

1121. posiedzenie - 21 września 2011

Załącznik nr 12

(Artykuł 6.2)

Wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

(Przyjęte przez Komitet Ministrów w dniu 21 września 2011 r. na 1121. posiedzeniu Zastępców Ministrów)

Preambuła

Komitet Ministrów,

Zważywszy, że celem Rady Europy jest osiągnięcie większej jedności między jej państwami członkowskimi, między innymi poprzez promowanie przyjęcia wspólnych zasad i działań;

Biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia skutecznego wdrażania istniejących wiążących uniwersalnych i europejskich standardów ochrony i promowania praw dziecka w ogóle, jak również tych dotyczących aspektów związanych z opieką zdrowotną, w tym:

- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966), w szczególności jego art. 12 w sprawie prawa do najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia;
- Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach dziecka (1989);
- Konwencja Narodów Zjednoczonych o prawach osób niepełnosprawnych (2006);
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności (1950, ETS nr 5);
- Europejska Karta Społeczna (1961, ETS Nr 35) i Zrewidowana Europejska Karta Społeczna (1996, ETS Nr 163);
- Europejska Konwencja o wykonywaniu praw dzieci (1996, ETS Nr 160);
- Konwencja w sprawie zapobiegania torturom, niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu (1987, ETS Nr 126);
- Konwencję Rady Europy o ochronie dzieci przed seksualnym wykorzystywaniem i niegodziwym traktowaniem w celach seksualnych (2007, CETS nr 201);
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny (1997, ETS No.164), w szczególności jej art 6;

Przywołując odpowiednie teksty przyjęte przez Komitet Ministrów dotyczące dzieci¹ i inicjatywy w zakresie opieki zdrowotnej,²

Mając na uwadze Kartę Promocji Zdrowia (1986, Ottawa) i Europejską Kartę w sprawie dzieci w szpitalach (1988, Leiden);

Mając na uwadze, że wszystkie państwa członkowskie Rady Europy przyjęły i wdrażają dokument „Health 21”. Ramy polityki zdrowotnej dla wszystkich dla Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), a w szczególności jej cel 4 - zdrowie młodych ludzi;

Biorąc pod uwagę odpowiednie zalecenia Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy oraz sprawozdania Komisarza Rady Europy ds. Praw Człowieka;

Odnosząc się do prac związanych z programem Rady Europy „Budowanie Europy dla dzieci i z dziećmi”, jej Strategii na lata 2009-2011 na rzecz praw dziecka i przyszłej Strategii na rzecz praw dziecka na lata 2012-2015;

Uznając dzieci za posiadaczy praw, w tym prawa do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia, prawa do ochrony, prawa do niedyskryminacji i prawa do wyrażania swoich poglądów i uczestnictwa, uwzględnienia poglądów dziecka z należytą powagą, zgodnie z wiekiem dziecka i stopniem jego dojrzałości;

Mając na uwadze, że we wszystkich działaniach dotyczących dzieci, dobro dziecka powinno być wartością nadrzędną;

Biorąc pod uwagę, że, w stosownych przypadkach, rodzice, inni członkowie rodziny i opiekunowie dzieci powinni być ściśle zaangażowani w podejmowanie decyzji dotyczących ich zdrowia;

Biorąc pod uwagę, że dzieci, ze względu na ich niedojrzałość fizyczną oraz umysłową, potrzebują szczególnej opieki i troski, i że istnieją znaczne różnice pomiędzy państwami członkowskimi Rady Europy i wewnątrz nich, w zakresie determinantów zdrowia, dostępu do opieki zdrowotnej i jakości opieki zdrowotnej;

Uznając, że promowanie zdrowia i dobrego samopoczucia dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa i jakości usług, jest ważne dla społeczeństwa jako całości;

¹ Wytyczne dotyczące wymiaru sprawiedliwości przyjaznego dzieciom, przyjęte w dniu 17 listopada 2010 r.;

- Zalecenie CM/Rec(2010)2 w sprawie deinstytucjonalizacji i życia dzieci niepełnosprawnych w społeczności lokalnej;

- Zalecenie CM/Rec(2009)10 w sprawie zintegrowanych strategii narodowych ochrony dzieci przed przemocą;

- Zalecenie Rec(98)8 w sprawie uczestnictwa dzieci w życiu rodzinnym i społecznym.

² - Zalecenie Rec(2006)7 w sprawie zarządzania bezpieczeństwem pacjentów i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej;

- Zalecenie Rady Europy Rec(2006)5 Plan działań Rady Europy w celu promocji praw i pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w społeczeństwie: podnoszenie jakości życia osób niepełnosprawnych w Europie w latach 2006–2015;

- Zalecenie Rec(2000)5 w sprawie rozwoju struktur dla udziału obywateli i pacjentów w procesie podejmowania decyzji mających wpływ na opiekę zdrowotną.

Świadomi istotnej zmiany w zakresie epidemiologii zachorowalności i śmiertelności u dzieci w ciągu ostatniego pół wieku w całej Europie i opłacalności nowych, opartych na dowodach, podejść do opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom, inwestując w rozwój zintegrowanych usług dla słabszych i pokrzywdzonych dzieci i rodzin, w celu uzyskania długoterminowych zysków wynikających z inwestowania w zdrowie, dobre samopoczucie i szanse życiowe;

Podkreślając potrzebę stworzenia spójnej polityki i synergii w celu skoordynowanego podejścia do dzieci na wszystkich szczeblach administracji rządowej i na wszystkich poziomach świadczenia usług zdrowotnych, a w szczególności;

Uznając znaczenie zapewnienia uczestnictwa społeczeństwa obywatelskiego, w szczególności podmiotów, które mają na celu promowanie praw dziecka, w tym opracowanie i upowszechnienie podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom,

Przyjmuje się następujące wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom, aby służyły jako praktyczne narzędzie dla rządów państw członkowskich w popieraniu, przyjmowaniu, wdrażaniu i monitorowaniu podejścia do opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom w nich zawartego oraz dostosowaniu systemów opieki zdrowotnej dla dzieci i rodzin do konkretnych praw, interesów i potrzeb dzieci;

Wzywa rządy państw członkowskich do zapewnienia, że wytyczne będą szeroko rozpowszechniane wśród wszystkich władz, usługodawców, grup reprezentujących interesy dzieci i rodzin oraz innych podmiotów odpowiedzialnych za lub zajmujących się prawami dzieci, zwłaszcza w zakresie opieki zdrowotnej.

I. Przedmiot i cel

1. Wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom proponują zintegrowane podejście do rozwoju pełnego zakresu działalności opieki zdrowotnej na rzecz dzieci.
2. To podejście stawia prawa dzieci, ich potrzeby oraz zasoby w centrum działalności służby zdrowia, biorąc pod uwagę ich rodziny i środowisko społeczne. Promuje polityki służące dostarczaniu usług zorientowanych na dziecko, opartych na specyficznych potrzebach rozwojowych dzieci oraz ich rozwijających się zdolnościach, zapewnieniu udziału dzieci na każdym poziomie podejmowania decyzji, zgodnie z ich wiekiem i stopniem dojrzałości.

II. Definicje

3. Do celów tych wytycznych w sprawie opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom (dalej zwanych „wytycznymi”), określenie „opieka zdrowotna przyjazna dzieciom” odnosi się do polityki ochrony zdrowia i praktyk, które skupiają się na zagadnieniu praw dziecka, ich potrzebach, cechach, wartościach i zmieniających się zdolnościach, uwzględniając ich własną opinię.
4. „Dziecko” oznacza każdą osobę w wieku poniżej 18 lat;

5. „Rodzic” odnosi się do osoby (osób) posiadających władzę rodzicielską, zgodnie z prawem krajowym. W przypadku, gdy rodzic(e) jest/są nieobecni lub nie posiadają już władzy rodzicielskiej, może to być wyznaczony opiekun lub przedstawiciel prawny.

III. Zasady opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

6. Wytyczne opierają się na istniejących zasadach zawartych w dokumentach, o których mowa w preambule. Są one rozwijane w kolejnych rozdziałach i stosują się do wszystkich rozdziałów wytycznych.

A. Prawa podstawowe i szczególne prawa dziecka

7. Wszystkie dzieci powinny być uznane i traktowane jak posiadacze praw człowieka, które zostały proklamowane w istniejących instrumentach międzynarodowych.

8. Uznaje się również, że dzieci mają prawo do specjalnej opieki i pomocy, i że dzieci w trudnych warunkach wymagają szczególnego uwzględnienia.³

9. Prawa dzieci powinny być zapewnione bez dyskryminacji wynikającej ze względu na płeć, rasę, kolor skóry, język, religię, przekonania polityczne i inne, pochodzenie narodowe lub społeczne, przynależność do mniejszości narodowej, majątek, urodzenie, bądź z jakichkolwiek innych przyczyn.

B. Godność

10. Wszystkie dzieci powinny być traktowane z ostrożnością, wrażliwością, uczciwością i szacunkiem w przebiegu całej interwencji opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem ich sytuacji osobistej, dobrego samopoczucia i potrzeb oraz z pełnym poszanowaniem ich integralności fizycznej i psychicznej.

C. Udział

11. Przyjęto zasadę, że dziecko, które jest zdolne do kształtowania swych własnych poglądów, ma prawo do ich swobodnego wyrażania we wszystkich sprawach jego dotyczących, poglądy dziecka należy traktować z należytą wagą, stosownie do wieku dziecka i jego dojrzałości.⁴

12. W dziedzinie zdrowia, zasada ta ma dwa wymiary:

- i. Gdy dziecko, zgodnie z prawem, jest w stanie wyrazić zgodę na interwencję lekarską, może być ona przeprowadzona dopiero po tym, jak dziecko wyrazi swoją dobrowolną i świadomą zgodę. Kiedy, zgodnie z prawem, dziecko nie ma zdolności do wyrażenia zgody na leczenie, opinie dziecka powinny być brane pod uwagę, jako coraz bardziej

³ Preambuła Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach dziecka.

⁴ Artykuł 12 Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach dziecka.

decydujący czynnik zależny od wieku i stopnia dojrzałości dziecka. Dzieciom powinno się przedstawić odpowiednie informacje wcześniej.

- ii. Dzieci powinny być również traktowane jak aktywni członkowie społeczeństwa, a nie jako bierne przedmioty decyzji podejmowanych przez dorosłych. Oznacza to, biorąc pod uwagę ich wiek i stopień dojrzałości, możliwość uzyskania od nich informacji i konsultacji, oraz możliwość uczestniczenia w procesach decyzyjnych w kwestiach społecznych, opieki zdrowotnej, w tym oceny, planowania i poprawy usług zdrowotnych.

D. Równy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej

13. Wszystkie dzieci powinny mieć równy dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Obejmuje to profilaktykę, promocję oraz ochronę i świadczenie usług z aktywnym udziałem dzieci.

14. Może być konieczne uchwalenie przepisów szczególnych dotyczących bardziej wrażliwych dzieci, np. dzieci niepełnosprawnych, dzieci w placówkach opiekuńczo-wychowawczych, dzieci bezdomnych i dzieci ulicy, dzieci żyjących w rodzinach o niskich dochodach, dzieci romskich, dzieci imigrantów, uchodźców i ubiegających się o azyl, dzieci bez opieki oraz dzieci maltretowanych i zaniedbywanych.

E. Najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka

15. We wszystkich działaniach dotyczących dzieci, dobro dziecka powinno być podstawowym elementem brany pod uwagę.⁵

16. Przy ocenianiu powinno być brane pod uwagę najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, wszystkich jego praw i interesów. Potencjalnie sprzeczne ze sobą prawa i interesy, takie jak prawo do ochrony i prawo do uczestnictwa, należy, w każdym indywidualnym przypadku, starannie rozważyć w celu określenia najlepszego interesu dziecka.

IV. Podejście opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

A. Prawa leżące u podstaw podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

17. Podejście opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom, stanowi zintegrowane ramy koncepcyjne i operacyjne, które w pełni szanują prawa dzieci, potrzeby zdrowotne i zasoby, a które są podstawą wszystkich modeli i programów.

18. Obecnie wszystkie systemy opieki zdrowotnej stoją przed podobnymi wyzwaniami. Epidemiologia chorób dzieciństwa się zmienia, a obecne systemy nie osiągają oczekiwanych wyników i często prowadzą do niedopuszczalnych zmian w jakości i rezultatach usług dla dzieci i rodzin. Rosnące koszty opieki zdrowotnej są stałym problemem. Osiągnięcie poprawy

⁵ Artykuł 3 Konwencji Narodów Zjednoczonych o prawach dziecka.

często trudno zrealizować bez wspólnego podejścia do planowania i świadczenia usług, a dla osiągnięcia lepszych wartości z połączenia dostępnych zasobów, istotne jest, by wszystkie instytucje świadczące usługi i zainteresowane strony współpracowały ze sobą.

19. Nie należy lekceważyć znaczenia dobrej koordynacji i ciągłości opieki opartej na zintegrowanym i interdyscyplinarnym podejściu, czasami określanej jako „kontinuum opieki”. Rozciąga się ono poza granice działania tradycyjnych instytucji opieki zdrowotnej pierwszego, drugiego i trzeciego szczebla, angażujące systemy opieki zdrowotnej, edukacji i opieki społecznej oraz wymiar sprawiedliwości, zarówno w sektorze publicznym, prywatnym czy wolontariackim.

20. Celem podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom jest zintegrowanie odpowiednich praw dzieci w odniesieniu do zdrowia i opieki zdrowotnej w praktyczne ramy, które prowadzą do zmiany kulturowej i konsekwentnej poprawy wszystkich usług, co przyczynia się do wzrostu poziomu zdrowia i dobrego samopoczucia dzieci. To podejście powinno być możliwe do zastosowania zarówno na poziomie tworzenia polityki/planowania rozwoju, na poziomie dostarczania usług i na poziomie poszczególnych dzieci i rodzin. Podejście jest uniwersalne, ale pozwala państwom członkowskim na dostosowanie go do warunków krajowych.

21. „Opieka zdrowotna przyjazna dzieciom” obejmuje ideę „przyjazności rodzinie”, ułatwiając w ten sposób łączenie noworodków i ich matek/rodziców i utrzymywanie kontaktów między dzieckiem a jego rodziną oraz zapobiegając oddzieleniu dziecka od jego rodziny chyba że wymaga tego interes dziecka.

22. Pięć zasad, zapisanych w konwencjach określonych w preambule, ma szczególne znaczenie z punktu widzenia podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom:

a. Udział

23. Udział oznacza, że dzieci mają prawo do informacji, konsultacji i bycia wysłuchanym, do przedstawienia swoich opinii niezależnie od rodziców i by ich opinie były brane pod uwagę. Oznacza to uznanie dzieci jako aktywnych podmiotów i opisuje proces uczestnictwa w podejmowaniu decyzji. Poziom uczestnictwa dziecka zależy zarówno od jego wieku, rozwiniętych zdolności, dojrzałości i od znaczenia decyzji, które należy podjąć.

24. Rodzice i rodziny powinni zachęcać dzieci do udziału w podejmowaniu decyzji na poziomie rodziny, społeczności i społeczeństwa - zachęcając do wzrostu niezależności i ograniczając zależność od nich wraz ze wzrostem zdolności dziecka do samodzielności i niezależności.

b. Promocja

25. Promocja zdrowia jest „procesem umożliwiającym ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i jego uwarunkowaniami, a tym samym poprawy ich zdrowia”.⁶ Promocja obejmuje więc wszystkie działania, które pozwalają dzieciom bardziej zadbać o swoje zdrowie i zwiększyć wrażliwość na pozytywne wyznaczniki zdrowia (określone jako czynniki, które przyczyniają się do poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia). Promocja zdrowia obejmuje nie tylko działania w rodzinach i społecznościach skierowane na uwarunkowania zdrowia i stylu życia, ale także elementy związane z usługami i regulacjami w obszarze opieki medycznej, które przyczynią się do poprawy wyników zdrowotnych.

c. Ochrona

26. Ochrona zdrowia obejmuje wszystkie działania, które mają na celu ograniczenie lub uniknięcie narażenia dzieci na wszelkie zagrożenia, które można określić jako czynniki, potencjalnej szkody dla zdrowia. Zagrożenia te mogą wystąpić w rodzinach, społecznościach i usługach zdrowotnych. Terapie medyczne mogą powodować szkody, a z perspektywy bezpieczeństwa pacjentów podkreślić należy fakt, że dzieci są szczególnie narażone na szkody związane z błędami lekarskimi czy zakażeniami szpitalnymi.

d. Zapobieganie

27. Zapobieganie jest aktywnym procesem, którego celem jest, uniknięcie przyszłych problemów społecznych, zdrowotnych lub emocjonalnych, w celu umożliwienia jak najpełniejszej realizacji potencjału ludzkiego. Obejmuje działania ukierunkowane na zmniejszenie niekorzystnych uwarunkowań zdrowotnych, aby zapobiec rozwojowi choroby lub schorzenia, uniknięcia komplikacji związanych z chorobą lub schorzeniem, w celu uniknięcia wpływu choroby lub schorzenia na życie lub aspiracje osoby i zapobiegania szkodom spowodowanym przez usługi lub leczenie.

e. Świadczenie usług

28. Świadczenie usług odnosi się do wszelkich usług, które przyczyniają się do zdrowia i dobrego samopoczucia dzieci i rodzin, a więc obejmuje nie tylko tradycyjne usługi zdrowotne. „Świadczenie usług medycznych oparte na ścieżkach” jest pojęciem, które opisuje wszystkie części składowe, które muszą współistnieć, aby doświadczenia pacjentów były jak najlepsze i przynosiły optymalne rezultaty dla dzieci i rodzin podczas ich bezpiecznej „podróży” poprzez świadczone usługi medyczne.

B. Opis podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

29. Celem podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom jest zapewnienie, że podejmowane są właściwe działania dopasowane do potrzeb konkretnego dziecka, w

⁶ Hasło: *Promocja Zdrowia*, Słownik WHO, 1998.

odpowiednim czasie, w odpowiednim miejscu i przy udziale wykwalifikowanych pracowników, którzy otrzymują właściwe wsparcie, tak aby osiągnąć właściwe wyniki, z zachowaniem uzasadnionych kosztów. Ogólnym celem jest poprawa jakości opieki zdrowotnej zdefiniowanej jako skuteczność, efektywność i sprawiedliwość, przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na bezpieczeństwo pacjentów i ich zadowolenie/doświadczenia. W związku z tym, cele usług powinny być połączone z odpowiednimi, przyjaznymi dzieciom, zasadami w podejściu praktycznym, które będzie można zastosować do poszczególnych dzieci i rodzin, osób świadczących usługi, a które zapewniają informacje potrzebne na wyższym poziomie planowania usług i rozwoju polityki.

30. Podejście opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom zakłada, że w centrum wszystkich usług są potrzeby dzieci i ich rodzin. Usługi są następnie projektowane w taki sposób, by umożliwić dziecku i jego rodzinie, otrzymanie całego szeregu interwencji lekarskich, w tym promocji, profilaktyki i leczenia oraz pomocy i wymaganego wsparcia, w sposób, który jest dostosowany do konkretnych okoliczności. Indywidualne doświadczenia z realizacją usług nazywa się „podróżą”, grupy podobnych „podróży” nazywane są „ścieżką”, gdzie każda z jej części składowych dostarczana jest przez zespół, a wszystkie zespoły pracują wspólnie w „sieci”, która dąży do ciągłej poprawy jakości.

31. Dla wielu chorób przewlekłych, istnieje ścieżka podstawowa, która obejmuje początkowe stadium choroby, jej identyfikację, wstępną ocenę i zarządzanie. Następnie przechodzi się do ścieżki cyklicznej, gdzie stan pacjenta jest sprawdzany regularnie z naciskiem na najlepsze zarządzanie stanem zdrowia i zapobieganie powikłaniom lub innym chorobom towarzyszącym. Istnieje także ścieżka „przejściowa”, która może służyć przejściu do usług dla dorosłych, powrotowi do zdrowia, jeśli choroba została wyleczona, lub w najgorszym przypadku, do opieki paliatywnej, jeśli dochodzi do dalszego pogorszenia stanu zdrowia prowadzącego do śmierci.

32. Zasadniczo każda ścieżka składa się z czterech elementów: zapobiegania, identyfikacji, oceny i interwencji lekarskiej. Każdy z tych elementów musi być oparty na dowodach, otrzymanych we właściwym miejscu i właściwym czasie, dostarczonych przez fachowców pracujących w zespołach. Celem tych działań powinno być zapewnienie właściwych wyników w adekwatnej cenie.

33. Podejście opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom uznaje, że interwencje lekarskie powinny koncentrować się nie tylko na zarządzaniu stanem zdrowia dziecka, ale również na ich środowisku fizycznym lub społecznym, unikając w ten sposób medykalizacji problemów społecznych. Obejmuje ono rozwiązywanie problemów ochrony środowiska (jakość powietrza i wody, warunki sanitarne), problemy społeczno-gospodarcze (ubóstwo, wykluczenie społeczne, złe warunki mieszkaniowe i żywieniowe), dostęp do edukacji lub kwestie wychowawcze (umiejętności rodzicielskie, zdrowie psychiczne rodziców, przemoc w rodzinie lub uzależnienia).

34. Ważne jest, aby kłaść nacisk na potrzebę wspierania dzieci w przypadkach, w których rodzice cierpią z powodu ciężkich schorzeń fizycznych lub psychicznych, narkomanii lub w przypadku nagłej śmierci rodziców.

35. Na każdym etapie „ścieżki”, dzieci, stosownie do ich wieku i stopnia dojrzałości oraz ich rodziny powinny otrzymywać pełną informację i możliwość zaangażowania w proces leczenia. Dzieci należy zachęcać do korzystania z prawa do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących ich zdrowia. Takie zaangażowanie jest szczególnie ważne w przypadku chorób przewlekłych tak, by dzieci były w pełni przygotowane do odgrywania aktywnej roli w procesie leczenia.

36. Ścieżka, czy to początkowa, czy cykliczna lub przejściowa, powinna być jasno, aktywnie nakierowana na zapobieganie, bądź przez promocję zdrowego stylu życia dobrego samopoczucia, w celu ochrony przed ewentualnym uszczerbkiem na zdrowiu lub poprzez wczesne wykrywanie potencjalnych problemów zdrowotnych.

C. Zastosowanie i zalety podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

37. Najważniejszą korzyścią z przyjęcia podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom, jest doprowadzenie do harmonii i synergii między wszystkimi zainteresowanymi stronami - administracją publiczną, organizacjami lub grupami zawodowymi, w tym również dziećmi i ich rodzinami - stworzenie zintegrowanego systemu umożliwiającego im współpracę w planowaniu przyszłych usług dla dzieci, a także ujednolicenie i poprawę już istniejących usług. Do wykazania możliwości zastosowania oraz zalet podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom zostaną wykorzystane trzy przykłady odpowiadające perspektywom: dzieci oraz ich rodzin, usługodawców i decydentów/planistów.

38. Podejście przyjazne dzieciom przyniesie następujące korzyści dla dzieci i rodzin:

- i. dostępność, w razie wystąpienia problemów zdrowotnych, szerokiego zakresu usług, które zarówno promują, jak i chronią ich zdrowie, połączonego z dostarczonymi na czas, dostępnymi i przystępnymi cenowo usługami zdrowotnymi;
- ii. podczas korzystania z usług, wszystkie ich części składowe konieczne dla osiągnięcia dobrego wyniku, powinny być dostępne i dobrze ze sobą współpracować;
- iii. są w stanie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji, które ich dotyczą i są zachęceni do przekazywania informacji zwrotnych na temat ich doświadczeń dotyczących usług medycznych.

39. Usługodawcy koncentrują się na zapewnieniu, że interwencje lekarskie oparte na dowodach wykonywane są przez wykwalifikowany personel, we właściwym miejscu i we właściwym czasie. Należy podkreślić kluczową rolę dobrej koordynacji i spójności różnych terapii i prowadzących je instytucji w tworzeniu skutecznej strategii. Wynikające z tego korzyści to:

- i. większe bezpieczeństwo, doświadczenie i wyniki;
- ii. siła robocza zaangażowana we współpracę interdyscyplinarną, innowację, kształcenie i doskonalenie;
- iii. mniejsze koszty, jeśli możliwości profilaktyki są wykorzystywane.

40. Jeśli chodzi o tworzących polityki⁷/planistów podejście opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom, może być wykorzystywane jako narzędzie polityki/planowania służące uzgadnianiu kosztów i celów polityki pomiędzy:

- i. resortami, samorządami zawodowymi i innymi agencjami odpowiedzialnymi za rozwój polityki;
- ii. organizacjami odpowiedzialnymi za planowanie i uruchamianie usług przez różne agencje;
- iii. organizacjami i agencjami odpowiedzialnymi za regulację i poprawę usług.

V. Wdrażanie opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

41. Priorytety wdrażania różnią się znacznie pomiędzy poszczególnymi państwami członkowskimi i wewnątrz nich. Dostępne są trzy opcje, pozwalające na rozwój „zintegrowanego systemu kształcenia”, który jest praktycznym narzędziem realizacji podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom, w oparciu o pięć zasad przewodnich.

Udział

42. Znaczący udział wymaga od dzieci i rodzin, by posiadały wszelkie informacje na temat rozważanych zagadnień dotyczących poprawy jakości procesu podejmowania przez nich decyzji. Wymaga to odpowiednich informacji, które muszą być przekazywane w sposób dostosowany do poziomu rozwoju i zdolności dziecka. Udział powinien być realizowany na trzech poziomach:

- i. indywidualnego podejmowania decyzji, czy to w odniesieniu do wyboru stylu życia czy zaangażowania w podejmowanie decyzji medycznych. Realizacja wymagać będzie dostępności informacji, personelu medycznego będącego w stanie komunikować się z dziećmi oraz mediacji, gdy występują różnice;
- ii. możliwości przedstawienia przez dzieci opinii na temat swoich doświadczeń po tym jak skorzystały z usług. Realizacja będzie wymagać zarówno opracowania systemu oceny wyników i doświadczeń, dokonywanej przez pacjentów, jak i różnych metod angażowania ich w ten proces (indywidualnie oraz z rówieśnikami);

⁷ Termin „polityka” jest używany w sensie „kierunków działań, środków regulacyjnych, praw i priorytetów finansowania dotyczących danego tematu inicjowanych przez rząd, jego wydziały lub przedstawicieli”.

- iii. wraz ze wzrostem dojrzałości i zdolności, dzieci powinny być angażowane w proces tworzenia polityki/planowania usług, z których korzystają. Realizacja będzie wymagać stworzenia odpowiednich szkoleń/form kształcenia, umożliwiających im udział w tym procesie, na przykład w zakresie rozumienia zasad ustalania priorytetów.

Promocja

43. Skuteczna promocja zdrowia wymaga synergii pomiędzy opartymi na dowodach interwencjami lekarskimi prowadzonymi na różnych wielu poziomach równocześnie. Jest to istotne dla wszystkich dzieci, zwłaszcza najsłabszych i tych korzystających z usług zdrowotnych:

- i. Wszystkie dzieci. Wszystkie dzieci powinny brać udział w programach promocyjnych i politykach, takich jak „miasta przyjazne dzieciom”, „szkoły przyjazne dzieciom” oraz „przyjazny dla dzieci system opieki nad dziećmi”;
- ii. Dzieci z grup wysokiego ryzyka. Wyznaczniki zdrowia nie są równo rozłożone między dzieci w społeczeństwie, zarówno te społeczne, jak i emocjonalne czy finansowe. W rodzinach, w których mamy do czynienia ze złym stanem zdrowia rodziców, zwłaszcza zdrowia psychicznego, trudnościami w uczeniu się lub uzależnieniami, dzieci będą wymagać dodatkowego ukierunkowanego wsparcia, aby umożliwić im osiągnięcie maksymalnego potencjału. Realizacja będzie wymagać by były dostępne różnego rodzaju terapie oparte na dowodach;
- iii. Dzieci korzystające z usług zdrowotnych. W przypadkach częstego lub długotrwałego kontaktu dzieci z usługami zdrowotnymi, na przykład w wyniku skomplikowanej choroby, rehabilitacji po urazach głowy lub poważnych problemów ze zdrowiem psychicznym, konieczne jest, aby utrzymać ich kontakt z rodzinami i przyjaciółmi, a ich edukacja czy zdrowie w przyszłości nie ulegną zaburzeniu na skutek dłuższego pobytu w szpitalu.

44. W celu wdrożenia podejścia może być konieczne rozważenie możliwych skutków finansowych dla rodziców dzieci przewlekle chorych, którym zaoferowano możliwość nauki w szpitalu i zachęcenie do tworzenia rozwiązań umożliwiających utrzymywanie przez dzieci kontaktu z przyjaciółmi i rodziną.

Ochrona

45. Wszystkie dzieci wymagają ochrony przed potencjalnymi zagrożeniami dla zdrowia, ale niektóre dzieci są na nie bardziej podatne niż inne, bądź ze względu na choroby przewlekłe, które osłabiają ich odporność, bądź też dlatego że żyją w nieoptymalnych warunkach. Dzieci korzystające z usług zdrowotnych powinny być chronione przed umyślnymi lub niezamierzonymi uszczerbkami na zdrowiu powstałymi i podczas korzystania z usługi:

- i. Wszystkie dzieci. Wszystkie dzieci wymagają ochrony przed krzywdą fizyczną, społeczną, emocjonalną i finansową. Realizacja będzie wymagać interwencji w celu poprawy środowiska fizycznego (na przykład jakości otoczenia, jakości powietrza, zmniejszania ryzyka urazów i zapobiegania przemocy), poprawy otoczenia społecznego poprzez polepszanie zdolności rodzicielskich rodziców, zapobieganiu znęcaniu się lub rasizmowi i wspierania rodzin o niskich dochodach;
- ii. Narażone dzieci. Dzieci z chorobami przewlekłymi, czy z niepełnosprawnością wymagają szczególnej ochrony przed zidentyfikowanymi zagrożeniami, które mogą ich dotyczyć;
- iii. Dzieci korzystające z usług zdrowotnych. Wszystkie terapie i systemy mogą potencjalnie powodować uszczerbek na zdrowiu i/lub negatywne skutki. Dzieci są często bardziej na nie narażone niż dorośli ze względu na ich niedojrzałość i słabiej rozwinięte umiejętności językowe i komunikacyjne. Realizacja będzie wymagać stworzenia spójnych i kompleksowych ram polityki bezpieczeństwa pacjenta, w tym przyjaznego dzieciom systemu sprawozdawczości zdarzeń niepożądanych, utrzymywanego w celu uczenia się na takich przypadkach. Specjaliści pracujący z dziećmi i dla dzieci powinni być, w miarę potrzeby, poddawani regularnym kontrolom, zgodnie z prawem krajowym, w celu zapewnienia ich przydatności do pracy z dziećmi.

Zapobieganie

46. Kluczem do zapobiegania przyszłym problemom jest aktywne planowanie. W przeciwieństwie do promocji i ochrony, zapobieganie jest ukierunkowane na pojawiające się problemy, w odniesieniu do których istnieją skuteczne sposoby interwencji:

- i. poziom podstawowy profilaktyki obejmuje głównie interwencje w całej populacji dzieci, takie jak programy szczepień, profilaktyka próchnicy poprzez fluoryzację wody lub profilaktyka wad cewy nerwowej poprzez suplementację kwasu foliowego w zbożach;
- ii. profilaktyka drugiego poziomu może być stosowana w całej populacji dzieci np. w zakresie wczesnego wykrywania głuchoty przez programy przesiewowego badania słuchu u noworodków lub skierowane do konkretnych grup dzieci, w celu zapobiegania, na przykład, wtórnym powikłaniom cukrzycy lub przemieszczeniu stawu biodrowego u dzieci z porażeniem mózgowym;
- iii. profilaktyka trzeciego poziomu wymaga interwencji w celu zapobiegania wtórnym niepełnosprawnościom lub nieprawidłowościom wynikającym z określonego stanu zdrowia.

47. Wdrożenie podejścia realizowane jest na dwóch poziomach. Państwa członkowskie powinny zdecydować, które programy promocyjne i prewencyjne powinny być przeznaczone dla całej populacji, a które powinny być skierowane do wybranej grupy dzieci. Na poziomie indywidualnym, pracownicy służby zdrowia, dzieci i ich rodziny powinni aktywnie planować zarządzanie stanem dziecka, uwzględniając prawdopodobne powikłania lub stany związane z

niepełnosprawnością, a tym samym zmniejszyć ich wpływ na jakość życia dziecka i jego życie codzienne.

Świadczenie usług

48. Świadczenie usług opiera się na „ścieżkach”: istnieją cztery elementy wspólne dla trzech rodzajów (wstępnej, cyklicznej i przejściowej) ścieżki dla chorób przewlekłych, częściami składowymi każdej z nich są: identyfikacja, ocena i interwencja. Każda część składowa powinna być:

- i. oparta na dowodach;
- ii. dostarczana przez kompetentnych specjalistów;
- iii. dostarczona we właściwy sposób, we właściwym miejscu, we właściwym czasie.

49. Wdrożenie podejścia wymagać będzie stosowania opartych na dowodach i przyjaznych dla użytkownika wytycznych dla pracowników służby zdrowia i rodzin, a dowody te powinny być łatwo dostępne, aby umożliwić uzgodnienie oczekiwań klinicznych między pacjentami a opiekunami. Utrzymanie kompetencji osób pracujących z dziećmi i rodzinami wymaga wstępnego szkolenia na temat „Opieka zdrowotna przyjazna dzieciom”, wsparcia personelu wykonawczego w zakresie innowacyjnych środków mającego na celu stworzenie opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom oraz korzyści z takiego postępowania. Podobnie, pomoc dzieciom, by mogły stać się „kompetentnymi pacjentami” jest niezbędne, dla osiągnięcia dobrych wyników.

50. Opieka zdrowotna powinna być łatwo dostępna dla ludności. Jeśli to możliwe, leczenie powinno się odbywać blisko domu dziecka lub w znanym mu środowisku, na przykład w przedszkolu lub szkole, gdzie dziecko czuje się komfortowo i gdzie opieka może być realizowana we współpracy z rodzicami lub opiekunami. Jeśli leczenie wymaga pobytu w szpitalu, otoczenie powinno być dostosowane do potrzeb dziecka.

51. Opieka zdrowotna przyjazna dzieciom jako „zintegrowany system uczenia się”: podejście opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom tworzy przy pomocy zintegrowanego celu i zasad systemu praktyczne podejście oparte na „ścieżkach”, które prowadzi do nieustannego podnoszenia jakości usług. Trzy części składowe są niezbędne w tworzeniu tego pozytywnego cyklu ciągłego doskonalenia jakości i nauczania:

- i. klarowność celów i zasad;
- ii. oparte na systemie „ścieżek” ramy dostarczania usług medycznych;
- iii. system, który zachęca do innowacji, uczenia się i doskonalenia.

52. Realizacja wymaga przyjęcia i, w razie konieczności, dostosowania do tego podejścia wszystkich agencji, organizacji i grup zawodowych, mających wkład w świadczenie usług dla dzieci i rodzin. Jest to szczególnie ważne, aby osiągnąć zgodność i współdziałanie:

- i. decydentów z różnych sektorów;
- ii. pośredników, dostawców i regulatorów usług;
- iii. organizacji zdrowia, edukacji i opieki społecznej.

53. Istotne jest, aby włączyć kulturę uczenia się i doskonalenia w proces świadczenia usług. Każda agencja powinna mieć podobne podejście do wyboru terapii opartych na dowodach, ustalania priorytetów, utrzymywania kompetencji pracowników, pracy w zespołach i ciągłej poprawy jakości.

54. Poczucie bezpieczeństwa i komfortu powinny być częścią procesu terapeutycznego dziecka. Wymaga to, by personel był „przyjazny dzieciom” i kompetentny zarówno pod względem kulturowym jak i medycznym. Opieka zdrowotna powinna być świadczona w przyjaznym dzieciom środowisku i w stosownych przypadkach oddzielona od osób dorosłych. Strach, dyskomfort i ból powinny być zauważane, oceniane i zarządzane za pomocą interwencji odpowiednich dla wieku dziecka.

VI. Promowanie podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom

55. Promowanie podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom wymaga by wszystkie państwa członkowskie uznały znaczenie praw dziecka w każdym czasie i warunkach. Powinno się wymagać trzech poziomów promocji:

- i. promocji praw dziecka;
- ii. promocji zasad, mających zastosowanie do usług zdrowotnych świadczonych dzieciom;
- iii. promocji podejścia opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom, które spaja zasady w praktyczny model planowania usług, świadczeń i doskonalenia usług.

56. Sukces będzie zależał od uzgodnienia motywacji, myślenia i działania na trzech poziomach: kształtowania polityki, planowania usług i indywidualnej opieki.

57. Państwa członkowskie powinny aktywnie popierać podejście opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom i ułatwiać jego wprowadzanie, a w razie potrzeby, adaptację opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom do funkcjonujących polityk, planowania usług i praktyk, w połączeniu z rozwojem odpowiednich środków monitorowania realizacji.

58. Państwa członkowskie powinny uwzględniać zasady proklamowane w Konwencji Organizacji Narodów Zjednoczonych o prawach dziecka, Europejskiej Karcie Społecznej oraz Zrewidowanej Europejskiej Karcie Społecznej, Europejskiej Konwencji o wykonywaniu praw

dzieci oraz Europejskiej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu, we wszystkich swoich politykach, planach i programach.

59. Państwa członkowskie powinny podejmować działania lub inicjatywy edukacyjne w celu promowania praw dziecka. Prawa człowieka i prawa dziecka powinny być włączone do programu szkolnego, w tym w zakresie ich powiązań ze zdrowiem wraz z podkreśleniem potrzeb dzieci z grup szczególnie zagrożonych, takich jak dzieci bez ochrony rodzicielskiej, cierpiące na choroby przewlekłe, biedne lub pochodzące ze zmarginalizowanych grup społecznych.

60. Państwa członkowskie powinny popierać, rozpowszechniać i wdrażać system opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom do planowania i świadczenia usług, w celu uzyskania poprawy efektywności, skuteczności, bezpieczeństwa i równości w ramach usług opieki zdrowotnej.

61. Państwa członkowskie powinny promować efektywne uczestnictwo dzieci w polepszaniu stanu ich zdrowia, udział w podejmowaniu decyzji związanych z opieką nad nimi, w planowaniu działań w zakresie opieki zdrowotnej i ocenie wyników, stosownie do ich wieku i dojrzałości.

62. Państwa członkowskie powinny wspierać programy i polityki mające na celu podnoszenie świadomości dzieci i ich rodziców w zakresie ich praw do aktywnego udziału w podejmowaniu decyzji oraz promocji i ochrony zdrowia, poprzez tworzenie struktur prawnych i polityki, które wspierają promocję praw dziecka w ochronie zdrowia, jeśli takie nie istnieją.

63. Zgodnie z podejściem „Zdrowie we wszystkich obszarach polityki”, organizacje pozarządowe i inne zainteresowane strony mające wkład w kwestie zdrowia i dobrego samopoczucia dzieci powinny współpracować i dążyć do ciągłego doskonalenia jakości swoich usług, a zwłaszcza bezpieczeństwa, efektów i doświadczenia/zadowolenia użytkowników.

64. Państwa Członkowskie powinny zwrócić szczególną uwagę na inwestycje w usługi dla dzieci i rodzin w celu zapewnienia wystarczających zasobów, aby stworzyć zdrowe przyszłe pokolenia.

65. Państwa członkowskie powinny zaangażować odpowiednie instytucje i zainteresowane strony do mierzenia i monitorowania stopnia realizacji podejścia do opieki zdrowotnej przyjaznej dzieciom w ich polityce i praktyce ochrony zdrowia.

66. Państwa członkowskie powinny promować wymianę praktyk oraz współpracę międzynarodową w dziedzinie przyjaznej dzieciom opieki zdrowotnej.