

Nazwa dokumentu	Numer dokumentu	Typ dokumentu
Protokół wytworzenia adekwatnego dostępu naczyniowego dla pacjenta hemodializowanego	PL_07_01_02	Procedura
Sporządził/zweryfikował	Data wydania	Data wejścia w życie
M.Serwańska – Świętek, Sz. Brzóska	09.04.2024	16.04.2024
Właściciel dokumentu	Własność	Wersja dokumentu
Dyrektor ds. Polityk i Procedur	Da Vita Polska	001
Zatwierdził	Zatwierdzenie uzyskane od	Data zatwierdzenia
Dyrektor Medyczny	Szymon Brzóska Digitally signed by Szymon Brzóska Date: 2024.04.09 15:23:49 +02'00'	Sz.Brzóska 09.04.2024

Cel: standaryzacja postępowania klinicznego związanego z dostępem naczyniowym pacjenta wymagającego leczenia dializami.

Grupa docelowa: Pacjenci przygotowujący do terapii nerkozastępczej w Poradniach Nefrologicznych oraz pacjenci rozpoczynający leczenie hemodializami w Stacjach Dializ DaVita.

Zakres obowiązywania: Protokół obowiązuje lekarzy i pielęgniarki wykonujące świadczenia opieki zdrowotnej w Ośrodkach DaVita. Za prawidłową i terminową realizację postanowień Protokołu odpowiada Ordynator Stacji Dializ oraz wszyscy uczestnicy procesu.

Wykaz skrótów:

AVF- przetoka tętniczo- żylna

AVG- proteza tętniczo-żylna

CVC- centralny cewnik dializacyjny

ROD – Regionalny Dyrektor Operacyjny

Założenia ogólne

1. Zespół lekarski i pielęgniarski jest jednomyślny w zakresie rozumienia „złotego standardu” dostępu do dializ w zachowaniach, rozmowach i postępowaniu z pacjentami oraz ich rodzinami. Budowany jest pozytywny klimat, który promuje dostęp tętniczo-żylny w stacji dializ oraz wspiera angażowanie rodzin, chorych i całego zespołu w celu promowania dostępu tętniczo-żylnego i eliminacji cewników dializacyjnych jako stałego dostępu.
2. Liderzy ośrodka prowadzą lokalne szkolenia dla personelu, aby podnieść wiedzę i świadomość na temat znaczenia adekwatnego dostępu naczyniowego do dializoterapii.
3. Liderzy ośrodka są odpowiedzialni za procesy uruchomienia i prowadzenia szkoleń na temat dostępu naczyniowego pacjentów wg zasad platformy edukacyjnej DaVita.
4. W ośrodku są organizowane spotkania edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin ze wsparciem i udziałem regionalnych lub krajowych klinicznych/ medycznych pracowników DaVita.

5. W ośrodku jest ustalona współpraca z ośrodkami wytwarzającymi dostęp naczyniowy do dializ tak aby zapewnić adekwatne klinicznie postępowanie. Ścieżki konsultacji zewnętrznych i współpracy z ośrodkami dostępu naczyniowego do dializ są znane lekarzom i pielęgniarkom.
6. Wszyscy lekarze zatrudnieni w ośrodku dializ są zaangażowani w proces wytworzenia adekwatnego dostępu naczyniowego do dializ.
7. W ośrodku dializ jest powołany **koordynator ds. dostępu naczyniowego**, którego minimalnym zakresem zadań jest:
 - a) organizacja i nadzór nad **wprowadzeniem procesu kwartalnej oceny dostępu naczyniowego do dializ** (z wyznaczeniem aktualnej funkcji, ryzyk, powikłań, alternatyw planu postępowania)
 - b) wsparcie i organizacja terminowych **szkoleń pacjentów** przyjętych do leczenia w ośrodku dializ (platforma edukacyjna)
 - c) wsparcie i koordynacja **okresowych szkoleń dla pacjentów i ich rodzin/opiekunów** i na temat dostępu naczyniowego do dializ
 - d) nadzór i terminowa realizacja **ścieżki kwalifikacji do wytworzenia** adekwatnego dostępu naczyniowego do dializ
 - e) nadzór i koordynacja **procesu umówienia terminów konsultacji i/lub operacji** wytworzenia dostępu naczyniowego
 - f) nadzór i zadbanie **o terminowy proces konwersji z dostępu żylnego** (cewnik dializacyjny) na tętniczo-żylny pacjentów już dializowanych
 - g) identyfikacja **odstępstw od standardu procesu** i eskalacja problemów do lokalnego, regionalnego lub krajowego nadzoru klinicznego/ operacyjnego
8. Zespoły pielęgniarski i lekarski w ośrodku znają treść materiału edukacyjnego DaVita na temat dostępow naczyniowych (Program „BezCewnika”) oraz korzystają z niego według obowiązującej instrukcji (Instrukcja do platformy edukacyjnej).
9. Zespół edukuje pacjentów według zasad obowiązujących w DaVita.
10. Edukacja pacjenta, kluczowe elementy klicznych decyzji wokół strategii dostępu do dializ oraz kolejne kroki (konsultacje, terminy) ze ścieżki konwersji CVC do dostępu tętniczo-żylnego, ocena dostępu naczyniowego, powikłania są monitorowane i dokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Poradnia nefrologiczna/ predializa

11. Każdy pacjent leczony w poradni nefrologicznej DaVita, w ramach przygotowywania do terapii nerkozastępczej, odbywa edukację na temat:
 - I. dostępnych metod leczenia (transplantacja nerki, dializa otrzewnowa, hemodializa);
 - II. dostępów naczyniowych.
12. Zespół szkolący wyjaśnia pacjentowi oraz, jeśli zasadne, rodzinie pacjenta, według jakich etapów przebiega procedura wytworzenia optymalnego dla niego dostępu naczyniowego.
13. Pacjent, który planowany jest do leczenia metodą hemodializ powinien w odpowiednim czasie zostać skierowany do wytworzenia adekwatnego dostępu dializacyjnego.
14. Należy wskazać pacjentowi potencjalne placówki medyczne, w których można wykonać optymalny dla niego dostęp naczyniowy.
15. W razie potrzeby zespół ośrodka poradni pomaga ustalić termin konsultacji i/ lub hospitalizacji.

Postępowanie po przyjęciu pacjenta do stacji dializ

16. Każdy pacjent, który jest zakwalifikowany do programu przewlekłej dializoterapii w ośrodku DaVita w ciągu pierwszych 21 dni leczenia:
 - a. w ramach rozmowy wprowadzającej ma przekazaną informację o znaczeniu wytworzenia dostępu tętniczo-żylnego do dializ (optymalnie aby rozmowa odbywała się w obecności rodziny/ opiekuna)
 - b. ma zorganizowane i przeprowadzone szkolenie na temat dostępów naczyniowych do dializ – „Informacje ogólne o dostępie naczyniowym do hemodializ” (platforma edukacyjna, 3 części)
 - c. ma omówiony i przedyskutowany z nefrologiem życiowy plan schyłkowej niewydolności nerek oraz strategię wytworzenia adekwatnego dostępu naczyniowego (uwzględnione jest rokowanie, współchorobowość, kwestie anatomiczne ukł. naczyniowego – patrz punkt 16).
17. W terminie 1-60 dni od rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii pacjent z CVC zgodnie z ustaloną strategią dostępu do dializ, będzie miał wykonany zabieg operacyjny wytworzenia dostępu tętniczo-żylnego. Proces będzie monitorowany w oparciu o dedykowaną listę kontrolną konwersji CVC.
18. W sytuacji stwierdzenia barier anatomicznych – np. zwężenie spływu centralnego na skutek licznych CVC, pacjent będzie skonsultowany w celu wykonania

endowaskularnego zabiegu naprawczego jako przygotowania do wykonania dostępu tętniczo- żylnego.

19. W czasie 2-6 tygodni (14-42 dni) od wytworzenia dostępu tętniczo-żylnego pacjent będzie miał zapewnioną opiekę i nadzór nad procesami gojenia i dojrzewania dostępu tętniczo-żylnego. Chory otrzyma szkolenie i wsparcie w programie ćwiczeń wspomagającego dojrzewanie przetoki tętniczo-żylniej.
20. Sprawnie funkcjonujący cewnik permanentny nie odracza procesu konwersji CVC do dostępu tętniczo-żylnego.
21. Dojrzewanie przetoki tętniczo-żylniej jest monitorowane a nakłuwanie zaplanowane zgodnie z zasadami klinicznej praktyki (w tym zasada 6; *PL_PL_07_01 Pielęgnacja i dojrzewanie przetoki na naczyniach własnych (AVF) po jej wytworzeniu; PL_07_03 Nakłuwanie nowo wytworzonej przetoki tętniczo- żylniej*).
22. W sytuacji braku postępu dojrzewania przetoki tętniczo-żylniej, pomimo upływu 4 tygodni i programu ćwiczeń przetoki, należy wdrożyć diagnostykę/ umówić konsultację w celu ustalenia przyczyn i jej usunięcia.
23. CVC (jeśli funkcjonujący i bez powikłań infekcyjnych) jest planowany do usunięcia po 4 tygodniach nakłuwania AVF/AVG dwoma igłami (> 75% zabiegów zrealizowanych wg zlecenia) i po ocenie doświadczonej pielęgniarki.

Kwestie logistyczne i wsparcie organizacyjne

24. W przypadku konieczności wsparcia pacjenta w procesie organizacyjnym (transport do szpitala lub poradni chirurgicznej, umówienie dodatkowych badań obrazowych itp.), należy takowe zapewnić poprzez:
 - a) angażowanie rodziny/ wskazanej osobie do kontaktu
 - b) informacje i zaangażowanie Operacyjnego Dyrektora Regionalnego (ROD)
25. Należy zadbać o możliwość dopasowania terminu dializy do wyznaczonych terminów badań i konsultacji, jeśli zaisnieje taka potrzeba.
26. Jeśli lokalny szpital nie ma możliwości wytworzenia optymalnego dostępu naczyniowego pacjentowi, lub w opinii nefrologa proponowane postępowanie nie jest optymalne należy skonsultować to z innym ośrodkiem. Jeśli sytuacja tego wymaga proces należy skoordynować/ wesprzeć a pacjentowi/ jego rodzinie wskazać miejsca i umówione terminy.
27. W uzasadnionych przypadkach należy problem sygnalizować do ROD lub nadzoru klinicznego w celu uzyskania wsparcia logistycznego.

28. W przypadku braku zgody na wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej pacjent podpisuje druk „Odmowa zgody pacjenta na zaproponowaną metodę leczenia”

29. W przypadku stwierdzenia bezwzględnych przeciwwskazań lekarz odnotowuje je w dokumentacji medycznej pacjenta.

Historia dokumentu:

Data utworzenia / rewizji	Wersja	Główne zmiany	Utworzony / sprawdzony przez
08.04.2024	001	Wersja 001	M.Serwańska-Świątek, Sz.Brzóska, E.Kaczmarek