



Biuletyn Szpitalny

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny
im. prof. W. Orłowskiego CMKP



W NUMERZE:



Uczestniczymy w programie opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią – rozmowa p. Prof. dr hab. n. med. Wiesławem Tarnowskim

Udostępniamy 3 izolatki dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2

COVID-19 - główna przyczyna hospitalizacji - leczenie w oddziałach zakaźnych i Szpitalu Południowym

Zmiana zasad raportowania zdarzeń medycznych



Uczestniczymy w programie opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią – rozmowa z p. Prof. dr hab. n. med. Wiesławem Tarnowskim, Kierownikiem Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego

Panie Profesorze, Szpital Orłowskiego jest jednym z 15 ośrodków, wytypowanych do realizacji programu opieki medycznej nad chorymi z otyłością olbrzymią KOS-BAR. Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Przewodu Pokarmowego naszego Szpitala znany jest z osiągnięć w zakresie chirurgicznego leczenia

otyłości i zespołu metabolicznego. Proszę przybliżyć nam temat leczenia bariatrycznego – jakie kryteria kwalifikują pacjenta do takiego leczenia?

Zacznę od tego, że otyłość to jedna z największych współczesnych epidemii chorób niezakaźnych. W Polsce dotyczy znacznego odsetka zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Jest taką samą chorobą jak inne, powodując nie tylko dyskomfort w życiu, lecz wiele takich powikłań jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, nowotwory, czy choroby narządu ruchu. Dlatego tak bardzo istotne jest skuteczne leczenie otyłości i co ważne, uświadamianie chorych jakim jest zagrożeniem dla ich zdrowia i życia.

Bariatryka jest dziedziną medycyny zajmującą się diagnozowaniem i leczeniem nadwagi i otyłości, w szczególności patologicznej. Bariatryka to też chirurgiczne leczenie otyłości, czyli zmniejszenie objętości żołądka, tak aby pacjent nie był w stanie spożyć dużej ilości pokarmu. O wyborze najlepszej dla danego pacjenta metody operacyjnej decyduje lekarz prowadzący w porozumieniu z chorym (często przy udziale lekarzy innych specjalności). Trzy zasadnicze metody operacji bariatrycznej to:

- rękawowa resekcja żołądka, kiedy to z worka, jakim jest żołądek, tworzy się wąski rękaw o pojemności 100-150 ml,
- bypass gastryczny – żołądek jest zmniejszony, a pokarm przechodzi bezpośrednio do jelita cienkiego, co znacznie skraca czas trawienia i wchłaniania,
- mini bypass gastryczny – żołądek dzielony jest na dwie części, a odcinek jelita cienkiego jest wyłączony z pasaży (dłuższy fragment niż w przypadku bypas'u gastrycznego); podczas tej operacji nie usuwa się żadnego z narządów istnieje więc możliwość przywrócenia stanu sprzed operacji.

Rośnie zapotrzebowanie na leczenie bariatryczne i dlatego ten dział medycyny stale się rozwija. Kierowanie osób z otyłością do różnych specjalistów, np. takich jak dietetyk, diabetolog, kardiolog itd. wykazuje niejednokrotnie małą skuteczność. Chirurgiczne leczenie otyłości, jest metodą, która przynosi trwałe i widoczne efekty w krótkim czasie. Pacjenci, po przejściu laparoskopowej, małoinwazyjnej operacji bariatrycznej, szybko wracają do normalnego funkcjonowania.

Aby pacjent został zakwalifikowany do operacji powinien spełniać następujące kryteria: wskaźnik BMI >40 lub wskaźnik BMI >35 pacjentów, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością, np.: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, choroby układu sercowo-naczyniowego, zespół bezdechu sennego, choroby stawów wymagające leczenia operacyjnego, hiperlipidemia.

Jakie będą najbliższe etapy realizacji programu? Ilu pacjentów będzie objętych leczeniem bariatrycznym w ramach programu KOS-BAR w naszym Szpitalu? Czy będzie to opieka kompleksowa, a więc również przed- i pooperacyjna nad pacjentem z otyłością olbrzymią?

Harmonogram realizacji programu będzie przygotowany w okresie najbliższych 2 miesięcy. Będzie to zadanie specjalnie powołanej grupy roboczej. Podpisana zostanie odpowiednia umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przewiduje się, że programem KOS-BAR obejmie ok. 4000 pacjentów z terenu całego kraju. Ogół tych osób zostanie przypisanych do 15 ośrodków uczestniczących w programie. Rozdziału pacjentów pomiędzy ośrodki dokona grupa robocza, uwzględniając m.in. ich potencjał kadrowy w zakresie leczenia chirurgicznego.

Podstawą programu KOS-BAR jest koordynowana, czyli całościowa, specjalistyczna opieka bariatryczna nad pacjentem. Pacjent zakwalifikowany do programu, a więc i operacji bariatrycznej, przejdzie cały proces przygotowawczy. Poszczególne badania, które będzie należało mu wykonać przed operacją, określa szczegółowo program. Mogą być one wykonane ambulatoryjnie,

albo w ramach szpitalnego oddziału chorób wewnętrznych. Kolejne etapy leczenia to zabieg chirurgiczny i opieka pooperacyjna. Po operacji pacjent pozostanie pod opieką medyczną danego ośrodka, w tym wypadku naszego Szpitala, nawet do 5 lat. Będzie miał zagwarantowany dostęp, w zależności od wskazań lekarskich, do pełnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym do świadczeń rehabilitacyjnych. Planujemy powołanie i udostępnienie pacjentom specjalnej poradni bariatrycznej, w której udzielane im będą konsultacje lekarskie i wykonywane badania kontrolne. Mamy ku temu odpowiedni potencjał specjalistów. Oczywiście oprócz realizacji programu KOS-BAR prowadzona będzie normalna praca Oddziału Klinicznego w ramach kontraktu z NFZ. Program KOS-BAR jest wyłączony ze szpitalnego kontraktu ogólnochirurgicznego. Będzie on finansowany z odrębnych środków, pochodzących m. in. z podatku cukrowego, a jego realizacja będzie korzystna dla Szpitala, chociażby ze względów ekonomicznych. Koszt realizacji programu w odniesieniu do jednego pacjenta to 24 tys. złotych. Dodam, że obserwujemy już duże zainteresowanie potencjalnych pacjentów projektowaną terapią.

Nadwaga i otyłość to istotny problem zdrowotny i wyzwanie globalne XXI wieku. W Polsce otyłość występuje u 15% zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Panie Profesorze jakie są konsekwencje dla zdrowia wynikające z nieleczenia otyłości?

Jak wspomniałem wyżej, ilość chorób, które się wiążą z otyłością trudno wymieniwać. Najczęstsze to: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze i choroby narządu ruchu (takich pacjentów przysyłają do nas ortopedzi). Jeśli chodzi o cukrzycę, to nie ma cukrzycy typu 2 bez otyłości, a o jej skali świadczy przeznaczanie na leczenie cukrzycy ok. 8% budżetu NFZ. Operacja bariatryczna jest korzystna dla takich pacjentów - u większości z nich cukrzyca się wycofuje, ustępują zaburzenia metaboliczne, a pacjenci nie muszą stosować leków. Ustępuje również nadciśnienie tętnicze - pacjenci redukują leki. Generalnie, jedną operacją możemy cofnąć wiele następstw otyłości.

Jeszcze jedna rzecz - nowotwory. Otyłość prowadzi również do chorób nowotworowych - m.in. raka jelita grubego, czy nowotworów kobiecych. Po operacji odsetek tych chorób znacząco maleje. Na podstawie badań porównawczych w tej dziedzinie

grup pacjentów operowanych i nieoperowanych wykazano, że w grupie osób operowanych wskaźniki zachorowalności na choroby nowotworowe były bardziej korzystne. Jest to więc także ogromna korzyść dla tej grupy chorych. Mówiąc krótko – otyłość jest chorobą, która prowadzi do wielu chorób i ich powikłań, a chirurgiczne jej leczenie pozwala skutecznie pomóc pacjentowi. Bo też mówimy, że ktoś umarł na atak serca, czy wylew krwi do mózgu, ale nikt nie powie, że umarł na otyłość. BMI powyżej 40 skraca życie aż o 10 lat.

Dziękuję Panu Profesorowi za rozmowę.



Udostępniamy 3 izolatki dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2

Od dnia 1 lipca br. pacjenci z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 będą hospitalizowani jedynie w pomieszczeniach izolatek, zlokalizowanych w Oddziale Klinicznym Geriatrii, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości, w Oddziale Klinicznym Ginekologii Onkologicznej i Położnictwa oraz w Izbie Przyjęć.

Podstawą decyzji w tej sprawie jest Zarządzenie nr 62/2021 Dyrektora Szpitala wydane w związku z Decyzją Wojewody z dn. 29 czerwca br. polecającą zapewnienie w naszym Szpitalu w okresie od dn. 1 lipca br. do odwołania 3 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2.

Jednocześnie prowadzony jest codzienny monitoring stanu wykorzystania łóżek i respiratorów zajętych przez pacjentów hospitalizowanych w wymienionych komórkach organizacyjnych Szpitala w związku z podejrzeniem zakażenia koronawirusem. Dane w powyższym zakresie będą raportowane do Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego.



COVID-19 - główna przyczyna hospitalizacji - leczenie w oddziałach zakaźnych i Szpitalu Południowym

Zgodnie z informacją Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, od dnia 1 lipca br. wycofane zostały decyzje dotyczące tworzenia szpitali

przeznaczonych wyłącznie do hospitalizacji pacjentów, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2.

Pacjent z potwierdzonym zakażeniem, u którego zachodzi konieczność hospitalizacji z innych powodów niż zakażenie SARS-CoV-2, powinien zostać przyjęty i leczony w szpitalu odpowiednim ze względu na główną przyczynę hospitalizacji.

Nie przewiduje się organizacji oddziałów dedykowanych wyłącznie dla pacjentów leczonych w związku z infekcją COVID-19, jako przyczyną hospitalizacji. Właściwymi do leczenia takich pacjentów są oddziały zakaźne oraz Szpital Tymczasowy/Południowy w Warszawie, ul. Rotmistrza Pileckiego 9.



Zmiana zasad raportowania zdarzeń medycznych

Od 1 lipca obowiązują zmienione zasady dotyczące raportowania zdarzeń medycznych. Wszedł bowiem w życie przepis art. 56 ust. 2a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2021, poz. 666, t.j.). Zgodnie z nim, każdy usługodawca, rozumiany jako szpital jak i praktyka lekarska, ma obowiązek przekazywać do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych informację o zdarzeniach medycznych. Podmiot ma dwa dni na przekazanie tych danych od momentu zaistnienia zdarzenia medycznego.

Nowe obowiązki budzą niepokój wśród kadry medycznej. Wiele szpitali i mniejszych podmiotów nie jest jeszcze na tyle z informatyzowana, aby od lipca 2021 roku sprostać wymogom, ponadto lekarze obawiają się konsekwencji w związku z przekazaniem tych informacji do systemu.

Ważny jest tu również kontekst ew. procesów sądowych o odszkodowanie za błąd medyczny. Dokumentacja medyczna, czyli de facto historia choroby jest podstawowym dowodem w procesie o błąd medyczny.

- Im gorzej prowadzona dokumentacja medyczna, tym bardziej działa to na niekorzyść szpitala, lekarza. Znane mi są przypadki gdy np. kadra medyczna dowiedziawszy się o zamiarach pacjenta co do złożenia pozwu przeciwko szpitalowi czy złożenia zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa do

prokuratury przez personel medyczny, dopisywała po fakcie różne adnotacje w historii choroby – wskazuje Jarosław Witkowski, radca prawny reprezentujący pacjentów w procesach o błędy medyczne.

Po zmianach, jakie w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zaszły 1 lipca, personel medyczny nie będzie mógł już dowolnie szafować historiami choroby i dopisywać coś do nich, skoro zdarzenie medyczne zostało sprawozdane.

Dlatego prawnicy reprezentujący interesy lekarzy radzą im, aby dokładnie prowadzili historię choroby. - Uczulam lekarzy aby z ostrożnością podchodzili do pacjentów, którzy wędrują po specjalistach i nie mogą uzyskać satysfakcjonującej diagnozy. Poza tym dobrze byłoby aby lekarze nie dawali się wciągnąć w krytykę innych, poprzednich specjalistów, których już odwiedził chory. A jeśli pacjent oczernia kogoś, to też trzeba w dokumentacji medycznej odnotować – wskazuje Radosław Tymiński, adwokat występujący w obronie praw lekarzy.

Podkreśla, że warto wpisać w dokumentacji fakt, że pacjent był już u innych lekarzy. Że odmawia zgody na pewne badania, ale wierzy w medycynę alternatywną, a nie chce zmienić stylu życia. – To być może nie sprawi, że chory nie wniesie pozwu o odszkodowanie za błąd medyczny, ale zmniejszy ryzyko procesu - podsumowuje Radosław Tymiński. Poza tym lekarz zawsze może odmówić leczenia pacjenta jeśli nic nie zagraża jego zdrowiu lub życiu. (Źródło: portal Polityk Zdrowotna)



**„Zdrowa przyszłość” –
strategia rozwoju ochrony
zdrowia**

Zniesienie limitów w wybranych grupach świadczeń, rozwój opieki domowej i środowiskowej oraz szersze wykorzystanie rozwiązań telemedycznych – to główne rozwiązania, które zakłada dokument „Zdrowa przyszłość”. Przewiduje on także modernizację infrastruktury według standardów dostępności i stworzenie funduszu odszkodowań z tytułu zdarzeń niepożądanych.

Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” jest kontynuacją „Policy Paper dla ochrony zdrowia na

lata 2014-2020”. Jest wymagany przez Komisję Europejską jako warunek wydatkowania środków europejskich. Do konsultacji publicznych został skierowany 25 czerwca.

Strategia zakłada działania w czterech wzajemnie zależnych obszarach: pacjenta, procesów, rozwoju i finansów. Jej celem jest zapewnienie obywatelom równego i adekwatnego do potrzeb zdrowotnych dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych przez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia.

Efektom realizacji programu ma być wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Obecnie w analizach epidemiologicznych coraz więcej uwagi przywiązuje się nie tylko do długości życia, ale również do jego jakości. Niezbędne do tego jest zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej poprawiającej zdrowotność obywateli.

„Zdrowej przyszłości” towarzyszą dwa inne dokumenty - dotyczące opieki nad osobami starszymi oraz osobami z zaburzeniami psychicznymi. Głównym celem, w zakresie opieki nad osobami starszymi, jest poprawa jakości życia i zdrowia seniorów i ich opiekunów. Służyć ma temu rozwój zasobów kadrowych, rozwój form opieki domowej oraz innowacyjnych form opieki. Zakładane jest wsparcie opiekunów nieformalnych i koordynacja opieki środowiskowej.

W zakresie opieki psychiatrycznej zakładane są inwestycje w kadry i poprawa jakości kształcenia w dziedzinie psychiatrii i innych specjalizacji zajmujących się ochroną zdrowia psychicznego. Planowana jest też m.in. zmiana organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki psychiatrycznej i inwestycje infrastrukturalne.

„Zdrowa przyszłość” odnosi się także do innych kluczowych dokumentów przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia, w szczególności do Narodowego Programu Zdrowia i Narodowej Strategii Onkologicznej.

Dokumenty dostępne są na stronie <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348352/katalog/12798638#12798638>(Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc>).

Redakcja Biuletynu: Ewa Olsińska, Specjalista ds. Komunikacji, pok. D 109, tel. 433