



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 27/2017 z dnia 17 lutego 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program
Polityki Zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń
nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u
osób pracujących na terenie województwa podlaskiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projektów programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie działań z zakresu profilaktyki zaburzeń nerwicowych. W ramach programu poza obszernymi działaniami edukacyjnymi planuje się także prowadzenie działań z zakresu telemedycyny, co niewątpliwie stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Projekt programu został przygotowany w sposób staranny i dokładny. Większość elementów programu nie budzi zastrzeżeń pod względem prawidłowości ich przygotowania.

W odniesieniu do poszczególnych części programu proszę zapoznać się z poniższymi uwagami:

- Cele programowe i mierniki efektywności pozostają ze sobą w spójności i zostały przygotowane poprawnie;
- Populacja docelowa została dobrana poprawnie. W projekcie pojawiają się jednak niespójności w odniesieniu do danych GUS oraz danych Naczelnej Izby Lekarskiej. Konieczne jest zatem wyjaśnienie zaistniałych rozbieżności;
- W zakresie zaplanowanych interwencji szczególną uwagę należy zwrócić na kwestie bezpieczeństwa związane z przekazywaniem dokumentacji medycznej pocztą mailową;
- Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane poprawnie;
- Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący stresu w miejscu pracy. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 8 197 334 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do zaburzeń nerwicowych związane ze stresem u osób pracujących. Problem zdrowotny został opisany poprawnie.

Opiniowany projekt wpisuje się w następujące priorytety: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” oraz „ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania”, należące do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W projekcie przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym, odnosząc się w sposób szczegółowy zarówno do danych ogólnopolskich, sytuacji europejskiej, jak i informacji z obszaru Województwa Podlaskiego.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych opublikowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 2 stycznia 2017 r., w 2014 roku zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy zaburzenia nastroju na 100 tysięcy ludności wyniosła w Województwie Podlaskim 3,3. Chorobowość rejestrowaną w ww. podgrupie w Polsce oszacowano na 900,4 tysięcy (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 2 369,5). W Województwie Podlaskim wyniosła ona natomiast 2543,98. Należy podkreślić, że przedstawione wskaźniki w obu przypadkach przekraczają wartości ogólnokrajowe.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „wzmocnienie potencjału w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami co najmniej 25% osób pracujących w Województwie Podlaskim zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, które zostaną objęte Programem do końca 2020 roku”. Należy jednak zaznaczyć, iż powyższy cel główny został sformułowany w sposób ogólny (nieprecyzyjne jest m.in. stwierdzenie odnoszące się do „wzmocnienia potencjału w zakresie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami”). Fakt ten pociąga za sobą trudności w jego zmierzeniu. Sformułowano 4 cele szczegółowe (z podziałem na stosowne poziomy programu), stanowiące uzupełnienie głównego założenia.

W treści projektu programu przedstawiono 29 mierników efektywności, z podziałem na mierniki odnoszące się do każdego celu szczegółowego. Zaproponowane wskaźniki zostały w większości sformułowane w sposób prawidłowy. Należy jednak zaznaczyć, że wartości ww. wskaźników (w zasadnych przypadkach, tam gdzie to możliwe) powinny być określane przed i po realizacji programu. Okres realizacji programu (lata 2017-2020) wydaje się wystarczający dla przeprowadzenia założonych działań. Warto podkreślić, że dla osiągnięcia trwałości efektów zdrowotnych w programach polityki zdrowotnej, należy rozpatrywać działania długofalowe.

Populacja docelowa

Działania przedstawione w ocenianym projekcie programu kierowane są do osób pracujących w wieku od 20 do 64 lat. Wyróżniono dwie grupy docelowe: pierwszą z nich są osoby pracujące w Województwie Podlaskim (w tym kadra kierownicza), drugą grupę stanowią osoby wykonujące zawody medyczne, pracujące w sektorze POZ (lekarze, pielęgniarki) oraz lekarze podstawowych jednostek służby medycyny pracy z terenu województwa.

W treści projektu zaznaczono, że w Województwie Podlaskim jest 408 841 pracujących (w tym 213 445 mężczyzn oraz 195 369 kobiet; dane GUS, stan na rok 2014). Zgodnie z danymi, odnalezionymi celem weryfikacji informacji zawartych w projekcie, liczba osób aktywnych zawodowo w ww. województwie wyniosła 467 tys. (w tym 256 750 mężczyzn oraz 210 250 kobiet; dane GUS, na rok 2014). Warto również zaznaczyć, że zgodnie z danymi GUS w roku 2015 liczba osób aktywnych zawodowo w Województwie Podlaskim wyniosła 482,5 tys., natomiast w roku 2016 – 480 tys.

(oszacowanie na podstawie danych z trzech pierwszych kwartałów). Odnalezione wartości różnią się zatem od danych przytoczonych w treści projektu programu.

Biorąc pod uwagę dane z dokumentu GUS „Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą” określono, że populacją możliwą do objęcia programem będzie 55,2% spośród osób pracujących – 225 680 uczestników. W treści projektu wyodrębniono dodatkowo dwie grupy: osoby w wieku 20-39 lat – które w głównej mierze będą wymagały profilaktyki pierwszorzędowej oraz osoby w wieku 40-64 lat – wymagające głównie profilaktyki drugorzędowej.

Dodatkowo zaznaczono, że wg danych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (2015 rok) na terenie województwa zarejestrowane były 292 podmioty w sektorze POZ oraz 87 jednostek podstawowej służby medycyny pracy. Należy zaznaczyć, że zgodnie z inf. z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, na terenie Województwa Podlaskiego działa 50 podmiotów medycyny pracy, warto zatem wyjaśnić powyższe niespójności

Do programu zamierza się włączyć 623 osoby (292 lekarzy POZ, 292 pielęgniarki POZ, 39 lekarzy jednostek podstawowej służby medycyny pracy). Warto zaznaczyć, iż w części projektu programu odnoszącej się do działań planowanych na poziomie II (POZ oraz podstawowe jednostki służby medycyny pracy), wskazano że działaniami szkoleniowymi objętych zostanie maksymalnie 239 lekarzy sektora POZ, 239 pielęgniarek oraz 87 lekarzy podstawowych jednostek służby medycyny pracy. Dane umieszczone w różnych częściach ocenianego projektu charakteryzują się pewnymi nieścisłościami.

Wszystkie rozbieżności między oszacowaniami populacji planowanej do objęcia działaniami programowymi (zarówno mieszkańcy jak też personel medyczny) a jej liczebnością wynikającą z danych źródłowych należy wyjaśnić.

W ocenianym projekcie zawarto szczegółowe informacje nt. kryteriów włączenia i wykluczenia z udziału w programie, które nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

Projekt programu przewiduje prowadzenie dwóch poziomów działań: poziomu I – zakładu pracy oraz poziomu II – podstawowej opieki zdrowotnej i podstawowych jednostek służb medycyny pracy. W ramach programu planuje się:

- Utworzenie Centralnego Ośrodka Profilaktyki Nerwic (COPN), którego zadaniem będzie: zarządzanie projektem, w tym m.in. zapewnienie infrastruktury, zlecenie przygotowania i realizacji kampanii promocyjno-informacyjnej, przygotowanie i udostępnienie platformy internetowej, zawieranie umów/porozumień, przygotowanie i zrealizowanie szkoleń i warsztatów, opracowanie materiałów;
- Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu tematyki programu;
- Prowadzenie działań interwencyjnych skierowanych do osób pracujących, w ramach których planuje się:
 - organizowanie i udostępnienie systemu przeprowadzania indywidualnych e-diagnoz,
 - skierowanie na dalsze działania interwencyjne pacjentów, w przypadku których e-diagnoza wykazała taką potrzebę: warsztaty radzenia sobie ze stresem i e-konsultacje,
 - zorganizowanie i udostępnienie systemu przeprowadzania indywidualnych e-konsultacji skierowanych do osób pracujących,
 - udostępnienie porad specjalistycznych połączonych z poradą edukacyjną w COPN,
 - zorganizowanie dla lekarzy psychiatrów i psychologów udzielających e-konsultacji/e-diagnoz w ramach COPN szkoleń z zakresu metody ISTDP (Intensive Short Term Dynamic Therapy);

- Prowadzenie działań edukacyjnych z zakresu radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami w tym:
 - Przygotowanie programu grupowych warsztatów psycho-edukacyjnych, ich nagranie i udostępnienie w ramach platformy internetowej,
 - Zorganizowanie i przeprowadzenie na terenie województwa jednodniowych warsztatów, skierowanych do osób pracujących;
- Prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych z zakresu dostępnej pomocy i sposobów zapobiegania zaburzeniom nerwicowym, w tym:
 - Opracowanie i upowszechnienie poradnika/informatora,
 - Przygotowanie i udostępnienie platformy internetowej.

Zaplanowane w ramach programu interwencje zostały opisane w sposób szczegółowy i spójny, nie budzący zastrzeżeń pod kątem organizacyjnym.

Badania odnoszące się do obszaru telemedycyny sugerują, że jest to właściwa i korzystna dla pacjentów forma świadczenia usług medycznych w psychologii. Obecnie pacjenci z jednej strony wykazują otwartość na nowe kanały dostarczania opieki, z drugiej natomiast zapotrzebowanie na terapię z wykorzystaniem Internetu, bądź kontaktu telefonicznego jest nadal niskie. Należy zaznaczyć, iż zgodnie z odnalezionymi badaniami potwierdzono efektywność telemedycyny (ang. telemental health – TMH) w dziedzinie psychiatrii dziecięcej oraz w leczeniu: depresji, demencji, schizofrenii, stresu pourazowego, zaburzeń lękowych, nadużywania środków odurzających, zaburzeń odżywiania, a także w zapobieganiu samobójstwom i paleniu tytoniu.

Działania, które zaplanowano do realizacji w ramach programu wykraczają poza dostępną ofertę świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ. Należy zaznaczyć, że wg opinii ekspertów z dziedziny medycyny pracy, warsztaty stanowią właściwą formę interwencji, aktywizując uczestników. Stanowią one również jedną z najskuteczniejszych metod edukacji. W opiniach wydanych do wcześniejszych programów z omawianego zakresu wskazano, iż zgodnie z zasadami dobrej praktyki w zakresie prewencji stresu zawodowego, można poszerzyć program o moduł szkoleniowy dla kadry kierowniczej zakładów, z których będą pochodzili rekrutowani do warsztatów pracownicy. Wnioskodawca uwzględnił ten aspekt w przygotowanym projekcie programu.

W treści projektu programu nie odniesiono się do kwestii związanych z bezpieczeństwem korespondencji e-mail wymienianej na linii pacjent-lekarz, co wymaga uzupełnienia. Niezwykle ważnym aspektem, do którego nie nawiązuje treść projektu programu jest także wymóg, mówiący że e-maile oraz inne formy komunikacji elektronicznej powinny być stosowane przez lekarzy wyłącznie, gdy pacjent wyraził na to świadomą zgodę (AMP, FSMB 2013). Należy zaznaczyć, że korzystanie z nowych technologii stwarza również dodatkowe wyzwania dla lekarzy - specjaliści muszą być zaznajomieni ze środkami technologicznymi, za pomocą których będą świadczyć usługi (AMP 2013, FSMB 2013, ATA 2014, ACPRO 2011). Nie poruszono w treści projektu powyższych kwestii. W przypadku zapewnienia usług psychologicznych przy wykorzystaniu Internetu oraz technologii telekomunikacyjnych psychologowie powinni: wyjaśnić naturę oraz cel procedury, którą zamierzają stosować; racjonalnie wytłumaczyć przewidywane zagrożenia, niekorzystne skutki oraz ewentualne niedogodności planowanych działań, poinformować w jaki sposób dane będą zbierane i rejestrowane, doradzić pacjentom, że mogą oni uczestniczyć, odmówić udziału albo wycofać się z zaproponowanych metod lub procedur.

Ponadto, gdy lekarz wykorzystuje usługi online jasno określone powinny zostać mechanizmy: dostępu, uzupełnienia oraz modyfikowania osobistych informacji zdrowotnych dostarczonych przez pacjenta, jakości informacji oraz usług, zgłaszania skarg.

W projekcie przewidziano szeroką współpracę specjalistów (lekarzy psychiatrów i psychologów) z POZ oraz podstawowymi jednostkami służby medycyny pracy. W celu zagwarantowania pacjentom włączonym do programu kompleksowej opieki, przewidziano prowadzenie indywidualnych porad specjalistycznych w utworzonym w ramach programu Centralnym Ośrodku Profilaktyki Nerwic.

Uwzględniono także potrzebę kierowania na dalsze leczenie specjalistyczne pacjentów szczególnie zagrożonych. Warto zaznaczyć, iż szkolenia skierowane do lekarzy POZ oraz podstawowej służby medycyny pracy obejmować będą wykorzystanie narzędzi diagnostycznych (PSS-10, SCL-90, Kwestionariusz Objawowy) oraz metody ISTDP (Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy). Należy wskazać, że wyniki badania Abbass 201210 wykazały mały efekt dla redukcji objawów chorobowych (somatyzacyjnych) na samym początku stosowania metody ISTDP, jak i wpływu danej interwencji na ustanawianie trwałej zmiany wewnętrznych schematów badanych osób (funkcjonowania interpersonalnego). Nieznaczną poprawę wyników przy zastosowaniu wspomnianej terapii odnotowano w przypadku pacjentów we wstępnym leczeniu depresji oraz zaburzeń lękowych (5 badań, przed rozpoczęciem leczenia właściwego). Badania te charakteryzowały się wysoką heterogenicznością. Nie odnotowano jednak statystycznie istotnych wyników dla redukcji ww. zaburzeń po zakończeniu terapii.

Monitorowanie i ewaluacja

W ramach monitorowania i ewaluacji zaplanowano przeprowadzenie oceny zgłaszalności, oceny jakości świadczeń oraz efektywności programu.

Ocena zgłaszalności oraz ocena jakości udzielanych świadczeń zostały zaplanowane poprawnie i mogą umożliwić rzetelne przeprowadzenie procesu monitorowania. Dodatkowo warto wskazać także liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w programie oraz zweryfikować potencjalnych powodów rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu.

Ewaluacja programu została opisana w sposób poprawny. Swoimi założeniami może pozwolić na rzetelną i obiektywną ocenę wpływu programu na zdrowie uczestników. Istotnym jest, aby w zasadnych przypadkach (np. ocena wzrostu poziomu wiedzy) przedstawione wskaźniki zostały ze sobą zestawione. Porównanie powyższych wartości przełoży się na możliwość określenia czy zaproponowane świadczenia będą wpływały na realizację założonych celów. Warto podkreślić, że ocena efektywności programu jest istotna nie tylko z punktu oceny wpływu na zdrowie populacji, ale również w przypadku planowania przyszłych programów polityki zdrowotnej.

W treści projektu programu zaznaczono, że proces monitorowania i ewaluacji będzie prowadzony od drugiego kwartału I roku (2017) i zakończy się w czwartym kwartale IV roku trwania programu (2020). W ramach oceny trwałości efektów programu, zaznaczono, że każdy uczestnik będzie mógł skorzystać ze świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych w przypadku potrzeby wykonania poszerzonej diagnostyki, bądź leczenia. Nadmieniono, że po przeprowadzeniu procesu ewaluacji (oraz ewentualnej modyfikacji) program będzie możliwy do kontynuowania w kolejnych latach (pod warunkiem zagwarantowania finansowania).

Warunki realizacji

W projekcie programu opisano poszczególne etapy programu, wskazano sposób realizacji zaplanowanych działań, tryb zapraszania uczestników oraz sposób zakończenia ich udziału w programie. W treści projektu przedstawiono także harmonogram planowanych działań.

W treści projektu programu w sposób spójny przedstawiono szczegółowe opracowanie budżetu. Określono zarówno koszty jednostkowe, jak i całkowite zaplanowanych działań, wynoszące 8 197 334 PLN. Oszacowano także średni koszt przypadający na jednego potencjalnego uczestnika programu (36,32 zł). Zaznaczono, iż kosztorys ze względu na zakres planowanych działań został zaplanowany elastycznie i może podlegać pewnym modyfikacjom. Wyróżniono dwa rodzaje oszacowań kosztów – na poziomie maksymalnym (które nie podlegają przekroczeniu planowanych kwot) oraz na poziomie średnim (dotyczy to warsztatów grupowych radzenia sobie ze stresem, e-diagnoz realizowanych przez lekarzy POZ i podstawowych jednostek służby medycyny pracy oraz porad edukacyjnych realizowanych przez pielęgniarki POZ).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Stres odczuwany jest przez osoby, które dostrzegają brak równowagi między oczekiwaniami kierowanymi pod ich adresem a cechami osobistymi, jakimi dysponują, by sprostać tym oczekiwaniom. Choć stres doświadczany jest w sferze psychologicznej, może też wpływać na zdrowie fizyczne.

Typowymi czynnikami stresu związanego z pracą są: brak kontroli nad pracą, oczekiwania niedostosowane do możliwości pracowników oraz brak wsparcia ze strony kolegów i kierownictwa. Stres powodują: niedopasowanie osoby do wykonywanej przez nią pracy, złe stosunki międzyludzkie, występowanie przemocy psychicznej lub fizycznej w miejscu pracy, a także konflikt między rolą odgrywaną w pracy i poza nią. Reakcje poszczególnych osób na te same okoliczności mogą być różne.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

Ocena technologii medycznej

Odnaleziono wytyczne kliniczne towarzystw naukowych odnoszące się do profilaktyki stresu związanego z miejscem pracy:

- *Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (CIOP-BIP 2011);*
- *American College of Physicians (AMP 2013);*
- *Federation of State Medical Boards (FSMB 2013);*
- *American Telemedicine Association (ATA 2014);*
- *Association of Canadian Psychology Regulatory Organizations (ACPRO 2011);*
- *Ontario Psychological Association (OPA 2015);*
- *Medical Council of New Zealand (MCNZ 2016);*
- *New Zealand Psychological Psychologists Board (NZPB 2011);*
- *European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA 2013);*
- *Australian Psychological Society (APS 2011).*

Jak wskazują wytyczne CIOP-BIP 201 W Polsce brakuje długookresowych badań nad skutkami zagrożeń psychospołecznych. Brakuje także ram/szablonów działań prewencyjnych.

Technologie wykorzystujące tryb online pociągają za sobą zarówno szanse, jak i wyzwania dla lekarzy. Rozwiązania te oferują innowacyjne drogi na interakcję lekarza z pacjentem oraz pozytywnie wpływają na zdrowie społeczności; we wskazanej formie kontaktu zachowana musi zostać zasada profesjonalizmu, ściśle określona powinna być także relacja pacjent-lekarz. E-maile oraz inne formy komunikacji elektronicznej powinny być stosowane przez lekarzy wyłącznie, gdy pacjent wyraził na to zgodę (AMP, FSMB 2013). Ponadto wytyczne wskazują na konieczność zapoznania lekarzy z nową technologią, aby prowadzić zarówno siebie jak i pacjentów poprzez informacje dostępne online.

Kontakt e-mailowy nie stanowi odpowiedniego zastępstwa względem osobistych spotkań, oceny oraz leczenia. Nie ma gwarancji, iż korespondencja e-mailowa jest w pełni prywatna. Wiadomości te nie zawsze są wysyłane i odbierane w trybie natychmiastowym (dostarczenie może nastąpić po kilku godzinach czy nawet dniach), dlatego też ww. forma kontaktu nie jest odpowiednią metodą na przekazywanie informacji, w przypadku których czas odgrywa istotną rolę. Korespondencja mailowa, jako że stanowi formę komunikacji z pacjentem, powinna być przechowywana jako element jego dokumentacji medycznej. Należy pamiętać, że przy takiej formie kontaktu, pracownicy służby zdrowia pozostają odpowiedzialni za ochronę informacji o stanie zdrowia swoich pacjentów.

Szczególną uwagę należy zwrócić na kwestie bezpieczeństwa komunikacji drogą elektroniczną z pacjentem. W rekomendacjach podkreśla się ryzyko płynących z tej formy komunikacji. Wytuczne podkreślają również przestrzeganie odpowiednich zasad, celem zachowania bezpieczeństwa:

- należy zachować rozdzielność pomiędzy adresem mailowym prywatnym oraz wykorzystywanym do celów służbowych;
- informacje o dużym stopniu prywatności powinny być wysyłane w formie zaszyfrowanego załącznika;
- lekarze powinni poinformować pacjentów o istniejącym ryzyku w momencie, gdy planują oni przesyłać wiadomości z systemu nieposiadającego stosownych zabezpieczeń, wiadomości otrzymane od pacjenta lub zawierające informacje związane z procesem diagnozy bądź leczenia powinny być w całości drukowane oraz dołączane do dokumentacji medycznej jako jej część

Każda usługa używana w obszarze telezdrowia, a także każde urządzenie i oprogramowanie powinny być bezpieczne, odpowiednio dostosowane do celu, któremu mają służyć, ponadto zachowana powinna zostać stosowna jakość przesyłanych informacji oraz obrazów. Podczas leczenia pacjenta lekarz odpowiedzialny jest za gromadzenie i ocenę informacji używanych do postawienia diagnozy, niezależnie od ich źródła

Lekarze powinni pamiętać, że standardy związane z prywatnością oraz poufnością pacjenta muszą być utrzymywane w każdym otoczeniu, włączając w to kontakt online; lekarze nie powinni zamieszczać w Internecie informacji, które mogą wpłynąć na identyfikację danego pacjenta. Pracownicy służby zdrowia dostarczający opiekę z wykorzystaniem telezdrowia powinni być świadomi stosownych wytycznych oraz standardów, które należy uwzględniać w przypadku świadczeń e-zdrowotnych, przy wyszczególnieniu danego kontekstu, lokalizacji, czasu oraz usługi dostarczanej pacjentowi.

Właściwy proces informowania pacjenta zasadniczo powinien obejmować: inf. nt. kwalifikacji lekarza, typów transmisji z wykorzystaniem środków telemedycyny, inf. nt. środków bezpieczeństwa (szyfrowanie danych, hasła zabezpieczające), wymóg wyrażenia wyraźnej zgody na przekazywanie inf. identyfikujących pacjenta osobom trzecim, zgodę pacjenta na to, aby lekarz określał czy warunki diagnozowania i/lub leczenia przy wykorzystaniu technik telemedycznych są stosowne.

Gdy lekarz wykorzystuje usługi online jasno określone powinny zostać mechanizmy: dostępu, uzupełnienia oraz modyfikowania osobistych informacji zdrowotnych dostarczonych przez pacjenta, jakości informacji oraz usług, zgłaszania skarg. Ponadto lekarz może wysyłać pacjentowi linki do stron internetowych poświęconych tematyce zdrowia (nie powinien jednak czerpać dodatkowych korzyści majątkowych z takich działań).

Oczekuje się, że leczenie prowadzone na odległość będzie spełniało te same wymagania co opieka świadczona w sposób tradycyjny („twarzą w twarz”). Uwzględnić to standardy związane m.in. z oceną, diagnozą, zachowaniem prywatności i poufności, a także uaktualnianiem dokumentacji pacjenta. Jeśli z powodu ograniczeń technologicznych lekarz nie jest w stanie świadczyć usług w odpowiednio wysokim standardzie powinien o tym poinformować pacjenta

Ważne jest także zaplanowanie podstępowania w przypadku sytuacji związanych z kłopotami technicznymi czy brakiem dostępu do Internetu

Gdy dany problem bądź sytuacja przekracza kompetencje danego specjalisty lub gdy pacjent nie korzysta na danej usłudze, specjalista powinien wyjaśnić potrzebę zakończenia świadczenia usługi, podjąć kroki służące zabezpieczeniu dobrego stanu pacjenta oraz zaoferować pomoc w znalezieniu innych źródeł wsparcia. Psycholodzy powinni mieć wiedzę nt. dowodów skuteczności terapii wykorzystującej daną technologię oraz stosowanych przez nich interwencji, a także każdego zidentyfikowanego ryzyka, z którym w trakcie jej otrzymywania może spotkać się pacjent ().

Wśród działań pomagających zachować zdrowe psychospołeczne środowisko pracy wymienić należy: podnoszenie świadomości w miejscu pracy, ocenę ryzyka, podejmowanie działań zapobiegawczych oraz naprawczych, a także ich omawianie.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.268.2016 „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego”, realizowany przez: Województwo Podlaskie, luty 2017 r. oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki chorób odstresowujących”, styczeń 2011 r. oraz „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 30/2017 z dnia 13 lutego 2017 roku o projekcie programu „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego”