

Jak digitalizovat zdravotní a sociální služby

Digitalizovaná péče ve zdravotnictví nemůže nahradit služby poskytované lidmi. Ale může a bude je zkvalitňovat, racionalizovat a zefektivňovat

Miloš Táborský, Jiří Horecký
spolupracovníci redakce

V uplynulém desetiletí se o digitalizaci často mluvilo v souvislosti s Průmyslem 4.0, digitálním vzděláváním, umělou inteligencí či se zdravotnictvím. Pandemie covidu-19 urychlila posun k ní v podstatě ve všech odvětvích včetně zdravotních a sociálních služeb, například v telemedicině (TM), telemetrii, sdílení a práci s daty, konceptu digitálního pacienta, robotizaci péče či ve využívání umělé inteligence.

V uplynulém roce rezonovalo v české společnosti zavedení telemedicíny do klinické praxe a její dostupnost pro většinu chronických pacientů. V průzkumu zaměřeném na povědomí o TM však mělo jen 13 procent dotazovaných hrubou představu, co jim tato zdravotní péče může přinést nad rámec standardních služeb definovaných ze zákona.

Telemedicina má řadu definic, nejčastější je uváděna možnost dálkového monitorování fyziologických parametrů pacienta s cílem optimalizace diagnostiky a léčby již známého onemocnění. Průzkum však ukázal, že respondenti vnímají TM zúženě ve smyslu telekonzultace pacienta s lékařem, videochatu či žádosti o zaslání e-receptu, popřípadě e-neschopenky.

Telemedicina je však komplexnější a uvedená skutečnost jsou pouze okrajovým problémem systémové digitalizace medicíny v návaznosti na tu část státní správy, kterou stále nemáme. Proto se pro TM stále častěji používá definice pro digitální medicínu. Neexistuje sice oficiální instituce, která by koordinovala aktivity hráčů v TM, ale pozitivní je, že při ministerstvu zdravotnictví (MZ) vznikla pracovní skupina k telemedicině.

Ta nabízí dialog všech klíčových subjektů - MZ, Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) a Svazu zdravotních pojišťoven (SZP), odborných společností, patientských organizací, IT specialistů, právníků, odborníků ze sociální sféry a řady dalších subjektů. Jejím cílem je zavést TM do klinické praxe pro jasně definované skupiny diagnóz s transparentním úhradovým mechanismem.

Klinická praxe

V současnosti je v Česku minimálně deset silných skupin, které bez ohledu na praktickou absenci úhrad (s výjimkou dočasných kódů pro konzultace v době pandemie) provádějí telemedicínu pro své pacienty. A kvalitní TM dělají nejen velké nemocnice, jako jsou fakultní či IKEM, ale i okresní, například v Mladé Boleslavi. Dalšími významnými hráči jsou privátní provozovatelé zdravotní péče, třeba EUC skupina nebo AGEL.

Na systému však parazituje řada „predátorů“, kteří se agresivním marketingem snaží na sebe upozornit, že jsou významnými provozovateli telemedicínských služeb. Zpočátku zdarma, později se za peníze pokoušejí v pacientech hledajících zdravotní péči vyvolat dojem, že najdou odborníka, který se jim bude věnovat. Naštěstí se daří tyto „šmejdý“ definovat a odkazovat do příslušné roviny.

Klíčovými subjekty pro zavedení TM do praxe jsou plátcí zdravotní péče. Dobrou zprávou je, že se předběžně dohodla vedení VZP ČR a SZP na společné platformě pro telemedicínské sledování pacientů. Z mnoha systémů, softwarových řešení a nejednotných výstupů je k dispozici jedna, která bude generovat data pro pacienty, provozovatele zdravotní péče i pro plátce. Tento transparentní postup je v zájmu všech stran

a povede také ke korektním úhradovým mechanismům.

Další společnou ambicí je vznik Národního registru pacientů využívajícího telemedicínské služby ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky a MZ. Tato data jsou nesmírně cenná a byli bychom první zemí, která by o nich měla přehled. Zhruba třetina pacientů propuštěných z nemocnic potřebuje také sociální služby v místě bydliště, aby co nejdéle byli v prostředí, na něž jsou zvyklí, a tím se zabránilo jejich dalším hospitalizacím. Proto je třeba propojit klinickou medicínu s telemedicínskými prvky a sociální služby, což efektivní digitalizace medicíny umožňuje.

Je otázkou, zda současné vedení MZ bude sdílet stejný směr a preferovat digitalizaci, jak tomu bylo dříve. Ministr Vlastimil Válek by však jako otec-zakladatel systémové digitalizace zobrazovacích metod mohl tyto aktivity považovat za klíčové.

Tři hlavní skupiny

Současnou digitalizaci sociálních služeb lze rozdělit do tří hlavních skupin. První je digitální komunikace, druhou využívání technologií pro vyšší bezpečí klientů a třetí robotizace péče. Součástí sociálních služeb je ale i zdravotní, respektive lékařská péče, tedy i TM má místo například v domovech pro seniory.

Digitalizaci sociálních služeb také urychlila pandemie covidu-19. Pracovníci sociální prevence i odborní poradci začali poskytovat sociální poradenství či krizovou intervenci dálkově a tento trend pokračuje. V pobytových sociálních službách, zejména v domovech pro seniory, se digitální komunikací čelilo omezení pohybu klientů. Česko drží s celkovým počtem 136 dnů nemožnosti návštěv



pro seniory, a to i v Česku, například robot Pepa.

Tito roboti však umějí (zatím) pouze po vzoru digitální asistentky Siri komunikovat se svým okolím. Jejich potenciál spočívá v nahrání jim do paměti biografického příběhu klienta. Pokud si lidé trpící demencí (v nějakém jejím stadiu) vybavují vzpomínky uložené v dlouhodobé paměti, tedy všechny z mládí či zaměstnání, pak se mohou jejich základní biografická data nahrát do robota, který bude na minulost reagovat. Zároveň je může i „validačními technikami“ zklidnit nebo odradit například od ranního odchodu do práce.

Existují již (zejména v Asii) pilotní projekty zaměřené na další vývoj robotizace péče, tedy roboti, kteří asistují nebo vykonávají aktivity, jako jsou polohování, přenášení, česání či hygiena seniorů. Bude však ještě nějakou dobu trvat, než se stanou plnohodnotnými spolupracovníky pečovatелů, a následně, než budou finančně dostupní ve většině zemí.

Bude také třeba diskutovat o připravenosti myšlení lidí na tuto změnu. Pokud bude robot běžnou součástí života, například již ve školce, škole, na univerzitě či v zaměstnání, pak nebude problém svěřit se mu do (sociální) péče. Senioři, kteří tuto zkušenost nebudou mít, mohou mít s jeho přijetím jako součásti „pečovatelského týmu“ vážný problém.

Digitalizace rychle postupuje ve všech segmentech, proniká do zdravotnictví, sociálních služeb, školství či průmyslu. Existuje řada projektů, přístupů, nápadů, aktivit, ale i zájmů. Právě tato „digitální revoluce“ vedla ke vzniku Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotních a sociálních služeb ČR.

Představuje odbornou platformu poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, zástupců průmyslu ve zdravotnictví, IT firem i předních českých expertů a odborníků. V jejich výběrech a expertních skupinách se aktuálně diskutuje nejen o přínosech digitalizace, ale i o jejích rizicích či bariérách. Nemůže totiž nahradit zdravotní ani sociální péči, respektive služby poskytované lidmi. Může a bude je však zkvalitňovat, racionalizovat a zefektivňovat. ●

Miloš Táborský, přednosta I. interní kardiologické kliniky Fakultní nemocnice a Univerzity Palackého v Olomouci a předseda Lékařského výboru Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví

Jiří Horecký, prezident Unie zaměstnavatelských svazů ČR, předseda Správní rady Aliance pro telemedicínu a digitalizaci zdravotnictví

evropské prvenství. Přirozený sociální kontakt byl rychle nahrazen digitálním.

Druhou skupinou jsou technologie, například čidla, lokátory, dohledové či monitorovací systémy. Značně se posunuly třeba služby takzvané tísňové péče. V nich se už nepoužívá malý přístroj s jedním tlačítkem, který byl spojen s telefonem a zavolal pomoc, ale chytré hodinky, jež kromě zavolání o pomoc umějí řadu dalších věcí.

Upadne-li klient, samy pád detekují a volají pomoc, mohou ho hlídat ve vymezené lokalitě, a pokud třeba trpí demencí a opustí dům, ulici či čtvrt, spustí alarm. Hodinky, případně čidla v domácnosti monitorují nejen seniory, ale i jejich denní aktivity, režim nebo zvyklosti, a pokud se něco změní, upozorní monitorovací centrum, které prověří, zda se například nezhoršil zdravotní stav seniora.

Technologie se používají i v pobytových sociálních službách, v čemž je v Evropě v čele zejména Nizozemsko. Například systémy monitorující aktivity, pohyb klienta po pokoji či na lůžku nebo chytré hodinky/náramky, které

mu otvírají dveře a přístup do místností, prostor a současně informují, že člověk trpící například demencí opustil areál. To přináší řadu etických dilemat a diskusí.

Ve stadiu vývoje či pilotních projektů jsou takzvaná chytrá lůžka vybavená čidly, jež monitorují například jejich opuštění či noční neklid, malí roboti upozorňující seniory, že si mají vzít léky, jsou vybavení alarmem a reportováním nebo inkontinenční pomůcky s čipem indukujícím výměnu. Tyto nové technologie a inovace zvyšují bezpečí seniora, racionalizují péči, zkvalitňují služby, pomáhají zaměstnancům i umožňují déle zůstat v domácím, přirozeném prostředí.

Roboti

Robotizace péče je teprve na počátku a v tuto chvíli roboti nahrazují nebo spíše doplňují sociální kontakt. Tento trend začal u robotických domácích mazlíčků nebo u tuleně Paro, který byl vyvinut v roce 1993 pro seniory trpící demencí. Dalším vývojovým stadiem jsou roboti jako na letištích nebo v recepcích hotelů, kteří se postupně dostávají do domovů