

Organizace ATBS v nemocnicích

- Chybí legislativní ukotvení antibiotických středisek.
- Konzultant ATB léčby by měl být dostupný ve všech zařízeních, která poskytují akutní lůžkovou péči.
- Zdravotní pojišťovny by měly kontrolovat a hradit vybraná ATB v režimu „schvaluje lékař ATB centra“ pouze na základě jeho průkazného schválení.
- Zdravotní pojišťovny by měly podmínit úhradu antibiotické léčby existencí funkčního ATBS programu v nemocnici.
- Existence programu ATBS by měla být jednou z podmínek akreditace nemocnic.

Stanovisko panelu

Panel se jednoznačně shodl na nutnosti komplexního mezioborového přístupu a vytvoření systémových nástrojů, které umožní efektivní řízení kvality a prosazení racionální antibiotické politiky v nemocnicích České republiky. Na základě proběhlé diskuze formuloval panel stanoviska, která považuje za klíčová pro systematickou implementaci principů ATBS a která odrážejí konsenzus členů panelu. Teze panelu neobsahují hodnocení kvality ani síly důkazů problematiky ATBS, ale mají sloužit jako podnět ke vzniku systémového rámce pro zavedení ATBS v ČR. Panel formuluje svá stanoviska k vybraným doménám problematiky ATBS zde:

Vznik národního doporučení k ATBS

- Vypracovat mezioborové doporučení, které stanoví základní zásady ATBS v kontextu českého zdravotnictví, nejlépe v některém z formátů NIKEZ.
- Národní doporučení by mělo vycházet z mezinárodních standardů a doporučení (CDC, ECDC, ESAC) a přizpůsobeno lokálním podmínkám (tzv. adolopoment).

Zajištění legislativního a institucionálního rámce pro ATBS

- Legislativně na systémové úrovni definovat pojem ATBS, jeho součástí a cílů v systému zdravotní péče ČR.
- Zakotvit povinnost ATBS programů v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči.
- Vytvořit rámec pro složení ATBS týmů přiměřeně k typu a velikosti nemocnice; ve větších zařízeních zajistit plnohodnotný multidisciplinární tým (např. klinický lékař, infektolog, mikrobiolog, klinický farmaceut).

Zavedení nástrojů pravidelného přehodnocení antibiotické léčby

- Implementovat průkazné přehodnocení antibiotické léčby po 48–72 hodinách.
- Zajistit, aby IS nemocnic umožňovaly dokumentaci a editaci antibiotické léčby.

Standardizace délky a deeskalace antibiotické léčby

- Vytvořit protokoly k určení minimálně účinné délky léčby ATB.
- Zajistit systémovou implementaci pravidel pro deeskalaci a perorální konverzi léčby ATB, včetně pravidel pro profylaktické podávání ATB.

Zavedení indikátorů kvality antibiotické péče

- Definovat měřitelné a auditovatelné indikátory kvality, které budou součástí výše navrhovaného doporučeného postupu.
- Integrovat indikátory kvality správného podávání ATB do nemocničních IS.

Využití biochemických markerů v klinickém rozhodování

- Preferovat použití biomarkerů (PCT v kombinaci s dalšími markery) jako podpory při zahájení, hodnocení účinnosti a ukončování antibiotické léčby.
- Zajistit nepřetržitou (24/7) dostupnost vybraných biomarkerů v rámci nemocniční laboratorní infrastruktury.

Zvýšení úrovně vzdělávání v oblasti ATBS

- Zavést výuku základních principů ATBS do pregraduálního a postgraduálního vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických profesí.
- Integrovat téma ATBS do celoživotního vzdělávání a akreditovaných vzdělávacích programů.
- Podporovat aktivní zapojení klinických farmaceutů do rozhodovacích procesů při preskripci antibiotické léčby.
- Využívat digitální nástroje a umělou inteligenci jako podporu klinického rozhodování v oblasti antibiotické léčby.

Úhradové a motivační mechanismy

- Vázat úhradu léčby ATB na existenci funkčního ATBS programu v nemocnici.
- Zohlednit v přiměřené míře náklady na specifické biomarkery nezbytné pro rozhodovací procesy při zahájení a ukončování ATB léčby.

Diskuze

Diskuze mezioborového panelu potvrdila, že zásady ATBS nejsou v nemocniční péči v České republice implementovány systematicky ani jednotně. Přestože jsou k dispozici mezinárodní doporučení renomovaných institucí, jako jsou CDC, ECDC nebo ESAC, jejich využití v praxi českého zdravotnictví je omezené a nekoordinované. Panel se shodl, že jedním z hlavních problémů je absence národního rámce pro ATBS – ať už ve formě respektovaného doporučeného postupu, legislativního zakotvení, nebo definovaných indikátorů kvality péče. V úvodu diskuze zazněly zkušenosti z různých klinických prostředí, přičemž se ukázalo, že přístup k antibiotické léčbě je mezi nemocnicemi výrazně variabilní. Tato variabilita se projevuje nejen v samotné indikaci ATB, ale také v délce jejich podávání, úrovni deeskalace léčby, dostupnosti odborných konzultací, využívání diagnostických metod a implementaci rozhodovacích algoritmů. Panel konstatoval, že v řadě případů přetrvává empirie na úkor racionálního a důkazy podloženého přístupu. Jedním z hlavních diskutovaných témat byla indikace a dokumentace antibiotické léčby. Shodně zaznělo, že ATB mají být indikována na základě klinického posouzení a mikrobiologických nálezů, nikoli pouze podle izolovaného laboratorního výsledku. Každá preskripce by měla být řádně zdokumentována včetně údajů o detekovaných MDR patogenech a o antibiotickém dekurzu. V současnosti však většina nemocničních informačních systémů neumožňuje efektivní sledování