



POLSKIE TOWARZYSTWO PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

Gdańsk, 14 czerwca 2024 roku

Pani Izabela Leszczyna

Ministra Zdrowia

Szanowna Pani Ministrze,

wieloletnie zaniedbania w obszarze ochrony zdrowia Polaków prowadzą między innymi do śmiertelności okołoperacyjnej przewyższającej średnią dla krajów europejskich. Według danych opublikowanych przez Lancet w roku 2012, wynosiła ona prawie 7 osób na 100, czyli siedem razy więcej od europejskiego minimum. Praktycznie, każdy Polak potrafi wskazać osobę ze swojej rodziny lub z kręgu bliskich znajomych, która ucierpiąta z powodu niezadowalającej opieki okołoperacyjnej!

Wobec całkowitego ignorowania tego problemu przez kolejne rządy, od 2018 roku Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych podejmuje działania na rzecz poprawy jakości opieki okołoperacyjnej. Inicjatorką i liderką tych działań z ramienia Towarzystwa jest Przewodnicząca Sekcji Prehabilitacji i Medycyny Okołoperacyjnej PTPZ, dr n. med. Magdalena Łasińska-Kowara, specjalistka anestezjologii i intensywnej terapii.

Celem kolejnej Interdyscyplinarnej Konferencji Medycyny Okołoperacyjnej w Gdańsku, zorganizowanej przez Sekcję Prehabilitacji i Medycyny Okołoperacyjnej PTPZ, było uzyskanie konsensusu środowisk medycznych, menedżerskich i pacjenckich co do konieczności wprowadzenia standardów opieki okołoperacyjnej oraz wypracowanie pierwszych propozycji konkretnych rozwiązań.

Przygotowaliśmy osiem rekomendacji, które zostały przedstawione ekspertom obecnym podczas debaty, a następnie przeprowadziliśmy korespondencyjnie proces uzgodnień metodą Delphi oraz anonimowe głosowanie. Niniejszym przekazujemy pani Ministrze uzyskany i zaakceptowany w ten sposób dokument, z gorącą prośbą o pilne podjęcie niezbędnych środków zaradczych.

Piotr Popowski

dr Piotr Popowski

Przewodniczący Towarzystwa

Magdalena Łasińska-Kowara

dr Magdalena Łasińska-Kowara

Przewodnicząca Sekcji Prehabilitacji
i Medycyny Okołoperacyjnej

cc: Ministerstwa i instytucje wspierające agendę



POLSKIE TOWARZYSTWO PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

Gdańsk, 16 kwietnia 2024 roku

Pani Izabela Leszczyna

Ministra Zdrowia

W imieniu uczestników II Interdyscyplinarnej Konferencji Medycyny Okołooperacyjnej, IKMO 2024, która odbyła się w dniach 26-27 kwietnia 2024 roku, w Gdańsku, zwracamy się z apelem o opracowanie i wdrożenie **Koordinowanej Interdyscyplinarnej Opieki Okołooperacyjnej** dla wszystkich pacjentów poddawanych leczeniu inwazyjnemu w polskich szpitalach.

Okres okołooperacyjny obejmuje czas od kwalifikacji do zabiegu operacyjnego do przywrócenia pacjentowi maksymalnej możliwej sprawności, w tym rehabilitację pooperacyjną. Dziś szpital zajmuje się pacjentem od momentu przyjęcia do wypisu. W rezultacie wielu pacjentów jest hospitalizowanych bez pełnej diagnozy i odpowiedniego przygotowania do operacji, co prowadzi do konieczności dłuższego, kosztownego pobytu w szpitalu. To skutkuje nieefektywnym wykorzystaniem bloku operacyjnego, infrastruktury szpitala i zasobów kadrowych. W skrajnych przypadkach pacjent jest odsyłany do domu, co rodzi negatywne skutki społeczne.

Podobnie, po wypisie ze szpitala, pacjenci często pozostają bez odpowiedniego wsparcia. Brakuje mechanizmów pozwalających na skoordynowane monitorowanie ich powrotu do zdrowia w środowisku zamieszkania. Wizyta kontrolna w przychodni przyszpitalnej nie gwarantuje ciągłości opieki, co prowadzi do wzrostu kosztów opieki rosną, także po stronie pacjenta. W ten sposób nawet po udanej operacji dochodzi do pogorszenia efektów klinicznych, a w skrajnych przypadkach do zgonu pacjenta.

Wdrożenie standardu okołooperacyjnej ścieżki pacjenta w systemie publicznej ochrony zdrowia zwiększy jego przyjazność, poprawi dostępność i jakość świadczeń. Dzięki jednocześnie uzyskanej poprawie bezpieczeństwa leczenia inwazyjnego obniżą się koszty leczenia powikłań. Koordynacja oraz interdyscyplinarność opieki okołooperacyjnej skrócą czas pooperacyjnej dezaktywacji zawodowej i zapobiegają ubożeniu rodzin związanemu z wydatkami na przedłużoną rekonwalescencję i konieczność zapewnienia opieki członkom rodzin.

Interdyscyplinarność i koordynacja leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego oraz ich współdziałanie z opieką społeczną stanowią najbardziej pożądane kierunki zmian w systemach opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej. Są jednym z priorytetów polityki spójności i celem wsparcia ze środków wspólnotowych. Wdrożenie takiego standardu opieki zostało przewidziane w dokumencie „Zdrowa Przyszłość”. Koordinowana interdyscyplinarna opieka okołooperacyjna wpisuje się we wszystkie cele w obszarze „Pacjent”. Jest zgodna z Kierunkiem interwencji 2 i narzędziami 2.1 i 2.2 poprzez wdrożenie opieki koordynowanej oraz działania w zakresie akredytacji, ścieżek postępowania oraz zapobiegania zdarzeniom niepożądanym.



POLSKIE TOWARZYSTWO PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

Obniżenie wskaźnika zgonów możliwych do uniknięcia, związanych z nieprawidłowym dostarczaniem świadczeń stanowi element polityki zdrowotnej ukierunkowanej na ratowanie życia obywateli, co stanowi element Wieloletniego Planu Finansowego na lata 2024-2027 (str. 31).

Proponujemy powołanie odpowiedniego zespołu ministerialnego w celu opracowania szczegółowego rozwiązania oraz deklarujemy wsparcie merytoryczne jego pracy.

W załączeniu przesyłamy pogłębione uzasadnienie celowości proponowanego działania oraz konkluzje dialogu eksperckiego obejmującego szczegóły rozwiązania.

W imieniu wymienionych poniżej ekspertów dokument podpisała

Dr n. med. Magdalena Łasińska-Kowara, anestezjolożka, *M. Łasińska-Kowara*

Przewodnicząca Sekcji Prehabilitacji i Medycyny Okołooperacyjnej

Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych

Prof. dr hab. med. Janusz Andres

Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Banasiewicz

Członek Zarządu Głównego Towarzystwa Chirurgów Polskich

Prof. dr hab. med. Mariusz Bidziński

Konsultant Krajowy w dziedzinie ginekologii onkologicznej

Prof. dr hab. med. Rafał Drwiła

Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Prof. dr hab. med. Jan Szczegielniak

Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii



POLSKIE TOWARZYSTWO PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

Prof. dr hab. med. Wojciech Zegarski

Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej

Dr n. med. Bartosz Trzeciak

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny rodzinnej

Dr n. med. Dominka Batycka-Stachnik

Wiceprezeska Krajowej Izby Fizjoterapeutów

Prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji

dr inż. Robert Mołdach

mgr Magdalena Janus-Hibner

Zastępca Dyrektora ds. Projektów, Rozwoju i Organizacji Onkologii Wojewódzkiego
Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

mgr Jolanta Dynarska

Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w
Szczecinie

lek. med. Jacek Pilarczyk

Przedstawiciel Zarządu Szpitali Pomorskich

kmdr. mgr farm. Bożena Szubińska Przedstawicielka Delegatury Pomorskiej
Obywatelskiego Parlamentu Seniorów

Prof. dr hab. med. Michał Zembala, kardiochirurg

Uzasadnienie:

Nasza inicjatywa jest odpowiedzią na wezwanie WHO skierowane do personelu medycznego, zarządów placówek oraz decydentów najwyższego szczebla o pilne działania ukierunkowane na zmniejszenie szkód spowodowanych kontaktem pacjenta z placówkami ochrony zdrowia na całym świecie. W ocenie WHO, powikłania leczenia stanowią obecnie jeden z czynników ograniczających dostęp do opieki medycznejⁱ

Wiemy z własnej praktyki, że Polska nie jest w tym zakresie wyjątkiem. Z dostępnych danych wynika, że 60-dniowa śmiertelność wewnątrzszpitalna po zabiegach operacyjnych w Polsce jest 2,5 krotnie wyższa od średniej unijnejⁱⁱ Z powodu braku centralnego systemu rejestracji powikłań, nie jesteśmy w stanie określić, jaki jest wpływ kosztów leczenia powikłań zabiegów inwazyjnych na budżet ochrony zdrowia w Polsce.

Pomimo licznych zmian, od czasu pierwszej reformy ochrony zdrowia, w latach 90-tych ubiegłego wieku, obszar medycyny okołoperacyjnej, nie doczekał się wystarczającego uregulowania. Jednym z niewielu polskich standardów w tym zakresie jest **standard opieki anestezyjologicznej**, ściśle ograniczony do pobytu pacjenta na sali operacyjnej i zakresu odpowiedzialności lekarza anestezjologa.

W odróżnieniu od medycyny nieinwazyjnej, interwencja zabiegowa charakteryzuje się większą złożonością procesów, zaangażowaniem większej liczby osób oraz innym przebiegiem w czasie. Z wyżej wymienionych powodów oraz ze względu na wynikające z definicji naruszenie integralności ciała pacjenta, charakteryzuje się większą liczbą powikłań, a ich następstwa powodują długotrwałą zależność od opieki medycznej, niepełnosprawność i skrócenie czasu życia. Warto zwrócić uwagę na to, że 90% zabiegów operacyjnych w Polsce to interwencje planowe. (*ostatni menedżer zdrowia*)

Planowy zabieg operacyjny, w rozumieniu współczesnej medycyny, nie jest jednorazowym zdarzeniem w życiu pacjenta. **Okres okołoperacyjny** to czas od kwalifikacji do zabiegu operacyjnego do przywrócenia pacjentowi maksymalnej możliwej sprawności, z uwzględnieniem rehabilitacji po zabiegu.

Proces ten obejmuje wiele elementów, których przeprowadzenie i wykonanie wymaga **standaryzacji na poziomie ogólnokrajowym**, analogicznie do działań prowadzonych w innych krajachⁱⁱⁱ

Niektóre elementy procesu okołoperacyjnego to kwalifikacja (obejmuje diagnostykę choroby, proces podejmowania decyzji i proces zgody), przygotowanie pacjenta (diagnostyka i leczenie chorób współistniejących oraz prehabilitacja), przygotowanie zespołu (wybór miejsca, personelu i sprzętu), przeprowadzenie interwencji (liczne podrzędne elementy), rekonwalescencja pacjenta – w tym rehabilitacja i inne elementy oraz – regeneracja osób i sprzętu do przeprowadzenia następnej procedury.

Aktualna wiedza medyczna pozwala na wypracowanie w Polsce, wzorem wielu innych krajów Europy i świata, **standardu interdyscyplinarnej, koordynowanej opieki okołoperacyjnej** dotyczącego całej medycyny inwazyjnej.

Uporządkowanie procedur oraz opracowanie standardu okołoperacyjnej ścieżki pacjenta na poziomie centralnym jest niezbędne w celu realizacji konstytucyjnej równości pacjentów w odniesieniu do dostępu oraz jakości i bezpieczeństwa świadczeń. W efekcie doprowadzi do poprawy

gospodarowania środkami finansowymi, poprawy wizerunku ochrony zdrowia oraz zadowolenia pacjenta. Transparentność przepisów zmniejszy niepewność personelu w zakresie odpowiedzialności prawnej, która aktualnie zbyt często wynika z błędów systemowych, a nie indywidualnych.

Zasadnym jest skorzystanie z wdrożonych wcześniej standardów opieki koordynowanej w onkologii (DILO, programy KON-Pierś i KON-Jelito) oraz POZ (opieka koordynowana), nie powielając ich błędów. Należy wziąć pod uwagę propozycje standardów wdrożonych w innych krajach oraz założenia krajowego planu transformacji. Medycyna okołoperacyjna doskonale i na wielu płaszczyznach wpisuje się w ten projekt. [Krajowy Plan Transformacji - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl \(www.gov.pl\)](http://www.gov.pl)

Konieczne jest umożliwienie przepływu informacji pomiędzy POZ, AOS i szpitalem. Należy przypisać procedurom inwazyjnym ryzyko związane z procedurą (klasyfikacja znana od lat 90-tych ub. wieku). Trzeba implementować do systemów informatycznych standardy oceny ryzyka okołoperacyjnego po stronie pacjenta, wymagać jej określenia na kolejnych etapach kwalifikacji oraz planowania działań obniżających to ryzyko. Należy określić standardy badań laboratoryjnych dla poszczególnych procedur (wiele badań wykonywanych jest niepotrzebnie, niezgodnie z aktualną wiedzą – koszty systemowe!, innych nie wykonuje się, choć powinno – koszty leczenia powikłań!). Niezbędne jest opracowanie wzorów dokumentacji okołoperacyjnej i określenie zakresu ich modyfikacji. Trzeba zapewnić pacjentom dostęp do ujednocionej informacji na temat przebiegu i ryzyka procedur (**krajowy system informacji medycznej o procedurach inwazyjnych**). Ostatnie działanie jest niezbędne w obecnej rzeczywistości i pozwoli na zwiększenie wiarygodności całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Proponujemy, aby w skład zespołu weszli przedstawiciele wszystkich grup personelu medycznego, w tym lekarze POZ, AOS, wielu specjalności zabiegowych, zarządzający szpitalami oraz reprezentanci pacjentów.

Sugerujemy również wczesne otwarcie ścieżek pilotażowych dla opracowywanych modeli w mniejszych rejonach kraju.

Uczestnicy debaty:

Konsultanci Krajowi:

- Anestezjologii i Intensywnej Terapii – prof. Rafał Drwiła,
- Chirurgii – (p/o) prof. Tomasz Banasiewicz,
- Chirurgii Onkologicznej – prof. Wojciech Zegarski,
- Ginekologii Onkologicznej – prof. Mariusz Bidziński,

Konsultant Wojewódzki Medycyny Rodzinnej - dr Bartosz Trzeciak,

Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii – prof. Janusz Andres,

Menedżerowie Ochrony Zdrowia:

- Zastępca Dyrektora Ds. Projektów, Rozwoju i Organizacji Onkologii Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii Im. M. Kopernika W Łodzi – Magdalena Janus-Hibner
- Zastępca Dyrektora Ds. Pielęgniarstwa Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie – Jolanta Dynarska
- Przedstawiciel Zarządu Szpitali Pomorskich – Jacek Pilarczyk

Oraz:

- Prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji – dr inż. Robert Mołdach
- Przedstawicielka Delegatury Pomorskiej Obywatelskiego Parlamentu Seniorów – kmdr. Bożena Szubińska

Prowadzący debatę:

Prof. Michał Zembala, kardiochirurg

Dr n. med. Magdalena Łasińska-Kowara, anestezjolożka

Załącznik:

Konsensus Ekspertów przeprowadzony wg metody Delphi.

ⁱ [Rezolucja WHA 72.6 - *URGES Member States:1 (1) to recognize patient safety as a health priority in health sector policies and programmes, making it an essential component for strengthening health care systems in order to achieve universal health coverage*][Sławomirski, L., A. Aaraaen and N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", *OECD Health Working Papers*, No. 96, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.][*GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021–2030 Towards eliminating avoidable harm in health care*]

ⁱⁱ dane z 2012 roku, brak nowszych - Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, Vallet B, Vincent JL, Hoeft A, Rhodes A; European Surgical Outcomes Study (EuSOS) group for the Trials groups of the European Society of Intensive Care Medicine and the European Society of Anaesthesiology. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet*. 2012 Sep 22;380(9847):1059-65).

ⁱⁱⁱ [[Homepage | Centre for Perioperative Care \(cpoc.org.uk\)](#), [Anaesthesia Perioperative Care Network | Agency for Clinical Innovation \(nsw.gov.au\)](#), [The Perioperative Care Framework document for design team \(anzca.edu.au\)](#), [Sichere Chirurgie - Patientensicherheit](#)]

Stanowisko grupy ekspertów
w sprawie standardu opieki okołoperacyjnej
w systemie ochrony zdrowia w Polsce
uzgodnione podczas
II Interdyscyplinarnej Konferencji Medycyny Okołoperacyjnej
w Gdańsku, 26.04.2024.

Opracowanie:

Dr n med. Magdalena Łasińska-Kowara

Przewodnicząca Sekcji Prehabilitacji i Medycyny Okołoperacyjnej

Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych

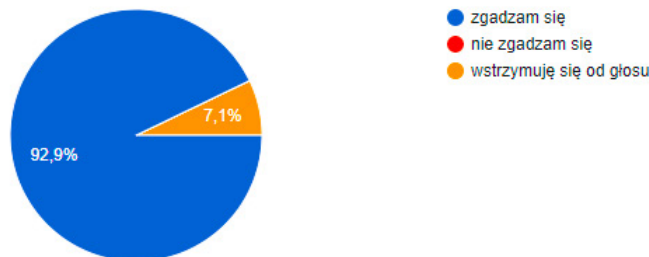
1. Rekomendujemy wyróżnienie w systemie ochrony zdrowia **okresu okołoperacyjnego** obejmującego czas od wstępnej kwalifikacji do zakończenia rehabilitacji w przypadku prawidłowego przebiegu procesu leczenia lub do zakończenia leczenia ewentualnych powikłań wraz z następczą rehabilitacją.

14 odpowiedzi



2. Apelujemy o utworzenie grupy ekspertów w celu opracowania **standardu koordynowanej interdyscyplinarnej opieki okołoperacyjnej** w systemie ochrony zdrowia w Polsce oraz **ścieżki jej finansowania**.

14 odpowiedzi



2.1. Zalecamy, aby w skład grupy ekspertów weszli lekarze aktualnie praktykujący oraz przedstawiciele wszystkich grup profesjonalistów medycznych uczestniczących w procesie leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek, fizjoterapeutów, dietetyków i psychologów.

14 odpowiedzi



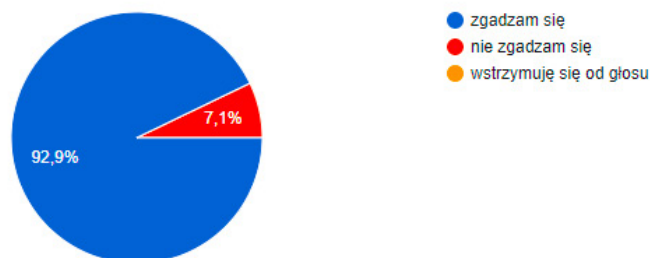
2.2. Rekomendujemy opracowanie takiego standardu realizacji świadczeń opieki okołoperacyjnej (analogicznie do standardu opieki anestezyjologicznej oraz położniczej), który pozwoli na **uwzględnienie aktualnych i przyszłych rekomendacji klinicznych** w zakresie opieki przedoperacyjnej, w tym prehabilitacji, oraz pooperacyjnej wraz z rehabilitacją.

14 odpowiedzi



2.3. Sugerujemy aktualizację dokumentu nie rzadziej co 5 lat i dostosowanie go do aktualnych zaleceń medycznych opracowywanych na bazie Evidence Based *Medicine*.

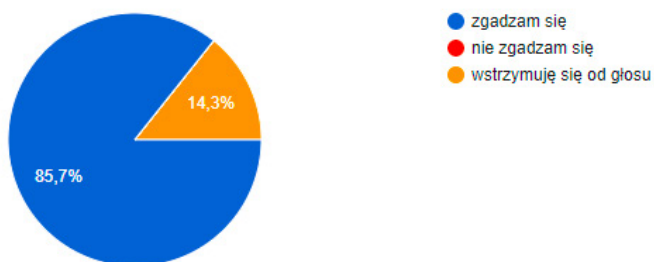
4 odpowiedzi



3. Celem **wyprzedzającej konsultacji anestezyjologicznej** jest zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów w okresie okołoperacyjnym oraz uczestnictwo specjalisty anestezyjologa w podejmowaniu decyzji o postępowaniu okołoperacyjnym. Brak możliwości wyprzedzającej konsultacji anestezyjologicznej poddaje w wątpliwość jakość prawną uzyskiwanej zgody na znieczulenie, powoduje hospitalizację pacjentów nieprzygotowanych do operacji, naraża system na koszty odwoływania operacji u pacjentów wysokiego ryzyka oraz przyczynia się do wzrostu kosztów leczenia w związku z powikłaniami opieki. Nie jest w interesie szpitala ani pacjenta brak finansowania porady jeśli zabieg operacyjny nie odbywa się w ustalonym wcześniej terminie albo dochodzi do rezygnacji z niego.

3.1. W okresie przejściowym **do czasu utworzenia nowego standardu opieki**, rekomendujemy pilne zmiany sposobu funkcjonowania oraz rozliczania konsultacyjnej poradni anestezyjologicznej (kod resortowy 1670) w taki sposób, aby zabezpieczyć zarówno interes pacjenta jak i szpitala.

14 odpowiedzi



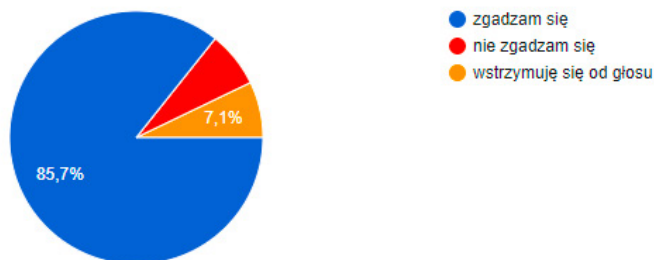
3.2. Należy umożliwić zlecenie badań dodatkowych i konsultacji innych specjalistów, co bywa niezbędne dla rzetelnego określenia ryzyka okotooperacyjnego.

14 odpowiedzi



3.3. Należy uwzględnić możliwość udzielania tej konsultacji w formie teleporady.

14 odpowiedzi



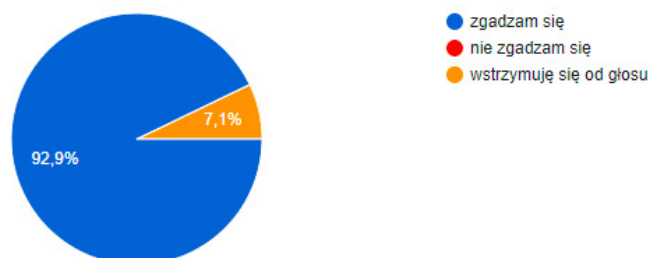
3.4. Należy umożliwić rezydentom o stażu określonym przez konsultanta krajowego w dziedzinie AiIT czynny udział w procesie przygotowania pacjentów do zaplanowanych zabiegów operacyjnych.

14 odpowiedzi



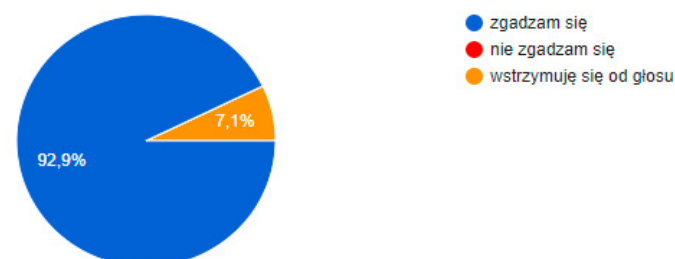
3.5. Należy umożliwić pielęgniarkom specjalistkom anestezjologii i intensywnej terapii czynny udział w procesie przygotowania pacjentów do zaplanowanych zabiegów operacyjnych.

14 odpowiedzi



3.6. Należy uwzględnić w procesie przygotowania co najmniej jedną wyprzedzającą konsultację fizjoterapeutyczną.

14 odpowiedzi



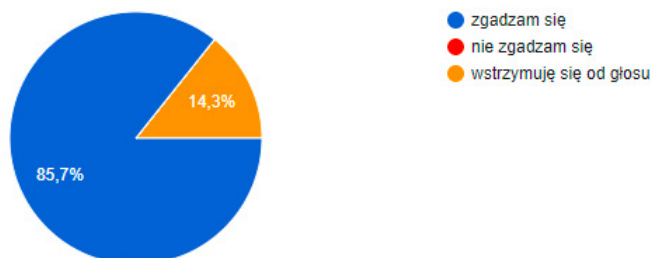
3.7. Należy określić **zasady konsyliarnej dyskwalifikacji** z zabiegu operacyjnego.

14 odpowiedzi



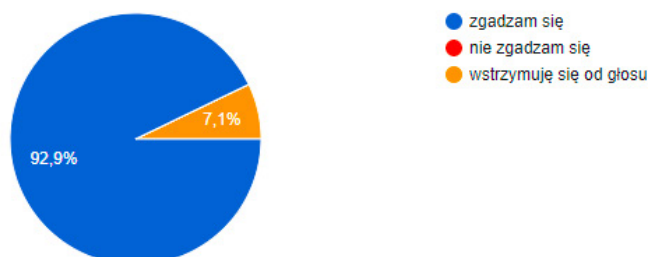
4. Rekomendujemy włączenie posiadania standardu opieki okołoperacyjnej (SOP) do wymagań akredytacyjnych dla szpitali oferujących zabiegi inwazyjne, w tym wprowadzenie do systemu HIS triage pacjentów kwalifikowanych do zabiegów.

14 odpowiedzi



4.1. Proponujemy, aby triage obejmował znakowanie w systemie grupy ryzyka pacjenta oraz znakowanie w systemie grupy ryzyka zabiegu, zgodnie z rekomendacjami klinicznymi dla poszczególnych grup zabiegowych. SOP postępowania okołoperacyjnego powinien wynikać z matrycy ryzyka i obejmować przedział czasowy jak w rekomendacji 1.

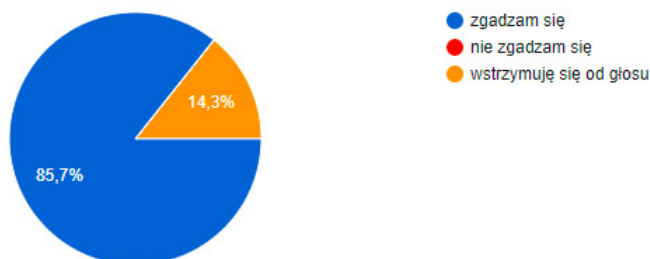
14 odpowiedzi



5. Niespójność i brak ciągłości sposobów rejestracji powikłań prowadzi do trudności w obliczeniu rzeczywistego ryzyka dla pacjentów poddawanych zabiegom inwazyjnym. System CTCAE jest od kilkudziesięciu lat stosowany w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w badaniach klinicznych, doskonale sprawdzony i co kilka lat aktualizowany.

5.1. Rekomendujemy przyjęcie systemu opisu CTCAE 5.0 jako obowiązującego nazewnictwa i określania stopnia ciężkości powikłań w okresie okołoperacyjnym – analogicznie do onkologii.

14 odpowiedzi



5.2. W celu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa leczenia proponujemy centralny system rejestracji powikłań, jednolity dla wszystkich dziedzin zabiegowych.

14 odpowiedzi



6. Trudności komunikacyjne pomiędzy systemami powodują brak ciągłości opieki medycznej oraz są poważnym czynnikiem ryzyka błędów w opiece zdrowotnej.

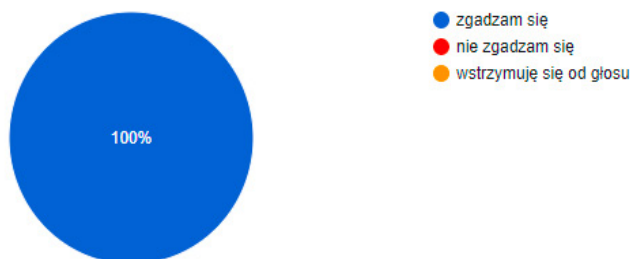
6.1. Apelujemy o przyspieszenie prac umożliwiających komunikację między specjalistami opiekującymi się tym samym pacjentem za pośrednictwem platformy P1 lub dedykowanych aplikacji.

14 odpowiedzi



- 6.2. Proponujemy sporządzenie standardu komunikacji przed przyjęciem oraz po wypisie ze szpitala w postaci odpowiedniego załącznika wzorcowej dokumentacji (wzorcowe skierowanie i wzorcowa epikryza), z możliwością umieszczania dodatkowych uwag.

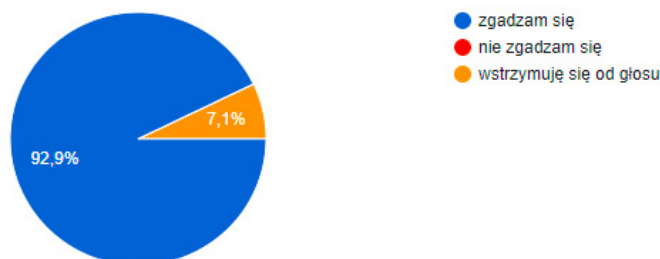
14 odpowiedzi



7. Powszechna dezinformacja jest czynnikiem ryzyka okołoperacyjnego. Obniża zaufanie do opieki zdrowotnej, refundowanej przez państwo oraz naraża lekarzy na niestuszne zarzuty prawne, co rodzi kolejne koszty społeczne. Proponujemy pilne rozpoczęcie prac nad włączeniem do systemu informacji medycznej powszechnie dostępnego, **Krajowego Systemu Informacji o Zabiegach Inwazyjnych**, napisanego językiem zrozumiałym dla pacjentów, w celu przeciwdziałania powszechnej dezinformacji. Link do odpowiedniego dokumentu powinien być przypisany do procedury, skąd można go wydrukować. Ujednolicenie informacji oraz obowiązek wydania jej pacjentowi może poprawić jakość komunikacji między lekarzem a pacjentem i sprzyja kompletności informacji w procesie uzyskiwania świadomej zgody na zabieg. W stworzenie takiego systemu można zaangażować wiele grup społecznych, co sprzyja budowaniu społeczeństwa obywatelskiego i wzmocnieniu kapitału społecznego.

Apelujemy o stworzenie **Krajowego Systemu Informacji o Zabiegach Inwazyjnych**, analogicznego do funkcjonującego w leczeniu farmakologicznym ChPL.

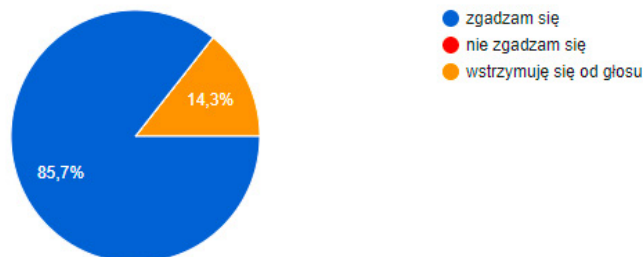
14 odpowiedzi



8. Status społeczno-ekonomiczny pacjenta jest czynnikiem ryzyka powikłań. Wzmocnienie roli pracowników społecznych w okresie okołoperacyjnym przysłuży się szczególnie pacjentom w starszym wieku w celu zagwarantowania bezpieczeństwa i jakości opieki po wypisie ze szpitala po zabiegach inwazyjnych. Uwzględnienie opieki społecznej w tym procesie może przeciwdziałać poszpitalnej instytucjonalizacji. Zatrudnienie pracowników opieki społecznej w opiece koordynowanej w takich przypadkach wychodzi naprzeciw zapotrzebowaniu społecznemu i jest wyrazem szczególnej troski o seniorów i sprzyja ich lepszej kondycji psychicznej .

Rekomendujemy włączenie pracowników opieki społecznej do ścieżki koordynowanej, interdyscyplinarnej opieki okołoperacyjnej, określenie ich zadań oraz sposobu finansowania.

14 odpowiedzi



9. Akceptuję list do MZ.

14 odpowiedzi



10. Akceptuję uzasadnienie do listu do MZ.

14 odpowiedzi





Obywatelski
PARLAMENT
Seniorów

POMORSKA DELEGATURA OPS

w Gdańsku z siedzibą w Sopocie
81-809 Sopot, ul. Artura Grotgera 4
Tel.: 501.266.900; 58.555.11.42
e: pomorskadelegatura@gmail.com



Sopot, 13 czerwca 2024 r.

Pani Izabela LESZCZYNA
MINISTER ZDROWIA

W a r s z a w a

Szanowna Pani Minister !

W imieniu Pomorskiej Delegatury Obywatelskiego Parlamentu Seniorów oraz biorących udział w działalności naszego Ruchu Społecznego, [którym jest Obywatelski Parlament Seniorów] szeregu Organizacji Pozarządowych działających na rzecz swoich Członków [realizując m.in. Zadania Polityki Senioralnej na terenie Województwa Pomorskiego], niniejszym

w całej rozciągłości popieram

*Stanowisko Ekspertów II Interdyscyplinarnej Konferencji Medycyny Okołooperacyjnej,
IKMO 2024, która odbyła się w dniach 26-27 kwietnia br. w Gdańsku*

**dotyczące opracowania i wdrożenia przez Ministerstwo Zdrowia
standardu opieki okołooperacyjnej w systemie ochrony zdrowia w Polsce w postaci
Koordynowanej Interdyscyplinarnej Opieki Okołooperacyjnej,**

dla wszystkich pacjentów poddawanych leczeniu inwazyjnemu w szpitalach naszego kraju, a który to dokument wraz z uzasadnieniem, zostały złożone na ręce Pani Minister.

Szanowna Pani Minister!

Jako seniorzy mamy prawo oczekiwać, że w jesieni naszego życia będziemy leczeni zgodnie z procedurami, a nadto z wymogami, jakie dają standardy stosowane w wielu krajach naszego kontynentu, do których należy zaliczyć również gałąź medycyny, którą jest Medycyna Okołooperacyjna. Dlatego też jako Ruch Społeczny wierzymy, że w najbliższym okresie Pani Resort wdroży, jako jeszcze mało znaną oraz nie stosowaną w pełnym zakresie, Koordynowaną Interdyscyplinarną Opiekę Okołooperacyjną dla pacjentów poddawanych leczeniu inwazyjnemu we wszystkich polskich szpitalach.

Z góry bardzo serdecznie dziękując za zrozumienie naszej prośby i okazane jej należyte oraz skuteczne wsparcie, w imieniu Pomorskich Seniorów i swoim własnym,

pozostaję z wyrazami szacunku i poważaniem -



PRZEWODNICZĄCY PREZYDIUM
POMORSKIEJ DELEGATURY OPS

Jacek Wojciech Gibała
Jacek Wojciech Gibała

Sz. P. Dr n. med. **Magdalena Łasińska-Kowara**

Lider II Interdyscyplinarnej Konferencji Medycyny Okołooperacyjnej w Gdańsku, 2024

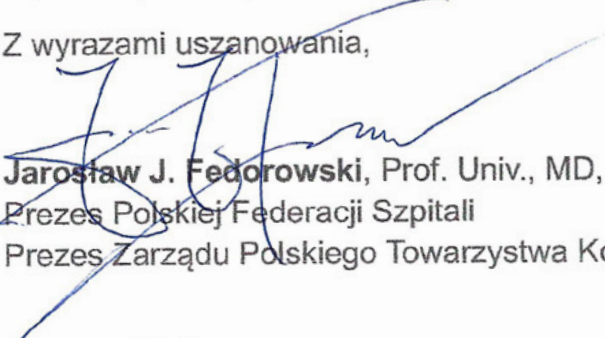
Szanowna Pani Doktor,

Polska Federacja Szpitali wraz z Polskim Towarzystwem Koordynowanej Ochrony Zdrowia promują najlepsze praktyki opieki koordynowanej, której docelowym modelem powinny być organizacje koordynowanej ochrony zdrowia konkurujące o wynik leczenia pacjentów.

Popieramy tworzenie i rozwój elementów opieki koordynowanej związanej z poszczególnymi procesami diagnostyczno-leczniczymi (np. opieka okołooperacyjna), poziomami opieki (np. opieka koordynowana w POZ), czy procesami chorobowymi (np. KOS zawał), uważając je za słuszne kroki w kierunku modelu docelowego. Tym modelem powinny być organizacje utrzymujących pacjentów w jak najlepszym zdrowiu, na przykład w formie konsorcjów różnych podmiotów szpitalnych oraz leczenia ambulatoryjnego. Wdrożenie opieki opartej na wartości dla pacjentów (VBHC) w oparciu o konsorcja koordynowanej ochrony zdrowia pozwoli na znaczną poprawę wyników leczenia oraz zmniejszy konieczność odgórnego regulowania wielu procesów.

W wyżej wymienionym kontekście popieramy propozycje środowiska profesjonalistów medycznych obradujących podczas IKMO 2024 - II Interdyscyplinarnej Konferencji Medycyny Okołooperacyjnej w Gdańsku, w dniach 26-27 kwietnia 2024 roku, dotyczące opracowania i wdrożenia projektu **Koordynowanej Interdyscyplinarnej Opieki Okołooperacyjnej** dla wszystkich pacjentów leczonych inwazyjnie w polskich szpitalach. Projekt powinien stać się integralną częścią dobrych praktyk stosowanych przez podmioty lecznicze, sprzyjając ich współpracy, a co za tym idzie - tworzeniu organizacji koordynowanej opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Z wyrazami uszanowania,



Jarosław J. Fedorowski, Prof. Univ., MD, PhD, MBA, FACP, FESC
Prezes Polskiej Federacji Szpitali
Prezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia

e-mail: jjf@pfsz.org

Warszawa, 31.05.2024

Dok. PFSz,KIOO,LOS,2024.05.31



21/ZPR/2024

Warszawa, 16 czerwca 2024 r.

Stanowisko

Zarządu Porozumienia Rezydentów OZZL

w sprawie poparcia postulatów dot. opracowania i wdrożenia Koordynowanej Interdyscyplinarnej Opieki Okołooperacyjnej w polskich szpitalach.

Jako Zarząd Porozumienia Rezydentów OZZL oraz jako młodzi lekarze chcemy wyrazić swoje poparcie dla apelu ekspertów II Interdyscyplinarnej Konferencji Medycyny Okołooperacyjnej w sprawie postulatów dot. opracowania i wdrożenia Koordynowanej Interdyscyplinarnej Opieki Okołooperacyjnej w polskich szpitalach.

Wdrożenie standardu okołooperacyjnej ścieżki pacjenta nie tylko zminimalizuje ryzyko powstania niepożądanych zdarzeń medycznych, ale także pomoże w identyfikacji i zarządzaniu potencjalnymi ryzykami związanymi z leczeniem operacyjnym w polskich szpitalach. Właśnie dzięki temu możliwe będzie wdrożenie działań zapobiegawczych, które zredukują ryzyko powikłań, przekładając się bezpośrednio na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz jakość opieki leczenia.

Z wyrazami szacunku

Sebastian Goncerz

Przewodniczący

Porozumienia Rezydentów OZZL