

„Organizacja oddziału okulistycznego w okresie COVID-19”
2. Kongres „Zdrowie Polaków” 2020

Rok 2020 postawił zarówno pacjentów jak i pracowników ochrony zdrowia przed nowymi wyzwaniami. Epidemia wirusa SARS-CoV-2 przyczyniła się do kompletnej zmiany organizacji pracy w placówkach medycznych na całym świecie. Wyzwaniem stało się dostosowanie dotychczasowych warunków działalności oddziałów i ambulatoriów do nowych wytycznych przy zapewnieniu ciągłości opieki nad pacjentami leczonymi przewlekle. Wytyczne dotyczące funkcjonowania placówek medycznych w okresie epidemii ze względu na bezprecedensowy wymiar zjawiska powstają na przestrzeni czasu, a wraz z rosnącą wiedzą dotyczącą zagrożenia ulegają doprecyzowaniu. Znaczną trudnością w warunkach polskiej opieki zdrowotnej jest zastosowanie zaleceń WHO, dotyczących funkcjonowania placówek medycznych w dobie koronawirusa w zastanych warunkach lokalowych i organizacyjnych, którym niejednokrotnie daleko jest do ideału. Wiele tygodni pracy poświęconej organizacji działalności oddziału okulistycznego pozwoliło na zebranie spostrzeżeń i wypracowanie podstawowych schematów działania.

Głównym założeniem działalności oddziału okulistycznego w okresie epidemii jest zapewnienie dostępu do leczenia schorzeń okulistycznych oraz utrzymanie ciągłości opieki nad pacjentem przy zapewnieniu bezpieczeństwa sanitarnego zarówno pacjentom jak i personelowi medycznemu. Jednym z rozwiązań ograniczających narażenie pacjentów i medyków na zakażenie jest wprowadzenie teleporad do działalności ambulatoriów. W okulistyce teleporady mają ograniczoną wartość ze względu na niezwykle istotną rolę badania przedmiotowego w tej dziedzinie medycyny. Jednak z powodzeniem znajdują one zastosowanie w grupie pacjentów leczonych przewlekle, będących w stanie stabilnym, którzy potrzebują konsultacji w sprawie dotychczasowej terapii lub oceny wyników badań dodatkowych. Tą drogą w dużej mierze zweryfikować można również zasadność konsultacji w gabinecie lekarskim oraz określenie stopnia ich pilności. Rozwiązanie to daje pacjentom poczucie bezpieczeństwa i komfortu, jednak powinno być stosowane przez lekarzy z rozwagą, tak aby nie przeoczyć sytuacji wymagających pilnej oceny klinicznej oraz natychmiastowego leczenia.

W okresie zaostrzenia epidemii istotne jest wprowadzenie segregacji pacjentów zakwalifikowanych do chirurgicznego leczenia okulistycznego ze względu na pilność przypadków. Przesuwanie terminów planowych zabiegów w nienaglących sytuacjach klinicznych na bardziej odległe terminy wiąże się z koniecznością przedstawienia pacjentowi dokładnej informacji dotyczącej nowego terminu zabiegu oraz informacji o możliwych objawach niepokojących, które powinny zmobilizować pacjenta do pilnego kontaktu z ośrodkiem prowadzącym. Niezwykle istotne jest jasne przekazywanie informacji pacjentom głównie ze względu na zaawansowany wiek większości z nich oraz dezorientację starszych osób w drastycznie zmienionym systemie lecznictwa, nie tylko okulistycznego. Niewskazane jest odraczanie zabiegów w sytuacjach pilnych, zagrażających trwałym upośledzeniem widzenia. Leczenie iniekcjami doszklistkowymi preparatów antyVEGF w grupie pacjentów z wysiękową postacią zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem oraz cukrzycowym obrzękiem plamki wymaga systematyczności i ciągłości, a przerwanie terapii zagraża trwałym upośledzeniem widzenia. Z tego względu niewskazane jest odraczanie terminów iniekcji zarówno w sytuacji świeżo wykrytych przypadków choroby, jak i kontynuacji leczenia.

Specyfika działania oddziałów okulistycznych w obecnych czasach polega głównie na hospitalizacjach jednodniowych, pozwalając na maksymalizację wydajności pracy zabiegowej oddziałów. W związku z tym trudne jest zapewnienie testów w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2 wszystkim hospitalizowanym pacjentom. W tej sytuacji niezwykle istotny jest nacisk na stosowanie środków ochrony osobistej przez pacjentów oraz personel, wieloetapową weryfikację narażenia na ewentualne czynniki ryzyka związane z zakażeniem, kontrolowane za pomocą ankiet oraz pomiaru temperatury ciała każdorazowo, przy przekroczeniu progu placówki medycznej.

Podstawą osiągnięcia sukcesu w stosowaniu się personelu i pacjentów do wyznaczonych reguł jest ich jasne sformułowanie oraz przekazanie ich w prostej do przyswojenia formie. Czytelne, pisemne informacje dla pacjentów, dotyczące panujących w oddziale zaleceń sanitarnych oraz przeznaczenia pomieszczeń powinny być umieszczane w widocznych miejscach. Należy pamiętać o stosowaniu czytelnych czcionek o odpowiednio dużym rozmiarze ze względu na trudności wzrokowe hospitalizowanych pacjentów okulistycznych. Bezwzględnie wymagane jest stosowanie przez pacjentów masek ochronnych, zasłaniających usta i nos. Równie istotne jest kontrolowanie poprawności ich stosowania. W oddziałach powinien panować bezwzględny zakaz odwiedzin oraz ograniczenie możliwości opuszczania terenu oddziału przez pacjentów w trakcie trwania hospitalizacji. Przebywanie poza salą chorych powinno być dozwolone tylko w ściśle uzasadnionych przypadkach. Jednocześnie należy zadbać o sprawny system zdalnego alarmowania personelu przez pacjentów, tak aby zapewnić pacjentom poczucie bezpieczeństwa i komfortu w trakcie przebywania w salach chorych.

Dopuszczalne jest rozwiązanie polegające na odstąpieniu od wykonywania testów w grupie pacjentów operowanych w trybie jednodniowym. Obowiązuje wówczas pełen reżim sanitarny w czasie kontaktu personelu z pacjentami. Przez cały okres pobytu w oddziale pacjenci z tej grupy powinni przebywać w części obserwacyjnej oddziału. Do momentu uzyskania wyniku wymazu są traktowani jako pacjenci potencjalnie zakaźni.

W przypadku pacjentów przed planowaną dłuższą hospitalizacją (trwającą dłużej niż jeden dzień) powinien być wykonywany wymaz w okresie poprzedzającym przyjęcie. Pacjent powinien być przyjęty do oddziału po potwierdzeniu negatywnego wyniku i trafić na część czystą oddziału. Pacjenci przyjmowani w trybie ostrodyżurowym, wymagający natychmiastowego zaopatrzenia, powinni otrzymać pomoc i leczenie przy zachowaniu wymaganych środków ochrony osobistej. Pacjenci z tej grupy powinni przebywać od chwili przyjęcia do momentu uzyskania negatywnego wyniku wymazu w części obserwacyjnej oddziału, a po uzyskaniu ujemnego wyniku powinni zostać przeniesieni na stronę czystą.

Zasady obowiązujące personel powinny być udostępnione w formie pisemnej w miejscu dostępnym dla wszystkich pracowników. Każdorazowe naruszenie zasad bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego powinno skutkować odsunięciem pracownika od pracy. Wśród sprawdzonych rozwiązań wyróżnia się wyznaczenie pomieszczenia do spożywania posiłków i napojów w trakcie pracy, w którym przebywać może jednocześnie jedna osoba. W trakcie pracy personel powinien przebywać stale w masce ochronnej. Zalecane jest stosowanie masek typu FFP3 lub KN95. W trakcie bezpośredniego kontaktu z pacjentem dodatkowo obowiązuje nakrycie głowy, przyłbica lub gogle, fartuch ochronny oraz rękawice ochronne. Ze względu na specyfikę pracy chirurgów okulistycznych jest dopuszczalne odstąpienie od korzystania z przyłbicy czy gogli ochronnych w trakcie pracy przy mikroskopie. W trakcie badania w lampie szczelinowej lub przy pomocy oftalmoskopu również dopuszczalna jest rezygnacja z przyłbicy czy gogli, ale tylko na czas samego badania

przedmiotowego. Odnotowano korzyść z ograniczenia kontaktów bezpośrednich pomiędzy członkami personelu poprzez zastosowanie komunikacji telefonicznej, elektronicznej czy przekazywania informacji w formie pisemnej w papierowej dokumentacji medycznej. W razie możliwości warto rozważyć wprowadzenie zmianowego trybu pracy, gdzie personel podzielony na grupy nie kontaktuje się bezpośrednio z osobami przydzielonymi do innych grup. Pozwala to na ograniczenie ryzyka transmisji wirusa w przypadku ewentualnego zakażenia członka personelu, a jednocześnie pozwala na utrzymanie ciągłości pracy oddziału. Wśród personelu powinien obowiązywać całkowity zakaz zgłaszania się do pracy z jakimikolwiek objawami infekcji. Wartościowym rozwiązaniem jest wprowadzenie okresowego, regularnego pobierania wymazów przesiewowych u bezobjawowych członków personelu medycznego. Budzi niepokój niska dostępność testów przeznaczonych do tego celu. Obecne rozwiązanie, zakładające pobieranie wymazów tylko od osób z niepokojącymi objawami lub w przypadku podejrzenia kontaktu z osobą chorą wydaje się być niewystarczające.

Zastosowanie obostrzeń związanych z epidemią, mniejsza liczba przyjmowanych pacjentów oraz wydłużenie czasu trwania poszczególnych procedur związane z zastosowaniem dodatkowych środków ochrony skutkuje obniżeniem liczby wykonywanych zabiegów i wizyt. Realnym problemem jest również postawa pacjentów, którzy nie zgłaszają się na umówione terminy wizyt lub zabiegów, blokując miejsca, które pozostają niewykorzystane. Należy podejść do takiej postawy ze zrozumieniem, ponieważ w większości przypadków sytuacje te dotyczą osób starszych, które unikają kontaktu z placówkami medycznymi z obawy przed zakażeniem. W tej sytuacji znacznym usprawnieniem jest telefoniczne potwierdzanie terminu wizyty przez personel pomocniczy w okresie bezpośrednio poprzedzającym ją. Coraz lepsza organizacja pracy i dostosowanie się personelu do obowiązujących zasad pozwala na realne podniesienie odsetka realizowanych procedur do około 80% normy przed epidemią w porównaniu do 20-30% w pierwszych tygodniach jej trwania.

Z uwagi na przewlekły charakter epidemii istotne jest wypracowanie schematów działania oraz bezwzględne egzekwowanie ich zarówno od personelu każdego szczebla jak i pacjentów. Nowe zasady obowiązujące zarówno medyków jak i pacjentów umożliwią sprawne funkcjonowanie placówek medycznych w nowej rzeczywistości, w której obok zagrożenia związanego z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 istnieje szereg zagrożeń związanych z chorobami narządu wzroku, które pozbawione regularnej kontroli i skutecznego leczenia odbierają pacjentom szansę na utrzymanie zadowalającej ostrości wzroku.