

Rekomendacje Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

„Ochrona zdrowia w czasie epidemii”

Aktualizacja

Odbyło się zdalne posiedzenie Rady Ekspertów, poświęcone zaktualizowaniu Rekomendacji Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta wydanych na posiedzeniu w dniu 22 kwietnia 2020 r. w temacie: „Ochrona zdrowia w czasie epidemii”. W związku z powyższym, uwzględniając obecny stan rozwoju epidemii, a także przewidywania co do II fali epidemii, Rada Ekspertów zauważa co następuje:

1. Realne pozostaje zagrożenie, że w okresie jesiennym nastąpi kolejny rzut epidemii.
 - 1.1. Postęp w proponowanej terapii dla pacjentów z COVID-19 jest zauważalny, jednakże w dalszym ciągu nie wypracowano narzędzia, poza dystansowaniem społecznym i środkami ochrony indywidualnej, które ograniczyłyby skalę zachorowań.
 - 1.2. Za takie narzędzie uznaje się szczepionkę, jeśli zostanie skutecznie opracowana. W tym kontekście należy podnieść zjawisko ruchu przeciwników szczepień jako potencjalnego zagrożenia zdrowia publicznego, a także rolę celebrytów, którzy swoimi opiniami niepopartymi wiedzą medyczną wpływają negatywnie na temat. Należy zatem inicjować działania zwracające uwagę na odpowiedzialność przekazów medialnych w odniesieniu do ich wpływu na zdrowie publiczne.
2. Konieczne jest zintensyfikowanie działań prowadzących do ponownego uruchomienia właściwych zachowań społecznych na jesieni.
 - 2.1. Nastąpiła zbyt duża liberalizacja w zakresie braku kontroli nad noszeniem maseczek w miejscach, w których wirus może się utrzymywać.
 - 2.2. Należy utrzymać obowiązek stosowania środków ochrony indywidualnej i dezynfekcji rąk (co najmniej w podmiotach leczniczych, obszarach handlowych i sklepach, środkach transportu).
 - 2.3. Niezbędna jest szeroko zakrojona działalność informacyjna skierowana do ogółu społeczeństwa z wyjaśnieniem konieczności stosowania ograniczeń, gdyż tylko zrozumienie i powszechna akceptacja pozwolą na ograniczenie poziomu zachorowań. Przekaz płynący ze strony władz publicznych musi być zrozumiały i konsekwentny, zarówno na szczeblu ogólnokrajowym jak i wojewódzkim.

3. Pacjenci z podejrzeniem zachorowania na COVID-19 otrzymali konkretną ścieżkę postępowania i zdefiniowane procedury. Natomiast błędy organizacyjne w zakresie odnalezienia się systemu opieki zdrowotnej wobec pacjentów, których istotnym problemem nie pozostawało zachorowanie na COVID-19, a choroba zasadnicza, zostały skorygowane tylko częściowo.

3.1 Organizacja pracy podmiotów leczniczych nadal utrudnia kontynuację terapii pacjentów przewlekle chorych. Dlatego działalność podmiotów leczniczych w wyższym niż dotychczas stopniu powinna zostać uzależniona od indywidualnej oceny zagrożenia w konkretnym podmiocie leczniczym, co pozwoli na większą elastyczność w zakresie podejmowanych decyzji terapeutycznych wobec pacjentów.

3.2 Sytuacje indywidualnych pacjentów nie są miarą funkcjonowania całego systemu, ale pozwalają na określenie, w którym miejscu system wymaga naprawy. Należy w związku z powyższym kontynuować przez organy władzy publicznej monitoring skarg i wniosków zgłaszanych w tym okresie.

4. W związku z możliwą drugą falą epidemii, powinna zostać przyjęta strategia przeciwepidemiczna, określająca różne scenariusze działania.

4.1 W szczególności istotnym jest projektowanie funkcjonowania poszczególnych podmiotów leczniczych w przypadku, gdy z powodu wykrycia zachorowania na COVID-19 część komórek organizacyjnych lub personelu zostanie objęta kwarantanną, celem uniknięcia paraliżu pracy całego podmiotu leczniczego, a także zamrożenia udzielania świadczeń z danej dziedziny w regionie.

4.2 Należy dążyć do sytuacji, w której personel medyczny przebywa jak najkrócej na kwarantannie m.in. poprzez sprawne selekcjonowanie i testowanie personelu w przypadku wystąpienia podejrzenia styczności z chorym, a w szczególności wprowadzenie jednolitych zasad postępowania przez organy epidemiologiczne z różnych lokalizacji.

4.3 Wdrożone dotychczas narzędzia e-zdrowia pozwoliły na sprawną reorganizację technik udzielania świadczeń zdrowotnych. Proponuje się wzmocnienie roli telemedycyny w systemie ochrony zdrowia poprzez dalsze popularyzowanie e- narzędzi wśród pacjentów i świadczeniodawców, a także poszukiwania rozwiązań technicznych umożliwiających porady na odległość, które jednocześnie wytwarzają wpisy w dokumentacji medycznej z zachowaniem zasad ochrony danych osobowych. Rozwiązania techniczne organizowane z uwagi na epidemię w pośpiechu, a co za tym idzie niesatysfakcjonujące technicznie, mogą zniechęcić zarówno personel, jak i pacjentów, a także niosą zagrożenie co do bezpieczeństwa danych osobowych, stąd ważna jest inicjująca rola państwa w zakresie propozycji nowych technologii.

4.4 Strategia musi dążyć do wytworzenie takiego systemu organizacyjnego, które pozwoli na zapewnienie bezpieczeństwa personelu i pacjentów. W związku z powyższym należy rozważyć określać stopień fizycznego otwarcia opieki ambulatoryjnej, gdyż z uwagi na sytuację epidemiologiczną nie będzie on taki jak w czasach przed epidemią. Preferowany schemat organizacyjny udzielania świadczeń powinien uwzględniać: rejestrację przygotowaną na zwiększone zapotrzebowanie pacjentów na kontakt na odległość, która powinna odbywać się elektronicznie lub telefonicznie; pierwsza porada co do zasady powinna być realizowana jako teleporada przez personel z odpowiednim doświadczeniem zawodowym i na jej podstawie podejmowane byłyby dalsze decyzje terapeutyczne, w tym o zaproszeniu do przychodni w przypadku każdego pacjenta którego stan zdrowia tego wymaga; wizyty osobiste pacjentów powinny być umówione na ściśle określoną godzinę celem izolacji.

4.5 Proponuje się finansowanie środków ochrony indywidualnej z rezerw państwowych, gdyż ograniczają zakażenie w trakcie kontaktu z pracownikiem ochrony zdrowia. Tym samym trudności w ich nabywaniu i możliwość ich ograniczonego stosowania przez pracowników podmiotów leczniczych wywoła skutek w postaci zwiększenia zakażeń i trudności w dostępności do świadczeń w regionie - w przypadku czasowego zawieszenia udzielenia świadczeń z uwagi na kwarantannę.

4.6 Należy opracować aktualne zasady dla funkcjonowania placówek opieki psychiatrycznej, czerpiąc z doświadczeń początku I fazy epidemii. Warto jest rozważyć naprzemienne konsultacje osobiste i telekonsultacje, a także zaplanować rotacje grup terapeutycznych celem zmniejszenia zagrożenia epidemiologicznego.

4.7 Trudna sytuacja osób starszych w czasie epidemii tj. osamotnienie, izolacja w sferze medycznej, społecznej, rodzinnej wymaga, aby w strategii zaadresowano dla tej grupy konkretne działania. Potrzebne jest wypracowanie nowych form dotarcia i opieki dla seniorów, szczególnie gdy ich opiekunowie mogą przebywać na kwarantannie lub izolacji z uwagi na COVID-19.

4.8 Koniecznym pozostaje określenie działań dla miejsc o szczególnym zagrożeniu rozprzestrzenia się epidemii z uwagi na ich organizację i potrzeby zdrowotne osób tam przebywających. Przykładem są domy opieki społecznej i domy opieki nad osobami starszymi – należy wprowadzić wzmożony nadzór sanitarny, ale również zachowanie izolacji w taki sposób, aby nie upośledzała ona jakości życia podopiecznych systemu. Integracja ochrony zdrowia i opieki społecznej stanowi istotne wyzwanie na przyszłość, nie tylko z powodu epidemii SARS-CoV-2.

5. Niezmiernie ważna jest koordynacja działań i bieżąca weryfikacja wydawanych zaleceń, poleceń, procedur w sytuacji zmiennej skali zagrożenia lokalnego i ogólnokrajowego.

5.1 Wydawane zalecenia powinny być na bieżąco aktualizowane i dostosowane do sytuacji epidemiologicznej kraju i regionu.

5.2 Zagrożenie epidemiologiczne o obserwowanej skali pokazuje konieczność pilnego finansowego i kadrowego wzmocnienia inspekcji sanitarnej oraz jej dalszego przemodelowania organizacyjnego.

5.3 Biorąc pod uwagę obecne struktury organizacyjne państwa, należy wykorzystać w większym stopniu potencjał konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny.