



Vítame vás pri poslednom vydaní newsletteru ŠDTP v tomto roku. Nájdete v ňom zhrnutie prednášok a workshopov, ktoré sa uskutočnili počas 3. výročnej multidisciplinárnej konferencie o tvorbe nových a inovovaných štandardných klinických (diagnostických a terapeutických) postupov a ich zavedenia do medicínskej praxe, ktorá sa konala 17. – 18.10.2019 v Bratislave.

Publikované výstupy prednášok a prezentácií:

- » *Klinické a preventívne postupy v kontexte SDGs (cieľov udržateľného rozvoja) ako nástroje verejnej politiky*
- » *Zber dát pre oblasť neprenosných ochorení*
- » *Štandardný postup v ére precíznej medicíny*
- » *WHO hodnotenie zdravotníckeho informačného systému v SR*
- » *Hodnotenie kvality v ošetrovatelstve v kontexte ŠDTP*
- » *Inovácie v ADOS – od vybraných výkonov ku komplexnému a preventívnemu manažmentu pacienta*
- » *Európske Štandardy starostlivosti o zdravie novorodencov*
- » *Komunikácia v zdravotníctve workshop*
- » *Bezpečnosť farmakoterapie pacienta a úloha klinického farmaceuta v zabezpečení optimálneho použitia liekov v špecifických oblastiach farmakoterapie*
- » *AMEBA – nástroj aktívnej online surveillance infekcií v nemocnici*
- » *Sledovanie radiačných dávok pacienta na Slovensku*
- » *Diagnosticko-terapeutický štandard fyzioterapie Detská mozgová obrna – hemiparetická forma*
- » *Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou*
- » *Zaradenie pacienta na čakaciu listinu na transplantáciu obličky*

Výber z konferencie ŠDTP 2019

Prinášame vám zhrnutia a závery z prednášok a workshopov, ktoré sa uskutočnili počas 3. výročnej multidisciplinárnej konferencie o tvorbe nových a inovovaných štandardných klinických (diagnostických a terapeutických) postupov a ich zavedenia do medicínskej praxe – ŠDTP 2019.



Klinické a preventívne postupy v kontexte SDGs (cieľov udržateľného rozvoja) ako nástroje verejnej politiky

prof. MUDr. Jozef Šuvada, PhD., MBA, MPH.,
MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Slovensko patrí ku krajinám sveta, ktoré majú snahu o všeobecné pokrytie zdravotnej starostlivosti (Universal Health Coverage). Znamená to, že všetci občania majú mať prístup ku zdravotným službám podľa ich potrieb vrátane prevencie, liečby, rehabilitácie, paliatívnej starostlivosti bez kritického finančného ohrozenia. Veľkou výzvou je aj kvalita poskytovaných zdravotných služieb v nie veľkom štáte s prísnyimi rozpočtovými obmedzeniami limitujúcimi výdavky na zdravotníctvo. Indikátory kvalitnej zdravotnej starostlivosti, vrátane očakávanej dĺžky života a strednej dĺžky života bez závažného ochorenia, nevyznievajú v porovnaní s ostatnými krajinami úplne najpriaznivejšie. Relatívne vysoké sú aj výdavky na zdravotnícke služby uhrádzané priamo pacientom.

Ciele udržateľného rozvoja (Sustainable Development Goals) boli určené OSN v roku 2012: žiadna chudoba, hlad, kvalita zdravia a života, kvalitné vzdelanie, rovnosť pohlaví, čistá voda a hygiena, dostupná a čistá energia, dôstojná práca a ekonomický rast, priemysel, inovácie a infraštruktúra, zníženie nerovností, udržateľné mestá a komunity, zodpovedná spotreba a výroba, ochrana klímy, život pod vodou a na pevnine, mier, spravodlivosť a silné inštitúcie, partnerstvá za ciele.

Životné a sociálne prostredie predstavujú významné determinanty zdravia. Aktivita

WHO, zdravotníckeho a sociálneho sektora krajiny prispievajú k dosiahnutiu cieľov podmieňujúcich dobro spoločnosti, pričom zdravotnícky sektor by mal byť lídrom a súčasne advokátom pre blaho populácie.

Závery a odporúčania pre prax

Blahobyt jednotlivcov a celej populácie je podmienený aktívnou snahou o dosiahnutie udržateľného rozvoja a z pohľadu sektora všeobecného spravodlivého pokrytia zdravotno – sociálnej starostlivosti. Vzhľadom na sociálne determinanty zdravia je nevyhnutné pri ďalšom spoločenskom rozvoji zohľadňovať popri ekonomických dopadoch vplyv na zdravie, sociálny systém a životné prostredie ako základné predpoklady života v blízkej či vzdialenej budúcnosti.

Zber dát pre oblasť neprenosných ochorení

MUDr. Jozef Kalužay, Ph.D.

Dostupnosť aktuálnych dát, ich analýza a správna interpretácia sú v informačnej ére nevyhnutné pre funkčnosť a efektívnosť zdravotníckych systémov, jeho porozumeniu a administrácii založenej na údajoch (faktoch). Nie sú vytvorené presné mapy zbieraných a evidovaných dát, ich tok v systéme. Podstatnú časť dát od poskytovateľov, ako dôležitých tvorcov dát, zbiera a ukladá NCZI. Časť dát o konkrétnej udalosti, napr. výkone resp. súbore výkonov získava NCZI od poskytovateľov priamo, ďalšie dáta o rovnakej udalosti získava NCZI od zdravotných poisťovní, UDZS. Bolo poukázané na možné rozdiely v dátach vykázaných poskytovateľom o konkrétnej udalosti podľa účelu, pre ktorý poskytovateľ dáta vykázal – napr. za účelom úhrady nákladov, za účelom správnej indikácie vyšetrenia, výkonu, preskripcie, alebo za účelom hlásenia pre registre. V prípade diagnózy podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb nie je súčasťou informácie, či ide o diagnózu istú, alebo pracov-

nú. Validita dát nie je presne zverejnená, je pravdepodobne najmä kvalifikovaným odhadom. Pripravuje sa riešenie umožňujúce získavať niektoré povinne hlásené údaje z dostupných dát bez potreby ich hlásenia spravodajskou jednotkou, teda poskytovateľom. Neboli konštatované zásadné legislatívne prekážky pri zbere, spracovaní a ukladaní dát, poskytnutiu, resp. integrácii dát z rôznych zdrojov, napr. na účely sledovania spúšťaných skriningových programov a podobne. Niektoré dáta, napr. zber a výsledky vysokoškolských kvalifikačných prác („šedá literatúra“), nie sú v zdravotníckom sektore evidované ako ďalší možný dátový zdroj.

Závery a odporúčania pre prax

Vytvoriť mapu dátových zdrojov, s posúdením ich validity, analýzou tokov dát. Analyzovať „dátovú“ legislatívu, jej aktualizáciu aj z pohľadu GDPR, resp. posúdiť potrebu legislatívnych úprav, napr. pre sekundárne využitie dát pre vedecko-výskumné účely, ale aj z pohľadu nakladania s citlivými dátami napr. u tvorcov informačných systémov, tvorcov mobilných aplikácií (mHealth) a pod.



Štandardný postup v ére precíznej medicíny

MUDr. Jozef Kalužay, Ph.D.

Štandardný postup má byť založený na najlepších poznatkoch (evidence based), s možnosťou zohľadnenia aj globálnych skúseností (konsenzus špecialistov), nakoľko mnoho klinických otázok nie je vedecky spoľahlivo zodpovedaných. Pri

tvorbe sa musí zhodnotiť prínos a riziko konkrétneho rozhodnutia, štandardný postup je predpokladom efektívnejšieho, bezpečnejšieho („auditovateľného“) poskytovania kvalitnej starostlivosti so zachovaním obozretnosti k individuálnym výnimkám a potrebám. Skúsenosť so štandardným postupom je nástrojom prevencie chýb, riziko nepozornosti pri „rutinom“ postupe sa dá kontrolovať použitím kontrolných listov. Štandardný postup nepopisuje iba čo, ale aj kto a kedy má v procese poskytovania starostlivosti vykonať.

Štandardizovať sa dajú najmä jasné, presne dané situácie, určuje odôvodnený, rozumný rozsah starostlivosti. Dôležitým prvkom je popis alternatív starostlivosti napr. podľa preferencií pacienta, rozhodnutia v poskytovaní starostlivosti môžu byť spoločné (zdieľané rozhodnutie). Štandardný postup podľa sily dôkazov konštatuje, čo sa má (musí), môže, alebo nemá vykonať.

Precízna medicína je aplikácia vedeckých poznatkov a skúseností u konkrétneho pacienta. Neznamená jedinečnú terapiu (liek, zariadenie) vyvinuté pre konkrétneho jedinca. Rozhodnutia precíznej medicíny sú multifaktorové (zohľadňujú genomiku, proteomiku, metabolomiku ochorenia, poznatky molekulárnej medicíny, systémovú biológiu, životný štýl, vplyvy prostredia). Veľa medicínskych poznatkov chýba aj nízkym zameraním pozornosti vedeckého výskumu na pacientov, ktorí napr. vynechali liečbu, či z vlastného rozhodnutia nepostupujú podľa navrhnutých štandardov starostlivosti.

Príkladmi precíznej medicíny je správna dávka lieku podaná správnej skupine pacientov, onkologická a ďalšia liečba zameraná na molekulárne ciele, genotyp, personalizovaný postup prevencie, personalizovaná diéta, regeneratívna medicína, molekulárne profylaxie v mikrobiológii, atď.

Vývoj štandardných postupov precíznej medicíny je zatiaľ náročný, avšak postupne bude potrebné pripravovať štandardné postupy precíznejšie.

Záver a odporúčania pre prax

Je potrebná adaptácia zdravotníckych systémov na súčasnú informačnú éru (digitálna transformácia zdravotníckych sys-

témov). Výzvou je precízny vývoj štandardných postupov podľa metodiky, založených na najlepších poznatkoch. V transformujúcom sa zdravotníckom systéme je potrebné určiť nie iba rozumný rozsah starostlivosti, ale aj systém zabezpečenia jej poskytnutia, kto a kedy má určený správny postup pri poskytovaní starostlivosti realizovať.



WHO hodnotenie zdravotníckeho informačného systému v SR

prof. Neville Calleja (WHO),

súhrn z bloku pripravil MUDr. Jozef Kalužay, PhD.

Zdravotnícky informačný systém je pojem oveľa širší ako tradičné vnímanie pojmu eHealth. Zahŕňa všetky zdravotnícke dáta dôležité pre dohľad a administratívu organizácii v sektore zdravotníctva, resp. často aj medzirezortne (nadrezortne).

Slovensko má silný legislatívny rámec, avšak sú tu legislatívne výzvy posilnenia sekundárneho využitia dát pre verejno-zdravotnícke účely. Slovensko má schválenú národnú stratégiu rozvoja eHealth. Strategické plány počítajú s indikátormi, ako nástrojmi pre monitorovanie systému. Je tu úzka komunikácia medzi tvorcami zdravotníckych politik a organizáciami, ktoré tvoria a poskytujú dáta. Sú čiastkové problémy s prítiahnutím a udrжанím zdravotníckych pracovníkov. Informačno-komunikačná infraštruktúra je vybudovaná na národnej úrovni aj na úrovni poskytovateľov, isté obavy sú spojené s jej udržaním resp. aktuálnym vekom.

Rezervy sú napriek dostupnosti dát v monitoringu kvality systému, štruktúry, procesov, výsledkov zdravotnej starostlivosti, v súčasnosti nie je zrejma väzba zdravotníckeho systému na klinické odporúčania.

Je očividný vysoký rozsah záťaže lekárov a poskytovateľov starostlivosti hláseniami. V súčasnosti je aj malý tok informácií cez

eHealth, prebiehajú však snahy o čoraz užšiu integráciu informačných systémov poskytovateľov s eHealth. Slovensko má veľký počet špecializovaných registrov, väčšinou na národnej úrovni, legislatíva ohľadne registrov je rigidná, niektoré registre vo veľkej miere závisia od hlásení.

Veľkou výhodou je jednoznačný identifikátor pacienta (rodné číslo). Súčasná implementácia existujúcej legislatívy zvlášť vo veci ochrany dát obmedzuje prepojenie a využitie zdravotníckych dát. Funkcia národného dátového skladu je v súčasnosti limitovaná. NCZI pripravuje interaktívny systém poskytovania dát na základe požiadavky. Množstvo dát predstavuje potenciál pre expanziu analytickej kapacity.

Záver a odporúčania pre prax

Je potrebné rozhodnutie minimálne na úrovni ministerky o autorite pre zdravotnícky informačný systém, ktorá by mala byť nezávislá. Zdravotnícky informačný systém je pojem oveľa širší ako eHealth. V súčasnosti je rola fragmentovaná, napr. medzi inštitútmi zdravotnej politiky MZ SR, NCZI, ÚVZ, odbor ŠDTP a ďalšie strany pôsobiace v sektore zdravotníctva s vlastnými špecifickými potrebami. Nakoľko je zdravotnícky systém informačne, ale aj vplyvom na spoločnosť a jednotlivcov, úzko previazaný s ostatnými rezortami štátnej správy, už dnes je možné vnímať aj nadrezortnú dôležitosť zdravotníckeho informačného systému, resp. zdravotnícky informačný systém spadá pod aktivity spojené s digitálnou transformáciou spoločnosti, digitalizáciou verejnej správy.

Autorita – inštitúcia pre zdravotnícky informačný systém by mala byť schopná reagovať na otázky vrcholovej administratívy rezortu, avšak mala by byť tiež autonómna, samostatne aktívna v príprave podkladov, podkladových otázok, indikátorov s odpovedami na základe dát pre vrcholovú administratívu.

V súčasnom systéme je viditeľné chýbanie prepojenia poskytovanej zdravotnej starostlivosti na klinické odporúčania, nie je očividný monitoring kvality zdravotníckeho systému a poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Ešte v menšej miere sú dáta dostupné pre výskum.

Je očividný vysoký rozsah záťaže lekárov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti hláseniami. Mnohé registre sú závislé na hláseniach, čo je ich ohrozením, lepším modelom je viacdrogová metodika tvorby registrov.

Hodnotenie kvality v ošetrovatelstve v kontexte ŠDTP

PhDr. Zuzana Fabianová, MBA

Uplatňovanie štandardov kvality je potrebné poňať v omnoho širšom kontexte – kontexte komplexného manažerstva kvality v organizácii, ktorý by mal byť orientovaný na neustály rozvoj prístupov s cieľom zlepšovať výsledky starostlivosti a spokojnosť pacientov. Ak hovoríme o komplexnom manažmente kvality, máme na mysli súbor princípov manažerstva v kľúčových oblastiach riadenia organizácie. Dostatočná pozornosť musí byť venovaná vystupovaniu lídrov organizácie, ktorí by mali byť nositeľmi zmeny, príkladom vysokej kultúry a etiky vo vzťahu k všetkým zainteresovaným stranám. Dôležitá je akčnosť, agilnosť, flexibilita, schopnosť reagovať na príležitosti i hrozby. Manažment rizík je optimálnou a efektívnou cestou ako predchádzať komplikáciám strategickým myslením, a predvídanou prípravou prístupov. Riziko a v mnohých organizáciách už aj reálny nedostatok zamestnancov môže byť tiež dôsledkom pasívneho prístupu zamestnávateľa vo vzťahu k adaptácii, vedeniu, motivácii, rozvoju, odmeňovaniu (nielen finančného) a angažovania zamestnancov do pokračujúceho rozvoja organizácie. Podceňovanie komunikácie o potrebách zamestnancov a neexistencia rozvíjajúcej sa stratégie na ich stabilizáciu a podporu, môže byť jednou z príčin personálnej krízy a v konečnom dôsledku i zániku pracoviska alebo jeho časti. V súvislosti s hodnotením, no tiež zavedením kvality, si preto manažéri (nielen) ošetrovateľskej starostlivosti musia klásť otázky a v ich kontexte v praxi naplňať PDCA cyklus rozvoja kvality:

- » Ako u vás prebieha tvorba programu auditov ošetrovateľskej starostlivosti (na celý rok)?
- » Čo sa u vás v ošetrovateľskej starostlivosti audituje/akým spôsobom?

- » Kde je podľa vás priestor na zlepšenie? Čo podľa vášho názoru treba hodnotiť/auditovať?
- » Výstupy procesov (indikátory kvality) Čo a ako meriate/hodnotíte? Kde je podľa vás priestor na zlepšenie? Čo merať? Ako merať? Prečo merať?
- » Používate efektívne preventívne a nápravné opatrenia ako cestu riešenia nedostatkov v praxi pracoviska?
- » Výstupy auditov – cesta rozvoja (nielen) ošetrovatelstva v organizácii.
- » Ako „nakladáte“ so zisteniami? Dari sa vám vyhnúť opakovaniu sa nedostatkov?
- » Vidíte priestor na zlepšenie v kontexte uplatňovania PDCA cyklu?

Záver a odporúčania pre prax

V diskusiách v rámci workshopov a Komplexný manažment v ošetrovatelstve a dlhodobej starostlivosti rezonovali tieto kľúčové body:

1. Personálna kríza ako bariéra uplatňovania štandardov v praxi.
2. Obavy z používania štandardov ako nástrojov redukcie úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.
3. Riziko dezinterpretácie požiadaviek štandardov zo strany zainteresovaných strán (pacienti, poisťovne, zamestnanci, právnici...).

Odporúčania k bodom:

1. Personálna kríza ako bariéra uplatňovania štandardov v praxi. S týmto bodom by sa z môjho pohľadu dalo niečo robiť nielen zo strany MZ SR, no rovnako zo strany samotných zamestnávateľov. Téma bola veľmi diskutovaná, doslova bola snaha uzavrieť debatu o kvalite z dôvodu, že personálu je málo. Ako manažérka kvality z praxe som sa snažila ukázať cesty a nástroje, tak ako ich uplatňujeme my – Stratégiu k trvalej spokojnosti zamestnanca a príjemnému pracovisku rozvíjame roky, a nie je to iba o peniazoch. Je to komplexná náročná výzva, ale zvládnuteľná. Som k dispozícii na zdieľanie námetov z národného projektu, stabilizáciu slovenských sestier (síce nateraz pozastavenú), máme sériu dobrých podkladov, mohli by

sme spolu niečo vytvoriť aj na základe našich výstupov a odporúčaní.

2. Obavy z používania štandardov ako nástrojov redukcie úhrad za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Inšpirovať sa praxou vo VB, kde CQC (CareQualityCommission <https://cqc.org.uk/>), v prípade, že zistí nedostatky, nesúlad so štandardmi, poskytovateľa upozorní a dá mu čas na nápravu, na druhej strane opakované hrubé porušovanie štandardov môže byť dôvodom k odobratiu licencie. Myslím, že je to výchovné a korektné. Takýto postup by mohol vyjsť ako odporúčací dokument (usmernenie) od ŠDTP odboru (MZ SR) smerom ku GR poisťovní, no tiež ÚDZS.
3. Riziko dezinterpretácie požiadaviek štandardov zo strany zainteresovaných strán. Prijaté univerzálne pravidlo, že v prípade rozporov v oblasti interpretácie štandardu môže byť príslušná OPS oslovená a zároveň povinná zaujať stanovisko a toto stanovisko by bolo východiskovým. Stanovisko by podpísali (žijúci) autori štandardu, resp. min. napr. 5 členovia OPS (vždy predseda, autori a prípadne ďalší členovia OPS) a pán profesor Šuvada – a zároveň takéto situácie by mohli byť impulzom pre revíziu štandardu a jednoznačnejšie dodefinovanie sporných bodov.

Inovácie v ADOS – od vybraných výkonov ku komplexnému a preventívnemu manažmentu pacienta

PhDr. Zuzana Fabianová, MBA

Súčasný spôsob úhrad zdravotnej starostlivosti ADOS nepodporuje komplexný a preventívny prístup. Uhradzané sú iba čiastkové výkony. Potenciál sestier a ošetrovatelstva vo vzťahu k skutočným potrebám obyvateľstva je využívaný iba na 20 % a táto nekomplexnosť a podceňovanie prevencie vedie k zhoršovaniu zdravotného stavu pacienta, zbytočným zdravotným komplikáciám, stupňovaniu bezvládnosti, vyžadujúcim ďalšiu zdravotnú/sociálnu starostlivosť, či zbytočnému utrpeniu, ba dokonca i predčasnej smrti.

Odborná pracovná skupina pri MZ SR pre ošetrovatelstvo vypracovala taký štandard-

ný postup, ktorý predpokladá zlepšenie dostupnosti ADOS, posilnenie a podporu komplexných a preventívnych prístupov a tiež rozšírenie indikovanej skupiny pre pomoc zo strany ADOS aj o pacientov, ktorí sú zatiaľ iba v riziku zhoršenia zdravotného stavu v dôsledku chýbajúcej prevencie. Zlepšenie kvality ošetrovateľskej starostlivosti o občanov v domácom prostredí /sociálnom zariadení a celkom určite by prispelo k zlepšeniu zdravotných výsledkov.

Záver a odporúčania pre prax

1. *Urýchlené prepracovanie koncepcie úhrad zdravotnej starostlivosti v ADOS na taký systém financovania, ktorý by obsahoval aj komplexný ošetrovateľský manažment pacienta; kým úhrady nie sú prepracované, štandard nie je uplatniteľný. Dovtedy žiadame o ochranu ADOS pred rizikom sankcií – autori tento fakt uvádzajú priamo v štandarde.*
2. *Akceptovanie rozšírenia indikačnej skupiny pre ADOS o skupinu rizikových pacientov vo vysokom veku s početnými chorobami s cieľom maximálne udržať ich schopnosť žiť vo vlastnom prostredí pri trvalom manažmente starostlivosti o zdravie v zastrešení ADOS v spolupráci s lekárom (obdoba terénnych/geriatrických sestier v minulosti).*
3. *Alternatíva – prevencia a podpora zdravia v manažmente dlhodobej starostlivosti v domácom alebo inom sociálnom prostredí s možnosťou financovania za zmluvného pacienta, napríklad kapitáčná platba.*
4. *Vzhľadom na riziko nedostupnosti pre pacientov vo vzdialenejších obciach, dopracovanie takého spôsobu úhrady, ktorý by podporoval dostupnosť služby bez ohľadu na miesto pobytu pacienta aj vo vzdialenejších obciach (napríklad osobitnou úhradou pokrývajúcou náklady za čas a PHM vo vzťahu k vzdialenosti od sídla ADOS a pod.).*

Efekt:

- » *redukcia odvrátiteľných hospitalizácií na akútnych lôžkach,*
- » *redukcia zbytočných výjazdov vozidiel záchrannej služby,*

» *zjednodušenie administratívy vykazovania, revízie ADOS.*

Európske štandardy starostlivosti o zdravie novorodencov

Mgr. Iveta Jančoková, Mgr. Ľubica Kaiserová

Dohovor OSN o právach dieťaťa bol ratifikovaný 196 krajinami a hovorí sa v ňom, že „dieťa pre svoju telesnú a duševnú nezrelosť potrebuje osobitné záruky, starostlivosť a zodpovedajúcu právnu ochranu pred narodením aj po ňom“. Článok 6 potvrdzuje, že každé dieťa má právo na život, zachovanie života a svoj rozvoj. Okrem toho majú deti právo na starostlivosť zo strany svojich rodičov a nesmú byť od nich oddelené, pokiaľ to nie je v záujme dieťaťa (články 7 a 9). Presadzovanie práv dieťaťa však v skutočnosti predstavuje veľkú výzvu.

Európske štandardy v starostlivosti o zdravie novorodencov slúžia ako referenčný rámec pre rozvoj a vykonávanie záväzných noriem a usmernení na vnútroštátnej a medzinárodnej úrovni, čím pomáhajú presadzovať tieto práva už od narodenia dieťaťa. Európski a vnútroštátni zákonodarcovia, nemocniční zriaďovatelia, poisťovne, združenia zdravotníckych pracovníkov a pacientov a celý sektor musia pri zavádzaní týchto noriem do praxe spolupracovať a zabezpečiť kvalitu, spravodlivosť a dôstojnosť pre tých najmenších.

Cieľom Európskych štandardov v starostlivosti o novorodencov je zabezpečiť systematickú zmenu v oblasti harmonizácie a zlepšenia kvality starostlivosti o novorodencov v Európe. Jeho výnimočnosť je predovšetkým v tom, že ide o prvé jednotné európske štandardy v tejto oblasti a zahŕňajú komplexnú neonatologickú starostlivosť. Unikátnosť je určite aj v tom, že projekt vznikol z iniciatívy zástupcov pacientov (rodičov) pre pacientov, na príprave pracovalo 220 expertov z viac ako 30 krajín a rodičia boli a sú zahrnutí do každého kroku v rámci celého procesu.

Túto iniciatívu podporilo 150 profesionálnymi zdravotníckymi asociáciami a rodičovskými / patientskými organizáciami z celého sveta, medzi ktorými sú okrem nášho združenia aj významné zdravotnícke spo-

ločnosti zo Slovenka – Slovenská pediatrická spoločnosť a Sekcia sestier pracujúcich v neonatológii.

Záver a odporúčania pre prax

Zapojenie rodičov do starostlivosti o novorodencov – jeden z kľúčových bodov európskych štandardov.

Výzvy:

- » *Na Slovensku nie sú na žiadnom neonatologickom pracovisku vytvorené podmienky pre starostlivosť o chorých a predčasne narodených novorodencov v koncepte „family-centered care“.*
- » *Nedostatočný počet lôžok vyčlenených pre sprevádzajúcich rodičov.*
- » *Organizácia starostlivosti na neonatologických jednotkách intenzívnej starostlivosti nevytvára pre rodičov optimálne podmienky na zapojenie do starostlivosti o ich dieťa.*

Následné kroky:

- » *Vytvoriť podmienky pre aktívnu účasť rodičov na neonatologických pracoviskách.*
- » *Vypracovať a implementovať národné usmernenie o zapojení rodičov do starostlivosti o dieťa.*
- » *Pripraviť školenia a edukačné materiály pre zdravotných pracovníkov o integrácii rodičov do procesu starostlivosti.*
- » *Zdravotník ako coach a sprostredkovateľ starostlivosti.*



Workshop Komunikácia v zdravotníctve

prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD., MHA

V posledných pätnástich rokoch došlo k viacerým zmenám v medicíne a v rolách

zdravotníckych profesionálov. Nevyhnutnou súčasťou týchto nových rolí sú komunikačné zručnosti. Rozsiahlý výskum ukázal, že pre pacienta nie sú natoľko dôležité vedomosti lekára, ak nie je schopný správne komunikovať s pacientom. Dobré komunikačné zručnosti sú nevyhnutné pre kvalitnú, účinnú a bezpečnú medicínsku prax. Výsledky výskumov naznačujú, že existuje silná pozitívna korelácia medzi komunikačnými zručnosťami zdravotníckych profesionálov a spoluprácou pacientov v zmysle dodržania odporúčaní liečby, manažmentu chronických ochorení a prijatia preventívnych odporúčaní. Dobrá komunikácia lekár-pacient pomáha regulovať emócie pacienta, uľahčiť porozumenie informácií odovzdaných pacientovi a umožniť lepšiu identifikáciu potrieb pacienta, jeho vnímanie ochorenia a jeho očakávania. Pri dobrej komunikácii sú pacienti spokojnejší s medicínskou starostlivosťou a ústretovejší v dodržiavaní predpísanej liečby.

Zdravotná starostlivosť je partnerstvo. Dôraz sa presúva z „doctor-centered“ alebo „disease-centered“ k „patient-centered“, to znamená centrom záujmu nie je lekár a diagnóza, ale pacient, ktorý je oveľa viac zahrnutý do rozhodnutí. Taktiež sa menia očakávania pacientov. Čoraz viac sú pacienti považovaní za „spotrebiteľov“ zdravotnej starostlivosti: majú svoje práva a sú oveľa lepšie informovaní v dôsledku širokých možností dostupných medicínskych informácií cez internet a iné zdroje. Oveľa väčší dôraz je kladený na prevenciu ochorení a podporu zdravia. Všetky tieto zmeny majú výrazný vplyv na postavenie lekárov.

Čo sa týka odborných vedomostí a zručností, lekári sú vzdelaní extrémne dobre. Drvivá väčšina lekárov tvrdo pracuje, v snahe urobiť pre pacienta to najlepšie. Avšak v poslednom desaťročí sú lekári postavení pred ďalšie role a nové zodpovednosti. Komunikačné zručnosti sú veľmi dôležité v týchto nových rolách. Formujú základňu nových vzťahov s pacientmi, v rozvoji partnerského prístupu, nových spôsobov a štýlov interakcií s manažérmi, kolegami a ďalšími členmi tímu. Očakáva sa, že lekári budú participovať v manažmente a vedení na úrovni ich vzdelania a postupu a toto všetko si vyžaduje nové spôsoby komunikácie.

Realita je taká, že autorita a autonómia lekárov sa výrazne zmenili. Od lekárov sa teraz očakáva profesionalita a tiež stále narastajúce požiadavky na neklinické zručnosti a zodpo-

vednosti, na ktoré neboli pripravení, čo, pochopiteľne, spôsobuje problémy. Zvládanie nových metód práce bez potrebných zručností je kontraproduktívne a neefektívne. Stres v práci napokon vedie k horšej a nie lepšej starostlivosti o pacientov.

Je známe, že lekári sú v práci čoraz viac vystavení stresu. Multivariantné analýzy ukázali, že narastajúci stres bez naplnenia a spokojnosti v práci vedie k ochoreniam v oblasti mentálneho zdravia.

U lekárov je tiež vysoká incidencia alkoholizmu a vo Veľkej Británii bol počet suicidií u lekárov dvojnásobne vyšší ako národný priemer. V roku 2005 viac ako tri štvrtiny lekárov išlo do predčasného dôchodku. Výskum ukázal, že nesprávna komunikácia môže viesť k syndrómu vyhorenia u lekárov, k nespokojnosti pacientov, zlej compliance a nárastu medicínsko-právnych problémov. Z uvedeného vyplýva urgentná potreba zlepšiť komunikačné zručnosti u lekárov.

Záver a odporúčania pre prax

Bez ohľadu na profesionálne zameranie je nevyhnutné zaviesť vzdelávanie v komunikácii na všetky stupne štúdia – od základných škôl cez stredné školy až po vysokoškolské vzdelávanie. Často záchrana ľudského života závisí nielen od schopností, vedomostí a zručností odborníkov (lekári, záchranári), ale aj náhodných okoloidúcich, ktorí svojím prístupom môžu byť kľúčovými v záchrane života.

Komunikácia je dôležitá nielen v profesionálnom živote, ale aj v medziľudských vzťahoch. Ak budú deti od malička vedené k úcte a rešpektu, budú prirodzene získavať základné komunikačné zručnosti, ktoré v ďalšom vzdelávaní môžu zlepšovať s prihliadnutím na profesionálne zameranie.

Bezpečnosť farmakoterapie pacienta a úloha klinického farmaceuta v zabezpečení optimálneho použitia liekov v špecifických oblastiach farmakoterapie

PharmDr. Anna Oleárová, PhD., MPH

V oblasti liečby liekmi (samoliečenie, nežiaduce účinky, kontraindikácie, interakcie, dávkovanie, edukácia, podpora adhe-

cie,...) sa pacienti môžu so svojimi otázkami obrátiť na farmaceutov, ktorí v drvivej väčšine pôsobia vo verejných lekárnach.

V prostredí nemocníc pôsobia farmaceuti buď v nemocničných lekárnach, alebo priamo na klinických pracoviskách. Úlohou nemocničných lekárníkov je predovšetkým zabezpečenie liekov pre pacientov a jednotlivé oddelenia nemocnice. Okrem nich v niektorých nemocniciach (ale aj vo verejných lekárnach) pôsobia aj klinickí farmaceuti. V rámci poskytovania klinicko-farmaceutickej starostlivosti spolupracujú s lekármi, sestrami a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi. Ich úlohou je:

- » *poskytovať komplexné informácie o liekoch,*
- » *monitorovať účinnosť a bezpečnosť liečby liekmi,*
- » *poskytovať konzultácie k rizikám liekov užívaných v gravidite a laktácii,*
- » *analyzovať liekové interakcie,*
- » *identifikovať a riešiť farmakoterapeutické problémy,*
- » *nahlasovať podozrenia na nežiaduce účinky,*
- » *edukovať pacientov a podporovať ich adhérenciu k liečbe,*
- » *v spolupráci s lekármi racionalizovať liekovú liečbu tak, aby sa maximalizovali jej prínosy a minimalizovali jej riziká.*

Záver a odporúčania pre prax

Pracovná skupina klinickej farmácie v súčasnosti pracuje na štandardných postupoch, po ich schválení bude potrebné ich zavedenie do bežnej klinickej praxe a kontrola ich dodržiavania. Ich cieľom je racionalizácia a bezpečné používanie liekov.

AMEBA – nástroj aktívnej online surveillance infekcií v nemocnici

MUDr. Mgr. Juliana Pašková, MPH

Inšpiráciou k vzniku spracovania mikrobiologických výsledkov nemocnice pomocou umelej inteligencie bola šíriaca sa dispozícia mikroorganizmov brániť sa antibiotickému tlaku spolu s aktuálnou nedostupnos-

ťou nových účinných antimikrobiálnych látok, čo prakticky znamená koniec éry tzv. „všemocných“ antibiotík.

Robot AMEBA má štyri základné funkcie: prehľad, notifikácie, vyšetrenia, štatistiky.

1. *Prehľad má v hlavičke údaje o počte protokolov, výsledkov, pacientov a ďalšie. Umožňuje základnú orientáciu vo výskyte multirezistentných baktérií a toxín produkujúcich klostrídií v celej nemocnici v prednastavenom časovom intervale posledných 14 dní (možné zmeniť v intervale 7-60). Súčasne prehľad poskytuje aktuálnu informáciu o spracovaných dávkach výsledkov z mikrobiologického laboratória.*
2. *Notifikácie ukazujú všetky e-mailové správy, ktoré robot odoslal na notifikačný e-mail podľa prednastavených filtrov (napr. mikroorganizmus, rezistencia, klinika, biologický materiál,...). Umožňujú aktívne vyhľadávanie nozokomiálnych nákaz podľa typov (napr. infekcie v mieste chirurgického výkonu notifikovaním mikrobiologických výsledkov podľa biologického materiálu – ster z rany, drén, tekutina a pod.). Samozrejmosťou je možná zmena nastavenia a optimalizácia notifikačných filtrov, či zmena notifikačnej e-mailovej adresy. Vyšetrenia zobrazujú prehľad všetkých mikrobiologických výsledkov z celej nemocnice podľa zvoleného časového intervalu, s možnosťou filtrovania podľa oddelenia, biologického materiálu, patogénu či lekára, ktorý o vyšetrenie žiada.*
3. *Prehľad vyšetrení pacienta obsahuje aj stĺpec nozokomiálne nákazy, kde sa pri potvrdení, že sa jedná o nozokomiálnu nákazu zobrazí predvyplnený formulár hlásenia, do ktorého sa automaticky natiahnu aj mikrobiologické výsledky a po prepojení s e-health by bolo možné na 3 „kliky“ hlásiť nozokomiálnu nákazu.*
4. *Štatistiky sú graficky koncipované ako signalizačný systém – farebná sýtosť stúpa s počtom prípadov. V tomto module je dostupný výskyt multirezistentných kmeňov a toxín produkujúcich klostrídií podľa klinik/oddelení, počtu vyšetrení, počtu pacientov, funkcia „patogén na oddelení“ a štatistiky rezistencie, či citlivosti na antibiotiká. Pri výskyte viacerých patogénov u jedného pacienta robot ponúkne tzv. maticu prieniku citlivostí na ATB.*

Záver a odporúčania pre prax

Robot AMEBA sa javí ako efektívny nástroj aktívnej surveillance nozokomiálnych nákaz. Spracúva tok informácií z mikrobiologického laboratória do nemocnice v režime on-line a poskytuje potrebné výstupy nemocničným epidemiológom, klinickým farmakológom, infektológom, či ďalším lekárom zainteresovaným do práce nozokomiálneho tímu v user-friendly interface. V zdravotníckom zariadení umožňuje začať realizovať okamžitú protiepidemickú intervenciu bezprostredne po exportovaní výsledkov z mikrobiologického laboratória.

Predvypíňané hlásenia nozokomiálnych nákaz (na rozdiel od informačných systémov nemocníc aj s mikrobiologickými výsledkami) odbremeňujú klinických lekárov od administratívnej záťaže. Táto skutočnosť by mohla priniesť postupné zrealnenie štatistik hlásených nozokomiálnych nákaz.

Odporúčame rozšírenie umelej inteligencie AMEBA na aktívnu online surveillance nozokomiálnych nákaz do zdravotníckych zariadení SR tak, aby boli dostupné, spracovateľné a porovnateľné čo najrepresentatívnejšie dáta na celoštátnej úrovni. Budúcnosť plne automatizovaných hlásení nozokomiálnych nákaz bude závislá od prepojenia jednotlivých informačných systémov v zdravotníctve (e-health, EPIS,...).

Sledovanie radiačných dávok pacienta na Slovensku

Ing. Dušan Šalát

Sledovanie histórie ožiarenia pacientov z medicínskych aplikácií a hodnotenie dodržiavania diagnostických referenčných úrovní je spôsob, ako v praxi uplatňovať základné princípy radiačnej ochrany, a tým zvýšiť nielen bezpečnosť pacienta, ale aj optimalizovať vynakladané finančné prostriedky pri vykonávaní neodôvodnených rádiologických vyšetreniach.

Záver a odporúčania pre prax

V súčasnosti je automatizované sledovanie ožiarenia pacientov realizované pri cca 80 % rádiologických vyšetreniach na Slovensku, čo je už veľká kohorta pacientov, kde by bolo potrebné, najmä u extrémne

ožiarovaných pacientov a takej kritickej skupine ako sú deti, realizovať analýzu možného genetického poškodenia pomocou vhodných cytogenetických laboratórnych vyšetrovacích metód. Takéto výsledky vedeckej štúdie by napomohli indikujúcim lekárom pri správnom odôvodňovaní lekárskeho ožiarenia. Žiaľ, toto ešte našim lekárom a v konečnom dôsledku pacientom dlhujeme.

Diagnosticko-terapeutický štandard fyzioterapie: Detská mozgová obrna – hemiparetická forma

PhDr. Nina Sládeková, PhD., doc. PhDr. Elena Žiaková, PhD.

Fyzioterapeut s odbornou spôsobilosťou na výkon odborných pracovných činností:

- » *vykonáva samostatne fyzioterapeutické vyšetrenie a kineziologické vyšetrenie neuromuskulárneho systému,*
- » *vykonáva fyzioterapeutické vyšetrenia v pracovnej, psychosociálnej, výchovnej a preventívnej oblasti,*
- » *na základe vyšetrení stanoví rozsah funkčného poškodenia a zhodnotí dopad na poruchu funkcie, určí druh a charakter vzniknutej dysfunkcie, ktorá aktuálne dominuje v klinickom obraze a následne optimalizuje postupy fyzioterapie,*
- » *fyzioterapeut so špecializačným odborom fyzioterapia porúch psychomotorického vývoja a fyzioterapeut s odbornou spôsobilosťou na výkon certifikovanej pracovnej činnosti reflexná terapia podľa Vojtu je odborne spôsobilý vykonávať certifikované pracovné činnosti podľa náplne absolvovanej činnosti – fyzioterapeutické vyšetrenie v rámci vývojovej kineziológie, zhodnotenie centrálnej koordinačnej poruchy a dysfunkcie s následným stanovením fyzioterapeutických postupov.*

Terapia musí byť:

- » *včas, (u ohrozených detí od narodenia, po diferenciálnej diagnostike pediatrom, neurológom),*
- » *intenzívna,*
- » *kontinuálna.*

Fyzioterapeut zostavuje terapeutický postup cielený na zlepšenie zostatkových motorických funkcií na aktiváciu kompenzačných mechanizmov pre zlepšenie hybnosti dieťaťa. Komplexná fyzioterapia pri detskej mozgovej obrne zahŕňa zložky kinezioterapie, ergoterapie, alternatívnych liečebných metód a prostriedkov fyzikálnej terapie.

Záver a odporúčania pre prax

Fyzioterapeut po včasnej identifikácii začínajúcich porúch hybnosti a postury v psychomotorickom vývoji dieťaťa a následne včasnou cielenou fyzioterapiou u ohrozených detí do 1 roka života minimalizuje rozvoj vzniku funkčných porúch a rozvoj vzniku detskej mozgovej obrny.

Pacientom s DMO – hemiparetickou formou sa nikdy nevráti plné zdravie, ale dá sa im prostredníctvom vhodne zvolenej fyzioterapie zlepšiť funkčná schopnosť hornej a dolnej končatiny. Dôležité je pravidelné absolvovanie fyzioterapie na minimalizovanie priamych a nepriamych následkov dlhodobého či trvalého zdravotného poškodenia, ako aj nadobudnutie sebestačnosti pacienta a jeho opätovné zaradenie do spoločnosti pri dosiahnutí čo najvyššej kvality života.

Psychosociálna rehabilitácia u ľudí so závažnou duševnou poruchou

Mgr. Zuzana Yakhyaev, PhD., PaedDr. Erika Kováčsová, PhD.

Závažná duševná porucha ZDP (serious mental illness SMI; serious mental disorder SMD) je duševná, behaviorálna alebo emocionálna porucha, ktorá vedie k vážnemu funkčnému poškodeniu, ktoré narúša alebo obmedzuje jednu alebo viac významných životných oblastí (The National Institute of Mental Health Information Resource Center, 2019).

Aplikovanie psychosociálnej rehabilitácie u osôb so závažnou duševnou poruchou zlepšuje prognózu ochorenia a významne podporuje proces obnovy duševného zdravia. Cieľom navrhovaných štandardných diagnostických a terapeutických postupov je zabezpečiť poskytovanie optimálnej (vychádzajúcej zo súčasného vedeckého poznania)

zdravotnej starostlivosti v oblasti psychosociálnej rehabilitácie ľuďom so závažnou duševnou poruchou.

V súlade s praxou založenou na dôkazoch sa v západných krajinách presúvajú služby psychosociálnej rehabilitácie z ústavného do komunitného prostredia. Existujú presvedčivé dôkazy (Malone, 2007; Cleary et al., 2008; Coldwell, Bender, 2007; Drake, O'Neal, Wallych, 2008; Nelson et al., 2007, NICE, 2009) o tom, že liečba multidisciplinárnym tímom v komunitnom prostredí zníži pravdepodobnosť epizód hospitalizácie o približne 20 percent a zvýši spokojnosť pacientov (DGPPN, 2013). Z pohľadu dlhodobej liečby pacientov so ZDP ide o cost-efektívne opatrenie.

V súlade s koncepciou psychiatrie (z 1. júla 2006) je potrebné podporiť vytváranie komunitných centier duševného zdravia a denných psychiatrických stacionárov (neústavných) a tomu prispôsobiť aj normatívny minimálnej verejnej siete ambulancie zdravotnej starostlivosti ako aj normatívny minimálneho personálneho a materiálno-technického vybavenia zdravotníckych zariadení (doplnenie minimálneho vybavenia pre ambulancie komunitné centrá).

Psychosociálnu rehabilitáciu pacientovi so ZDP navrhuje, či odporúča psychiater, zdravotná sestra, psychológ, liečebný pedagóg, ako aj sám pacient. Indikuje ju ošetrojúci psychiater, neuropsychiater.

Moderná psychosociálna rehabilitácia si vyžaduje interdisciplinárnu spoluprácu tímu. Mali by byť preto zriadené multidisciplinárne tímy psychiatrickej starostlivosti na liečbu ľudí so závažným duševným ochorením. Do multidisciplinárneho tímu patrí psychiater, klinický psychológ, liečebný pedagóg, zdravotná sestra, prípadne fyzioterapeut, či ďalší zdravotnícki pracovníci a dobrovoľní pracovníci v zdravotníctve.

Obnova duševného zdravia u ľudí so ZDP vyžaduje, aby všetci pracovníci duševného zdravia prijali aktívny prístup, ktorý sa zameriava na autonómiu rozhodovania pacientov vo všetkých osobných rozhodnutiach vrátane voľby nastavenia liečby, kľúčového pracovníka (case-manažér), prostriedkov liečby a rehabilitácie (v súlade s Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness, DGPPN, 2013).

Navrhované štandardné diagnostické postupy:

- » *Diagnostika funkčnosti*
 - » *MKF (ICF)*
 - » *WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*
 - » *GAF (Global Assessment of Functioning)*
 - » *Sheehan Disability Scale (SDS)*
 - » *Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)*
- » *Skriningové vyšetrenie kognitívnych funkcií*
 - » *MMSE (Mini-Mental State Examination)*
- » *Diagnostika kvality rodinného a komunitného zázemia v zmysle reziliencie a vulnerability*
 - » *Lubben Social Network Scale (LSNS)*
- » *Diagnostika úrovne zvládania životných situácií*
 - » *PCI Proactive coping inventory*
- » *Plánovanie intervencie v spolupráci s pacientom*

Navrhované štandardné terapeutické postupy:

- » *Intervenčný proces v psychosociálnej rehabilitácii – cielené plánovanie, osvojovanie a používanie nových zručností, koordinácia a modifikácia zdrojov*
- » *Preterapia – nadviazanie kontaktu, správanie, rehabilitácia pri ťažkých funkčných poruchách*
- » *Tréning sociálnych zručností*
- » *Psychoedukácia*
- » *Kognitívny tréning a tréning pamäti*
- » *Aktivizácia sociálnej role v komunite*
- » *Umelecké terapie (biblioterapia, arteterapia, dramaterapia, muzikoterapia, tanečná terapia).*
- » *Ergoterapia – podpora zamestnania*
- » *Športová a pohybová terapia*
- » *Nácvik zvládania stresu, relaxácia*
- » *Case-manažment – spoluorganizácia a plánovanie liečby, optimalizácia služieb a zdrojov pacienta*
- » *Rodinná intervencia – psychoedukácia, podporná psychoterapia, rodinná terapia, poradenstvo, párová terapia, skupi-*

nová terapia rodinných príslušníkov, terapeutické komunity

Závery a odporúčania pre prax

- » *Legislatívne rozšírenie a v naplnenie siete špecialistov, predovšetkým liečebných pedagógov a klinických psychológov, ktorí umožňujú zabezpečiť interdisciplinárnu tímovú psychiatrickú komunitnú starostlivosť a v rámci nej jednotlivé intervencie psychosociálnej rehabilitácie.*
- » *Služby psychosociálnej rehabilitácie postupne presúvať z ústavného do komunitného prostredia. Podporiť vznik profesionálnych multidisciplinárnych tímov ambulantnej psychiatrickej starostlivosti o ľudí so závažným duševným ochorením v komunite.*
- » *Zabezpečiť financovanie výkonov psychosociálnej rehabilitácie:*
 - » *Zaviesť a navýšiť platby za zdravotné výkony psychosociálnej rehabilitácie.*
 - » *Všetky štandardné terapeutické postupy uvedené v štandarde sú zdravotnými výkonmi a mali by byť hradené ZP.*
 - » *V dostatočnej miere sú financované výkony umožňujúce interdisciplinárnu tímovú psychiatrickú komunitnú starostlivosť, predovšetkým intervízia, supervízia a terénna intervencia.*
- » *Zabezpečiť case-management pre optimalizáciu služieb a zdrojov pacienta so ZDP.*
- » *Rodinným príslušníkom poskytnúť možnosť podpornej intervencie (psychoterapie a psychoedukácie k téme duševných porúch) hradenej zdravotnou poisťovňou.*
- » *Vznik komunitných centier duševného zdravia, poskytujúcich špecializovanú komunitnú ambulantnú zdravotnú starostlivosť, ktorú zabezpečujú multidisciplinárne tímy odborníkov. Minimálne jedno centrum v každom kraji.*
- » *Legislatívna úprava zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, kde je potrebné doplniť k Medzinárodnej klasifikácii MKCH aj Medzinárodnú klasifikáciu funkčnej zdatnosti, dizability a zdravia MKF (ICF International Classification of Functioning, Disability and Health).*
- » *Pre zvýšenie kompetencií v oblasti psychosociálnej rehabilitácie umožniť zdra-*

votníckym pracovníkom absolvovanie Certifikačného študijného programu v Certifikovanej pracovnej činnosti (CPC) psychosociálna rehabilitácia (zastrešuje Slovenská zdravotnícka univerzita).

- » *V rámci zdravotníckeho zariadenia podporovať vznik terapeutických komunit pacientov.*

Zaradenie pacienta na čakaciu listinu na transplantáciu obličky

doc. MUDr. Zuzana Žilinská, PhD., MPH, MHA

Posúdenie spôsobilosti pacienta na transplantáciu obličky na Slovensku sa opiera o Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky z roku 2010, ktorým sa upravuje alokácia odobratých orgánov na transplantačné účely, algoritmus výberu príjemcu orgánu a zaraďovanie pacientov na čakaciu listinu na transplantácie. Pracovná skupina transplantačných expertov z celého sveta na základe dát získaných do júla 2018 vypracovala odporúčenia KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney

Transplantation, ktorých oficiálne zverejnenie sa očakáva na prelome rokov 2019 a 2020. Ambíciou pracovnej skupiny pre vytvorenie ŠDTP pre Zaradenie pacienta na čakaciu listinu na transplantáciu obličky je adaptovať tieto odporúčania pre použitie na Slovensku.

Závery a odporúčania pre prax

Očakávaný prínos ŠDTP pre Zaradenie pacientov na čakaciu listinu na transplantáciu obličky:

1. *Zjednotenie postupu v rámci všetkých transplantačných centier a dialyzačných stredísk.*
2. *Odstránenie prekonaných prekážok k zaradeniu na čakaciu listinu.*
3. *Vytvorenie lôžok pre urýchlenie diagnostiky a skrátenie zaradenia na čakaciu listinu.*
4. *Zefektívnenie interdisciplinárnej spolupráce.*
5. *Zvýšenie záujmu pacientov o liečbu transplantáciou obličky.*
6. *Jasné pravidlá pre ZP a podporný mechanizmus z ich strany.*
7. *Zvýšenie počtu čakateľov na transplantáciu obličky.*





Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe

Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu a Európskeho fondu regionálneho rozvoja v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.

www.employment.gov.sk | www.esf.gov.sk

