skupina II COVID-19 MZ*
*Národní dispečink intenzivní péče COVID-19*
*Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP*

ÚZIS ČR

# Obsah

1) Aktuální stav nákazy z pohledu čerpání kapacit
2) Navyšování kapacity a limity systému

# Aktuální stav hospitalizovaných (25. 10. 2020)

- Celkem v nemocnici: 5613
- Z toho JIP: 766
- Z toho UPV: 405
- Z toho ECMO: 7

# Počty pacientů v krajích (25. 10.)

1) JMK (776 / 107 JIP, UPV 73)
2) Praha (757 / 70)
3) MSK kraj (571 / 100)

# Počty pacientů v nemocnicích (25. 10.)

1) FN Motol (201)
2) FN Plzeň (189)
3) KN Zlín (173)

# Kapacita systému lůžek

# Kapacita systému ČR

## Přehled ČR

přehled krajů

Přehled aktualizován 26. 10. 2020 v 11.41 h

**Přístroj: ECMO**
kapacita: volná / celkem
**61** / 76 — **80 %**

**Přístroj: UPV**
kapacita: volná / celkem
**929** / 1 965 — **47 %**

**Přístroj: CRRT (kontinuální dialýza)**
kapacita: volná / celkem
**229** / 318 — **72 %**

**Přístroj: IHD (intermitentní dialýza)**
kapacita: volná / celkem
**148** / 243 — **60 %**

**Lůžka (ARO+JIP dospělí)**
kapacita: volná / celkem
**1 049** / 3 972 — **26 %**
COVID+ 278 COVID- 771

**Lůžka (standardní s kyslíkem)**
kapacita: volná / celkem
**7 722** / 22 802 — **33 %**
COVID+ 1 245 COVID- 6 477

ČR jako celek = dostatečná rezerva

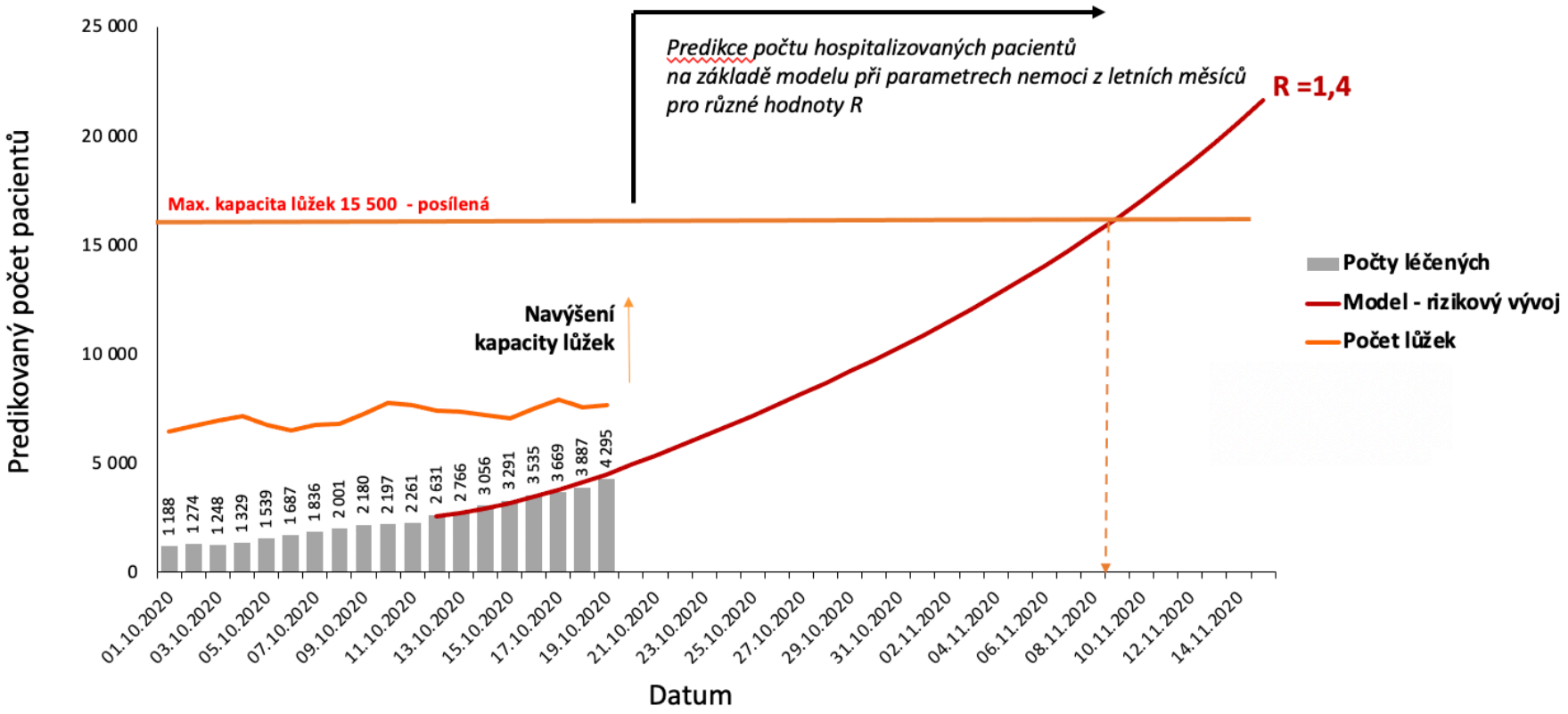
Kraje = někde již na hranici kapacity

Důvodem snížené kapacity je zejména nedostatek personálu (nákaza COVID), než nedostatek techniky

# Riziko vyčerpání kapacity je vysoké …

## Predikce celkového počtu hospitalizací – aktuální počet léčených

**Česká republika – predikce aktuálního počtu případů**



# Navyšování lůžkové a intenzivní péče

# Cíle navýšení lůžek se odvíjí od odhadu nárůstu pacientů v nemocnicích k 31. 10.

STANDARD +/- KYSLÍK

**11473** ← **R = 1,47** → **2323**

JIP/ARO +/- UPV

Navýšení stávající kapacity o:

+ cca 6000 lůžek s možností podávání kyslíku

+ cca 1500 lůžek typu “IP” i s možností UPV

# *Jak se navyšování bude realizovat ?*

1) Zastavení veškeré možné odkladné péče na nejbližší 2-4 týdny
2) Urychlené propuštění pacientů do domácí péče (pokud to jejich stav umožňuje)
3) Snížení počtu tzv. sociálních hospitalizací = uvolnění lůžek

↓

***Umožnění navýšení lůžkové kapacity***

# Národní Dispečink Lůžkové Péče (NDLP)

# Národní Dispečink Lůžkové Péče

**Cíl:**

- Cílem Národního dispečinku lůžkové péče (NDLP) je **schopnost monitorování a přímého řízení kapacit lůžkové péče ve zdravotnických zařízení všech poskytovatelů v rámci ČR.**

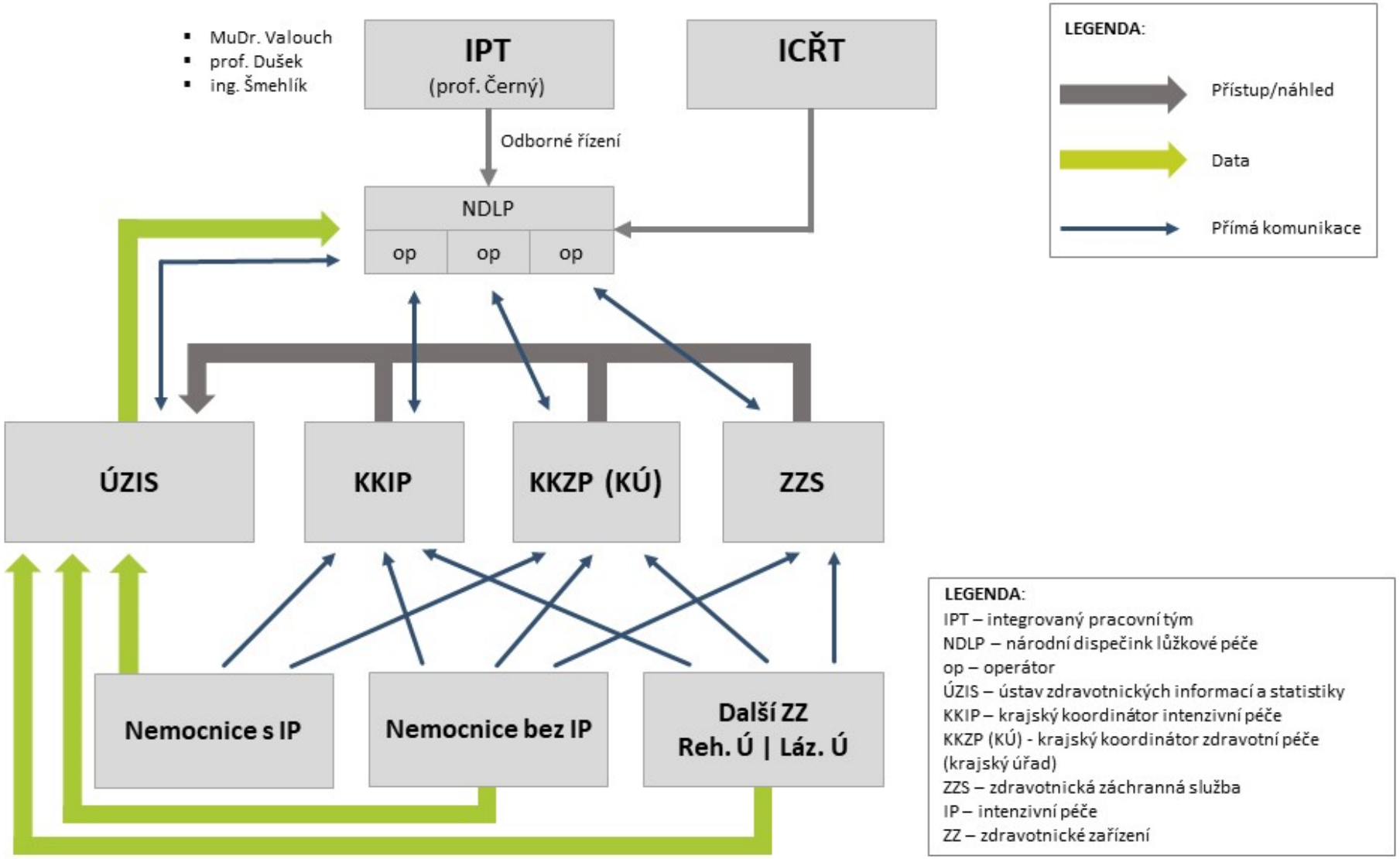
- Činnost je zabezpečována dispečinkovým způsobem založeným na monitorování a analýze aktuální situace, následnému operativnímu řešení a přijetí návrhů opatření. Záměrem je dosáhnout centralizace řízení kapacit a procesů v oblasti lůžkové péče.

# Národní Dispečink Lůžkové Péče

**Hlavní sledovanou oblastí je kapacita lůžkové zdravotní péče dle následujícího rozdělení:**

- **lůžka akutní péče (UPV, ECMO, JIP, O2)** – monitorovat kapacity lůžek a v případě potřeby v součinnosti s KKIP řídit umisťování pacientů s těžkým průběhem nemoci COVID19 mezi ZZ v rámci ČR a mezi kraji.
- **lůžka následné péče (ZZ)** - monitorovat kapacity dlouhodobých a následných lůžek v nemocnicích a v případě potřeby v součinnosti s KKIP řídit redistribuci pacientů mezi ZZ případně přemístění do LZ a LLRU.
- **lůžka náhradní sociální péče (LZ, LLRU)** - monitorovat kapacity a v případě potřeby v součinnosti s KKIP řídit redistribuci pacientů.

# Národní Dispečink Lůžkové Péče



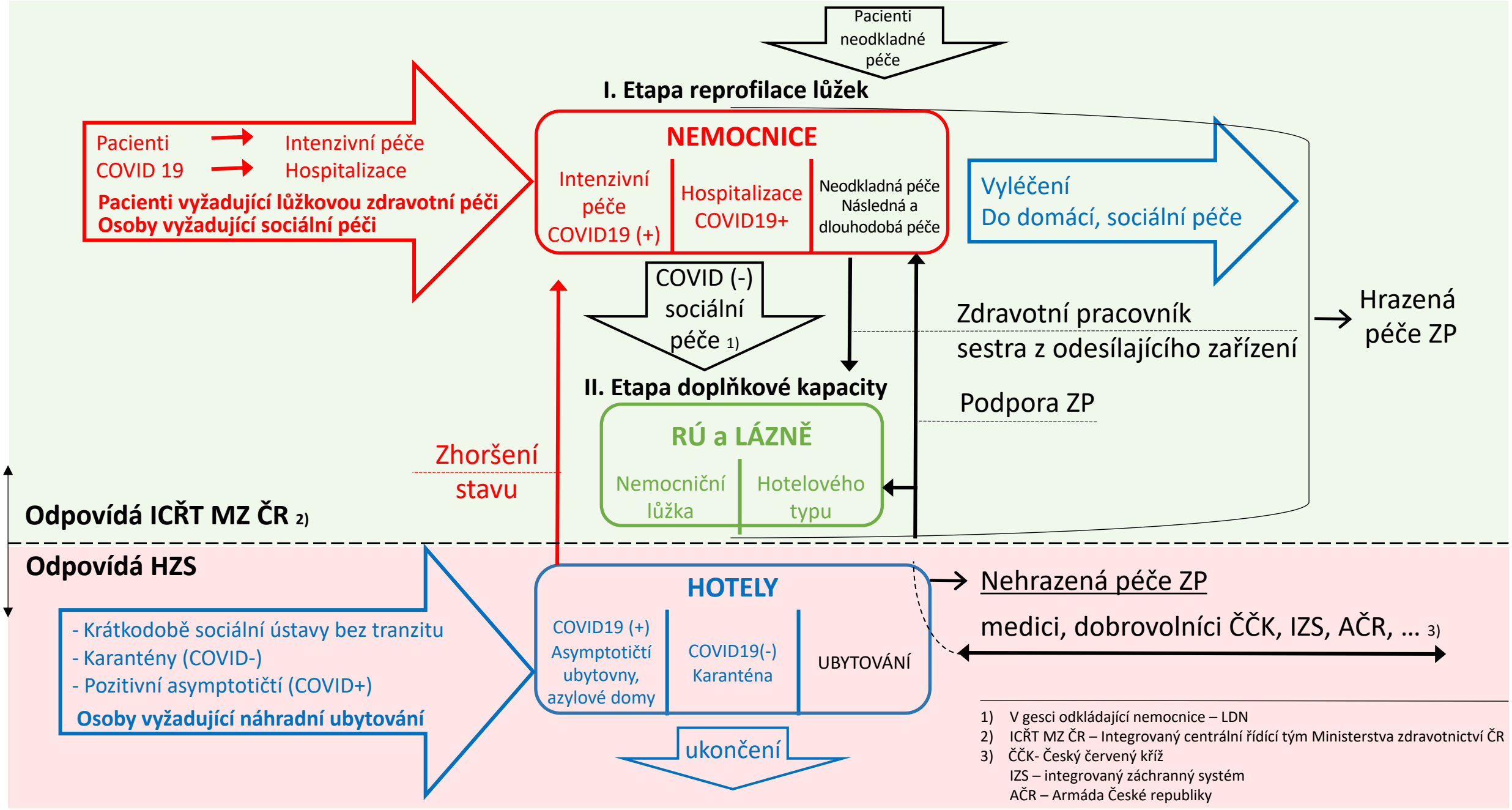

**LEGENDA:**

- Přístup/náhled
- Data
- Přímá komunikace

**LEGENDA:**

IPT – integrovaný pracovní tým
NDLP – národní dispečink lůžkové péče
op – operátor
ÚZIS – ústav zdravotnických informací a statistiky
KKIP – krajský koordinátor intenzivní péče
KKZP (KÚ) - krajský koordinátor zdravotní péče (krajský úřad)
ZZS – zdravotnická záchranná služba
IP – intenzivní péče
ZZ – zdravotnické zařízení

# Organizační schéma vytváření kapacit Národní Dispečink Lůžkové Péče




1) V gesci odkládající nemocnice – LDN
2) ICŘT MZ ČR – Integrovaný centrální řídící tým Ministerstva zdravotnictví ČR
3) ČČK- Český červený kříž
IZS – integrovaný záchranný systém
AČR – Armáda České republiky

# Kontaktní informace na NDLP:

- dispecinkcrt@mzcr.cz

- Telefon na NDLP: 973 292 070
  973 292 071

*Hrozí “vyčerpání” systému i po jeho navýšení ?*

Teoreticky ano, každý systém má své limity …

*Hrozí “vyčerpání” systému i po jeho navýšení ?*

Zatím nikoliv …

## *Co systém nejvíce ohrožuje …*

1) Nedostatek personálu
2) Nedostatek personálu
3) Nedostatek personálu
4) Nedostatek fyzických lůžek nebo techniky

# Doplnění personálu – možnosti ?

1) Lékaři a NLZP z jiných oddělení v dané nemocnici
2) Studenti LF a zdravotních škol
3) Lékaři a NLZP pracující mimo systém
4) Lékaři a NLZP v rámci zahraniční pomoci
5) Všeobecní lékaři a ambulantní specialisté

NLZP = nelékařský zdravotnický pracovník)

*Budou se “selektovat” nemocní … bude nějaký limit poskytování intenzivní péče ? Komu se dá ventilátor a komu již ne ?*

Rozsah IP je poskytován podle stále stejných zásad a principů, bez ohledu na to, zda je či není pandemie COVID

# Stávající stav = kapacita péče není vyčerpána

## ČESKÁ SPOLEČNOST INTENZIVNÍ MEDICÍNY


**Předseda**
*prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM*

Klinika anesteziologie, perioperační a intenzivní medicíny, Masarykova nemocnice, Sociální péče 3316, 401 13 Ústí nad Labem
☎ 477 112 200, cernyvla1960@gmail.com

**Místopředseda**
*prof. MUDr. Martin Matějovič, Ph.D.*

I. interní klinika, Fakultní nemocnice Plzeň
Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň

☎ 377 103 501, matejovic@fnplzen.cz

**Vědecký sekretář**
*doc. MUDr. Vladimír Šrámek, Ph.D., EDIC*

Anesteziologicko-resuscitační klinika,
Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně,
Pekařská 53, 656 91 Brno
☎ 543 182 553, sramek@fnusa.cz


## STANOVISKO VÝBORU

ZÁSADY A PRINCIPY PRO PŘIJÍMÁNÍ PACIENTŮ
NA PRACOVIŠTĚ INTENZIVNÍ PÉČE

2015

## 3. Zásady a principy pro přijímání pacientů na pracoviště intenzivní péče

1) Rozhodnutí o přijetí pacienta na pracoviště intenzívní péče (IP) musí být vždy v soulac se základními etickými principy medicíny (respektování pacientovy autonomi beneficience, nonmaleficience, princip spravedlnosti).

2) O přijetí pacienta rozhoduje lékař pracoviště IP se specializovanou způsobilostí.

3) Na pracoviště IP by měl být přijímán pouze pacient, kde:
   a) existuje reálný předpoklad zlepšení klinického stavu,
   b) příčina současného zhoršení je odstranitelná,
   c) lze předpokládat zotavení a obnovení integrity orgánových funkcí.

4) Existují-li pochybnosti či nejistota o možném přínosu IP, je třeba konat v pacientov předpokládaném zájmu a IP poskytnout. Podle vývoje klinického stavu l odůvodněnost pokračování v IP přehodnotit.

5) Pokračování v IP, která je vyhodnocena jako marná či neúčelná, je v rozporu s etickýr principy medicíny a pacientovi má být poskytnuta péče přiměřená jeho stavu, včetr péče paliativní, v souladu s Doporučením České lékařské komory č. 1/2010 k postup při rozhodování o přechodu na paliativní léčbu.

# Bude-li kapacita systému vyčerpána …

**… postupuje se podle obecně přijatých zásad a principů pro alokaci tzv. vzácných zdrojů**

# *Co to znamená ?*

1) **Princip rovnosti a férovosti**
   - všichni jsou si rovni, nelze nikoho diskriminovat
   - nelze upřednostnit např. COVID+ pacienty před COVID-nemocnými nebo naopak

2) **Využití „vzácných zdrojů“ u pacientů s nejvyšší nadějí na přežití / zotavení** (a nikoliv podle věku či jiného izolovaného kriteria)

# *Souhrn*

1) Počet pacientů, zátěž nemocnic a smrtnost bude stoupat
2) Kapacita systému lůžkové a intenzivní péče je zatím schopna nápor pacientů zvládat bez zásadního zhoršení poskytované péče
3) **Jedinou cestou snížení smrtnosti a snížení zátěže systému lůžkové a IP jsou postupy ochrany rizikových skupin a osobní zodpovědnost (= dočasný ”<u>osobní</u> lockdown”)**