PWYLEG / POLISH

GIG CYMRU NHS WALES
Bwrdd Iechyd Prifysgol Hywel Dda University Health Board

Plan Usług Klinicznych
Dokument konsultacyjny w sprawie świadczeń udarowych
Faza 2 konsultacji

Spis treści

Skontaktuj się	3
Słowniczek	4
Witamy	6
Trochę o nas	8
Czym jest druga faza konsultacji	9
Co się stało dotychczas	10
Udar	12
Preferowana opcja	21
Jak opieka po udarze mogłaby wyglądać dla pacjentów w ramach preferowanej opcji	25
Jak oceniliśmy preferowaną opcję – kryterium problemowe	33
Jak możesz się zaangażować	37
Oświadczenie o prywatności – co się stanie z twoim komentarzem	38
Słuchamy	39
Jak będziemy ciebie informować	39

Skontaktuj się

Ten dokument jest dostępny w języku walisjkim oraz na naszej stronie internetowej w formatach alternatywnych, takich jak audio oraz łatwy do przeczytania.

Ten dokument również jest dostępny w innych językach, takich jak brytyjski język migowy, język polski, arabski, bengalski, kurdyjski surani.

Możesz zobaczyć te dokumenty na: **hduhb.nhs.wales/stroke-consultation** lub skanując kod QR.

Żeby poprosić o wydrukowaną wersję (w tej publikacji podamy kilka linków do dokumentów) lub jeżeli potrzebujesz alternatywny, dostępny format, zadzwoń do nas na **0300 303 8322 (opcja 5), opłata jak za połączenia lokalne** lub e-mail: **hyweldda.engagement@wales.nhs.uk**

Ta druga faza konsultacji naszego Planu Świadczeń Klinicznych dotyczy świadczeń urazowych wskroś Uniwersyteckiego Zarządu Zdrowia Hywel Dda (Hywel Dda) oraz tego, jak zapewniamy opiekę zdrowotną, która jest bezpieczna, zrównoważona,dostępna i życzliwa.

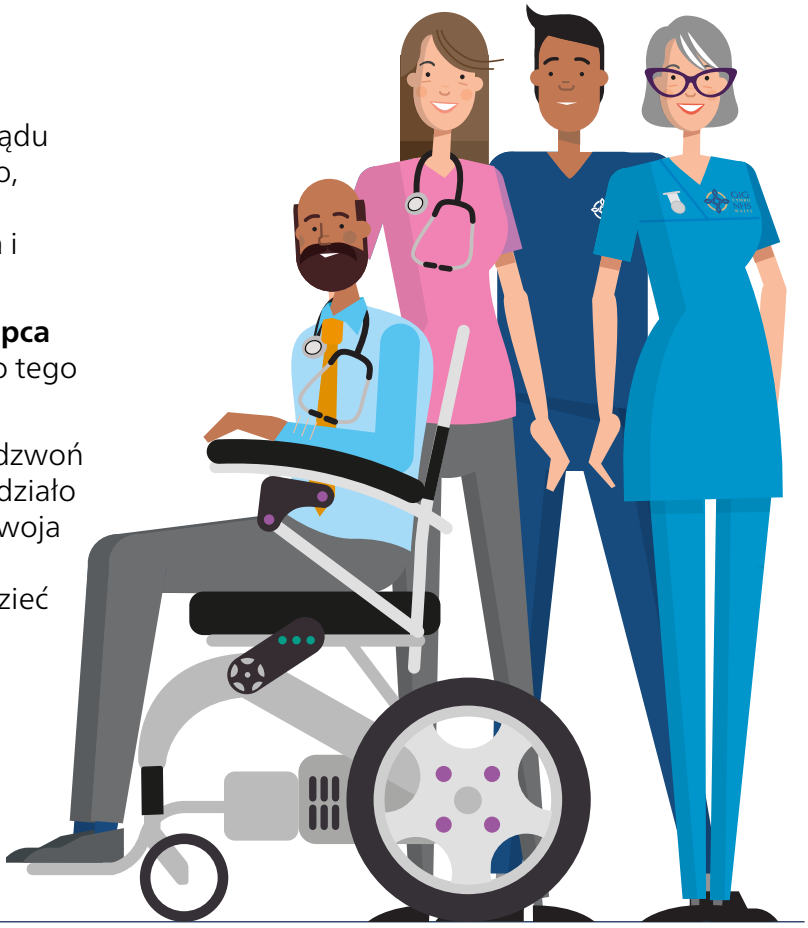
To zaangażowanie trwa do **niedzieli 26 lipca 2026** r., więc chcemy od ciebie usłyszeć do tego terminu.

Sprawdź nasze strony internetowe lub zadzwoń do nas, żeby się dowiedzieć co się będzie działo niedaleko ciebie lub na internecie. Jeżeli twoja organizacja lub grupa społecznościowa chciałaby dowiedzieć się więcej na temat naszej konsultacji, skontaktuj się z nami w poniżej podany sposób.

Więcej informacji, między innymi szczegółowe dokumenty wspierające, można znaleźć na naszej stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/stroke-consultation**

Możesz się podzielić swoją opinią poprzez:

- wypełnienie kwestionariusza przez internet (możesz poprosić o wydrukowaną kopię kontaktując się z nami emailowo lub telefonicznie)
- wysłać to na adres: **FREEPOST HYWEL DDA HEALTH BOARD** (nie trzeba znaczka pocztowego)
- wysłać do nas emaila na: **hyweldda.engagement@wales.nhs.uk**
- porozmawiać z nami na jednym z naszych spotkań (odwiedź naszą stronę internetową, którą podano powyżej, żeby uzyskać informacje na temat spotkań w twojej okolicy lub online) lub dzwoniąc na **0300 303 8322 (opcja 5) opłata jak za rozmowy lokalne**



Słowniczek

24/7 – 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu.

Opieka intensywna (ang. Acute Care) – opieka w szpitalu przez kilka pierwszych godzin/dni choroby nad osobami, które są poważnie chore. Koncentruje się na pilnych badaniach, leczeniu oraz stabilizacji.

Oddział intensywnej opieki udarowej (ang. Acute Stroke Unit) – miejsce w szpitalu, gdzie udzielana jest intensywna opieka przez zespół specjalistów ds. urazu.

Eksperci medyczni wykonujący pokrewne zawody (ang. Allied Health Professionals (AHPs)) – pracują w różnych miejscach opieki zdrowotnej i socjalnej, takich jak szpitale, kliniki społecznościowe, przychodnie zdrowia, domy ludzi oraz ośrodki prywatne. Osiągają wysokie, praktyczne, oparte na rozwiązaniach oraz afirmujące życie wyniki poprzez unikalny zakres interwencji fizycznych, psychologicznych oraz socjalnych. AHP odgrywają istotną rolę w upewnianiu się, że ludzie otrzymują kompleksową, dostosowaną do osobistych potrzeb oraz skuteczną opiekę.

W Walii jest 13 zawodów, które są objęte terminem „pokrewnych zawodów medycznych". Ich przykłady to fizjoterapeuci, terapeuci zawodowi, logopedzi oraz dietetycy.

Kompleksowy Regionalny Ośrodek Udarowy (ang.Comprehensive Regional Stroke Centre (CRSC)) – oddział intensywnej opieki udarowej, gdzie może być wykonywana trombektomia. Będzie w nich zapewniana opieka dla pacjentów z większego obszaru geograficznego i są one opisane w oświadczeniu o jakości dotyczącym urazu.

Prześwietlenie TK (ang.CT scan) – prześwietlenie TK (tomografia komputerowa) wykorzystuje promienie rentgenowskie oraz komputer do robienie szczegółowych zdjęcia wnętrza ciała. Angiogram TK jest prześwietleniem TK, któro sprawdza naczynia krwionośne w mózgu.

Diagnostyka – badania lub zabiegi wykonywane w celu stwierdzenia choroby lub stanu osoby.

Wczesny wypis ze szpitala ze wsparciem (ang.Early Supported Discharge (ESD)) – jest to świadczenie udzielane niektórym pacjentom po udarze, zazwyczaj osobom z łagodnym lub umiarkowanym upośledzeniem. Umożliwia rehabilitację po udarze w domu z pomocą specjalistycznego zespołu multydyscyplinarnego.

Zapewnia dynamiczną (w przeciągu 24 godzin) oraz intensywną rehabilitację poudarową w miejscu zamieszkania pacjenta przez określony, czasowo ograniczony okres czasu (np. sześć tygodni).

Zintegrowana Społecznościowa Służba Udarowa (ang.Integrated Community Stroke Service (ICSS)) – ta służba zapewnia wczesną i skuteczną rehabilitację dla wszystkich pacjentów po udarze po wypisie ze szpitala. Zespół pracuje z pacjentem i ich rodziną, pracownikami oddziału intensywnej opieki udarowej oraz innymi służbami wspierającymi, między innymi z sektorem wolontariatu, żeby zapewnić jak najszybszy wypis pacjenta ze szpitala.

Rezultaty dla pacjenta – rezultaty opieki i leczenia pacjenta. Rezultaty dla pacjenta mogą obejmować kwestie takie jak czy ktoś przeżyje, jak szybko dojdzie do siebie psychicznie i fizycznie, w jakim stopniu będzie po tym samodzielny/a oraz jakość ich życia.

Wideo-triage przed przyjęciem do szpitala – badanie prowadzone przez pracowników karetki z pomocą rozmowy na wideo ze specjalistycznym zespołem udarowym, żeby pomóc jak najszybciej zabrać pacjenta w odpowiednie miejsce opieki.

Rehabilitacja – zapewnianie ciągłej terapii i wsparcia podczas oraz po ostrej fazie udaru, żeby pomóc pacjentowi w powrocie do zdrowie i ponownym osiągnięciu samodzielności. Zazwyczaj odbywa się na wyznaczonym oddziale rehabilitacji poudarowej lub w ramach zintegrowanych społecznościowych świadczeń poudarowych w społeczności.

Narodowy Program Audytu ds. Udaru Sentinel (ang. Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP)) – narodowy audit kliniczny opieki poudarowej w Wielkiej Brytanii. Gromadzi szczegółowe informacje dotyczące opieki, którą otrzymują ludzie po udarze od momentu przyjęcia do szpitala, podczas rehabilitacji i przy wypisie.

Udar – udar jest poważną, zagrażającą życiu chorobą, do której dochodzi, kiedy odcinany jest dopływ krwi do mózgu. To powoduje uszkodzenie lub obumarcie części mózgu ze względu na brak tlenu.

Specjalistyczny zespół lub służba udarowa – specjalistyczny zespół lub służba udarowa to grupa specjalistów, którzy regularnie razem pracują, żeby pomagać pacjentom, którzy przeszli udar. Razem, mają specjalistyczna wiedzę oraz umiejętności, żeby badać i leczyć wiążące się z udarem problemy.

Oddział rehabilitacji poudarowej – miejsce w szpitalu, gdzie zespół rehabiltacji poudarowej udziela opieki rehabilitacyjnej.

Oświadczenie o jakości dotyczące urazu – dokument wydany przez rząd walijski, w którym opisano jak powinny wyglądać i co powinny robić służby ds. urazu. Ten dokument został zrewidowany w lutym 2026 r.

Trombektomia – trombektomia jest zabiegiem medycznym polegającym na usunięciu zakrzepu (skrzepu krwi) z naczynia krwionośnego, żyły lub tętnicy. Trombektomia może być wykonana tylko na niektórych pacjentach, w zależności od rodzaju udaru oraz kiedy do niego doszło.

Tromboliza – zabieg medyczny polagający na wstrzyknięciu leku do krwi w celu rozpuszczenia zakrzepu krwi w tętnicy czy żyle oraz przywróceniu dopływu krwi do mózgu.

Przemijający atak niedokrwienny (ang. Transient ischemic attack (TIA)) – TIA to choroba, która może powodować objawy takie jak przy udarze.

Lecz i przewieź – wstępne badania i leczenie udaru są wykonywane w odpowiednim, najbliższym dla pacjentów szpitalu. Następnie pacjenci są przewożeni do oddziału intensywnej opieki poudarowej, gdzie otrzymują dalszą opiekę lub do Centrum Trombektomii w Cardiffie lub w Bristolu, jeżeli to jest najbardziej odpowiednie leczenie.

Uniwersytecki Zarząd NHS ds. Karetek Ratunkowych w Walii (ang.Welsh Ambulance Services University NHS Trust (WAST)) – organizacja odpowiedzialna za reagowanie na nagłe przypadki w społeczności oraz przywożenie pacjentów do szpitala.

Witamy

Dziękujemy za twoje ciągłe zainteresowanie naszym Planem Świadczeń Klinicznych. Ten dokument dotyczy drugiej fazy konsultacji. Koncentruje się on na tym, jak świadczenie urazowe mogłyby być udzielane na obszarach naszych czterech głównych szpitali na terenie Uniwersyteckiego Zarządu Zdrowia Hywel Dda (Hywel Dda).

Teraz pytamy o twoje poglądy na temat preferowanej opcji dotyczącej świadczeń urazowych. Ta preferowana opcja została omówiona na naszym zebraniu Zarządu Publicznego w dniach 18 i 19 lutego 2026 r.

Podczas tego spotkania, nasz Zarząd zatwierdził osiem z dziewięciu świadczeń objętych naszym Planem Świadczeń Klinicznych. Możesz przeczytać więcej na temat naszego Planu Świadczeń Klinicznych na naszej stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/clinical-services-plan**

Jeżeli chodzi o udar, Zarząd poprosił o przeprowadzenie dalszej pracy oraz dodatkową konsultację ze społecznością odnośnie preferowanej opcji, zanim zapadnie finałowa decyzja.

Ta nowa preferowana opcja została rowinięta poprzez złączenie elementów dwóch innych pomysłów zasugerowanych podczas pierwszej fazy konsultacji (opcja 106 oraz opcja 210). Razem one stworzyłyby:

- całodobowy oddział udarowy i rehabilitacyjny w szpitalu Glangwili
- oddział rehabilitacji poudarowej w szpitalu Bronglais, oraz
- świadczenia lecz i przewieź dla pacjentów po udarze w szpitalach Bronglais, Prince Philip oraz Withybush. Po wstępnym leczeniu, pacjenci byliby stąd przewożeni do Szpitala Glangwili lub bezpośrednio do Centrum Trombektomii (w Cardiffie lub Bristolu), jeżeli to będzie najbardziej odpowiednie leczenie

Zarząd uznał, że dzięki połączeniu tych dwóch alternatywnych opcji, będziemy mogli lepiej poradzić sobie z wyzwaniami, z którym zmagają się służby oraz wzmocnić zapewnianie opieki o wysokiej jakości w przyszłości. Jednakże rozpoznano również potrzebę dokładnego opracowania szczegółów, żeby zrozumieć co to mogłoby oznaczać dla pacjentów, opiekunów, personelu, organizacji partnerskich oraz szerszych społeczności.

Zarząd ustalił, że finałowa decyzja odnośnie świadczeń udarowych nie może zostać podjęta dopóki:

- zostanie przeprowadzona praca, żeby ta nowa opcja zotała rozwinięta i opracowana tak szczegółowo, jak inne opcje, które rozważono na zebraniu Zarządu Publicznego oraz
- odbędzie się druga faza konsultacji, żebyśmy mogli zrozumieć poglądy na temat tej nowej, preferowanej opcji

Następnie, nasz Zarząd rozważy wszystkie dowody oraz wszystko co usłyszeli podczas obu faz konsultacji Planu Świadczeń Klinicznych, po czym podejmie ostateczną decyzję na temat przyszłego modelu świadczeń udarowych w Hywel Dda.

Musimy poprawić standard opieki, którą zapewniamy oraz rezultaty dla naszych pacjentów ze wszystkich naszych społeczności. Uważamy, że sposób w jaki obecnie udzielana jest opieka udarowa, nie zapewnia jak najlepszych rezultatów dla pacjentów. Musimy się również zająć ciągłymi wyzwaniami związanymi z kadrą, które stwarzają trudności w zapewnianiu opieki o wysokiej jakości, na którą zasługuje nasza populacja.

Dziękujemy wszystkim, którzy dotychczas poświęcili swój czas i udzielili komentarzy zwrotnych. Na razie nie podjęto żadnej decyzji odnośnie przyszłego modelu świadczeń urazowych. Chcemy usłyszeć od ciebie – naszego personelu, pacjentów, szerszych społeczności, organizacji, z którymi pracujemy oraz osób zainteresowanych zdrowiem i dobrostanem w naszej okolicy.

Powiedz nam proszę, co uważasz na temat tej preferowanej opcji oraz jaki ona może mieć wpływ na ciebie wypełniając kwestionariusz do **26 lipca 2026** r.

Dziękujemy.

Dr Neil Wooding
Przewodniczący

Professor Philip Kloer
Dyrektor naczelny

Mr Mark Henwood
Medyczny dyrektor naczelny

Trochę o nas

Uniwersytecki Zarząd Zdrowia Hywel Dda (Hywel Dda) jest twoją lokalną organizacją NHS.

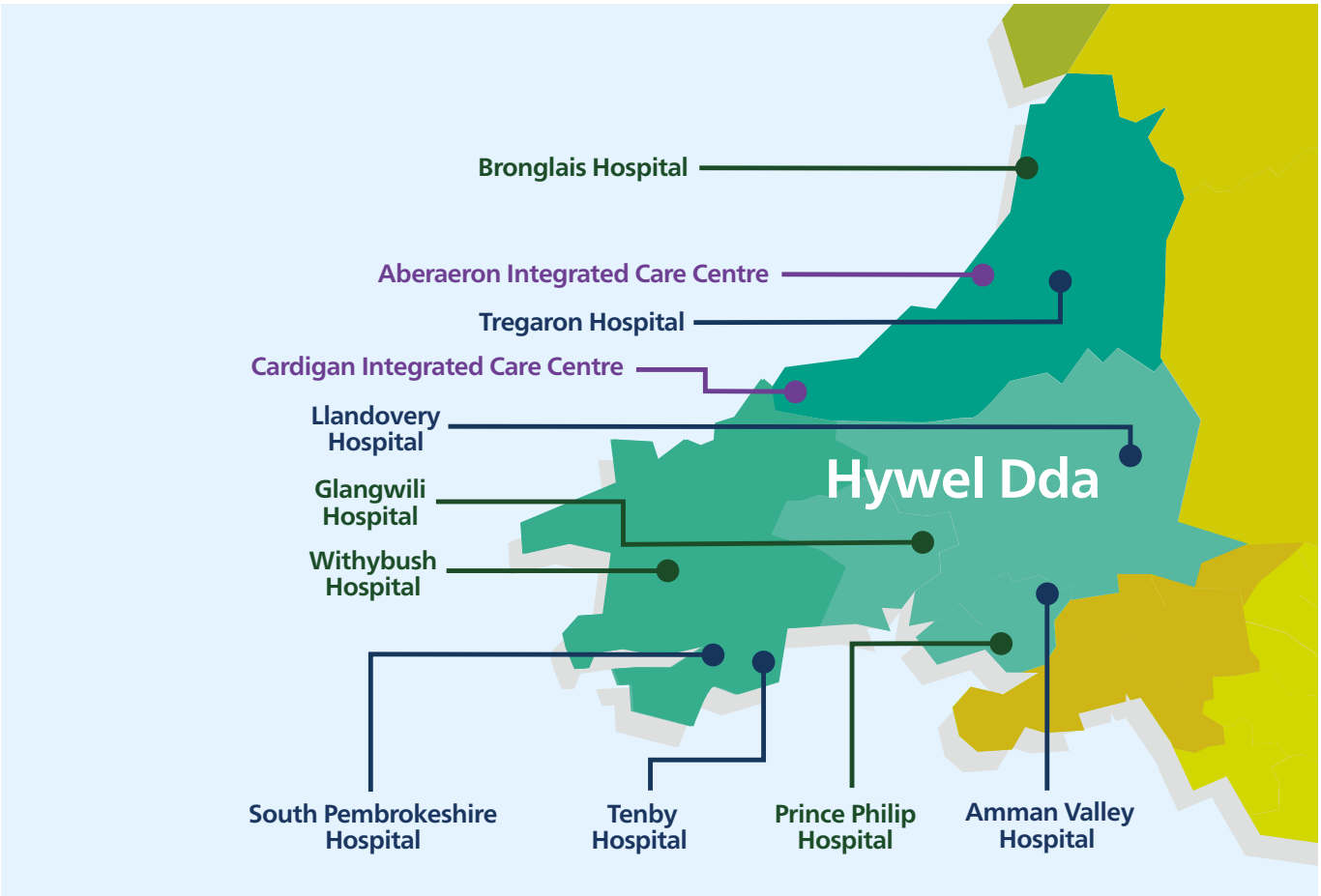
Zajmujemy się planowaniem, organizacją oraz zapewnianiem świadczeń medycznych dla prawie 400 000 ludzi w Carmarthenshire, Ceredigion i Pembrokeshire. Społeczności z sąsiadujących z nami obszarów, takich jak Gwynedd oraz części Powys i Swansea/Neat Port Talbot, również korzystają z niektórych z naszych świadczeń.

Nasze społeczności są dość rozległe, często na obszarach wiejskich.

Nasze świadczenia udzielane są w:

- czterech głównych szpitalach (Szpital Bronglais w Aberystwyth, Szpital Glangwili w Carmarthen, Szpital Prince Philip w Llanelli oraz Szpital Withybush w Haverfordwest)
- pięciu szpitalach społecznościowych (Szpital Amman Valley i Szpital Llandovery w Carmarthenshire, Szpital Tregaron w Ceredigion, Szpital Tenby i Szpital South Pembrokeshire w Pembrokeshire)
- dwóch zintegrowanych centrach opieki (Aberaeron i Cardigan, oba znajdują się w Ceredigion)
- placówkach w społecznościach, takich jak przychodnie zdrowia, przychodnie stomatologiczne, apteki społecznościowe, przychodnie okulistyczne oraz placówki opieki zdrowia psychicznego oraz dla osób z trudnościami w nauce
- opieka w waszych własnych domach

Świadczenia wysoko wyspecjalizowane mogą być udzielane poza naszym rejonem, na przykład w Swansea, Cardiffie, a nawet poza rejonem Walii, na przykład w Bristolu.



Czego dotyczy ta druga faza konsultacji?

Ta druga faza konsultacji Planu Świadczeń Klinicznych dotyczy konkretnie tego, jak moglibyśmy udzielać świadczeń udarowych w przyszłości.

Udar jest poważnym, zagrażającym życiu stanem medycznym, do którego dochodzi kiedy odcięty jest dopływ krwi do części mózgu.

Z kim chcemy rozmawiać

Naprawdę doceniamy poświęcony przez ciebie czas, żeby podzielić się z nami twoimi poglądami - dziękujemy. Druga faza tej konsultacji jest dla wszystkich członków społeczeństwa, którzy mieszkają, pracują lub są zainteresowani naszym regionem.

Zdajemy sobie sprawę, że ludzie są tym zainteresowani z różnych powodów i mają różne perspektywy. Być może korzystasz z naszych świadczeń lub opiekujesz się kimś, kto z nich korzysta.

Być może pracujesz z nami jako członek naszego personelu, student czy wolontariusz. Być może reprezentujesz organizację, na którą mogą wpłynąć sugerowane przez nas zmiany lub jesteś zaintersowany/a zdrowiem i dobrostanem.

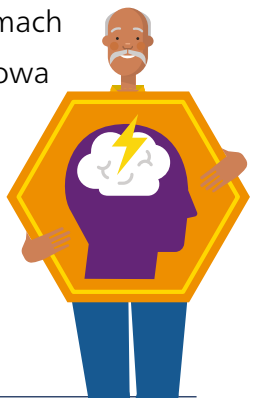
Poza rozmowami z ludźmi z naszego rejonu będziemy nadal kontynuowali pracę z sąsiadującymi z nami hrabstwami i zachęcali mieszkańców oraz organizacje z tych regionów do wyrażania ich opinii.

Chcemy, żebyś nam powiedział/a

- czy popiersz preferowaną opcję i dlaczego
- jeżeli nie popierasz tej preferowanej opcji, czy opcja poprzednio rozważona przez Zarząd byłaby dla ciebie lepsza i dlaczego
- o wszelkich innych kwestiach, które musimy rozważyć, żeby poprawić świadczenia udarowych w przyszłości. To obejmuje wszelkie ograniczenia czy poprawy oraz potencjalny wpływ na język walijski, jeżeli służby będa funkcjonowały inaczej w przyszłości

Decyzje w sprawach podanych poniżej już zapadły i ta druga faza konsultacji nie będzie miała na nie wpływu:

- przyszłe role naszych czterech głównych szpitali oraz przyszłe modele świadczeń dotyczących pozostałych ośmiu służb objętych konsultacją Planu Świadczeń Klinicznych:
  - opieka krytyczna, dermatologia, ogólna chirurgia ratunkowa, endoskopia, okulistyka, ortopedia, radiologia oraz urologia
- nie akceptujemy nowych, alternatywnych pomysłów na to, jak świadczenia udarowe mogłyby być udzielane w Hywel Dda. Otrzymaliśmy je podczas pierwszej fazy konsultacji
- ogólny kierunek naszej strategii **„Zdrowsza Walia Środkowo -Zachodnia Zdrowsze życie, dobrze przeżyte**
  - przechodzenie w kierunku świadczeń promujących dobrostan, a nie wyłącznie leczenie chorób
  - rozwijanie społecznego modelu zdrowia
  - wspieranie ludzi z pomocą technologii oraz innych środków, żeby zachowali dobre zdrowie, samodzielność oraz byli w swoich własnych domach
  - znaczna inwestycja kapitałowa w celu modernizacji lub zastąpienia starych budynków
  - połączenie intensywnej opieki szpitalnej, żeby ją wzmocnić oraz poprawić standardy opieki

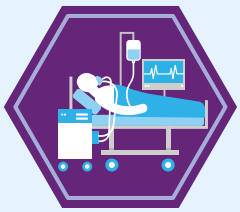


Co się stało dotychczas

Plan Usług Klinicznych

W marcu 2023 r. nasz Zarząd zatwierdził porgramowe podejście, żeby opracować plan usług klinicznych w odpowiedzi na słabości naszych świadczeń. Opierało się to na zasadach, że opieka jest bezpieczna, zrównoważona, dostępna oraz życzliwa.

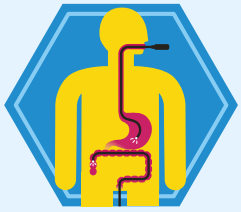
Plan usług klinicznych został przygotowany, żeby zapewnić zestaw planów dotyczących dziewięciu świadczeń klinicznych, które uznaliśmy za najsłabsze. Są to:



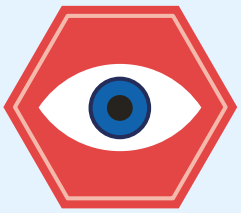
Opieka krytyczna

Dermatologia

Ogólna chirurgia ratunkowa



Endoskopia

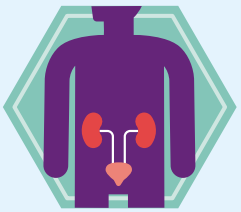


Okulistyka

Ortopedia

Radiologia

Udar



Urologia

Było konieczne rozważenie zmian w tych dziewięciu świadczeniach, ze względu na ryzyko, że te służby mogą nie być w stanie kontynuować udzielania świadczeń bezpiecznych i o wysokiej jakości oraz opieki w odpowiednim czasie.

Już od kilku lat zdajemy sobie sprawę, że niektóre z naszych szpitalnych świadczeń są osłabione. To jest głównie spowodowane tym, że nasze zespoły kliniczne pokrywają wiele placówek i za bardzo polegamy na niewielkiej liczbie personelu.

Przyjrzeliśmy się czynnikom wpływającym na każde ze świadczeń w odniesieniu do nich wszystkich. To obejmowało rozważenie tymczasowych zmian, wytyczne i zasady kliniczne, trudności kadrowe oraz wyzwania związane z kosztami.

Biorąc pod uwagę te wyzwania, przygotowalismy Plan Usług Klinicznych zawierający opcje zmian w tych dziewięciu świadczeniach. Każda opracowana opcja musi być wprowadzona w życie w przeciągu czterech lat od podjęcia decyzji. Zarząd również rozważył jakie dalsze zmiany można byłoby wprowadzić w okresie dłuższym niż cztery lata.

Zaangażowaliśmy naszych pracowników oraz członków społeczeństwa identyfikując ludzi oraz organizacje (interesariuszy), którzy powinni być częścią tej dyskusji. Wiecej informacji można znaleźć w naszym Dokumencie Konsultacyjnym Planu Świadczeń klinicznych, który jest dostępny na naszej stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/clinical-services-consultation**

W rezultacie naszej konsultacji organizacja Opinion Research Services (ORS) przygotowała niezależny raport, który również jest dostępny na naszych stronach internetowych. W tym raporcie podsumowano ponad 4 000 kwestionariuszy z odpowiedziami wraz z uwagami udzielonymi na spotkaniach dla członków społeczeństwa, personelu oraz interesariuszy, na które przyszło ponad 4 000 osób.

W czasie nadzwyczajnego zebrania, które trwało dwa dni w lutym 2026 r., nasz Zarząd uważnie rozważył ten niezależny raport z konsultacji wraz z różnymi innymi informacjami. Były to między innymi najświeższe informacje odnośnie siły roboczej i odporności służby, stanu budynków, presji operacyjnych, współpracy regionalnej, nowych standardów klinicznych oraz jak świadczenia są wzjemnie ze sobą połączone.

Zarząd również rozważył 22 alternatywne opcje dla dziewięciu świadczeń, które zasugerowano w ramach procesu konsultacji i które spełniły kryteria barierowe.

Kryteria barierowe to niezbędne warunki, które alternatywny pomysł musi spełnić zanim może przejść na etap dalszego rozważenia jako opcja zaprezentowana przed Zarządem.

Wszelkie opcje próbne czy nowe pomysły, które mogą zostać zasugerowane w ramach tej konsultacji, powinny spełnić następujace kryteria:

- **Zrównoważenie kliniczne** – czy dana opcja umożliwi postęp w kierunku zapewniania standardów o wysokiej jakości? Czy uwzględnia jakieś współzależności? Czy pracownicy będą w stanie ją świadczyć?
- **Wykonalność** – czy ta opcja jest klinicznie i operacyjnie wykonalna w terminie od 2 do 4 lat? Czy są jakieś wymogi kapitałowe lub związane z budynkami, które mogą zostać zabezpieczone i dostarczone w tym terminie?
- **Dostępność** – czy ta opcja zapewni dostęp dla ludzi w odpowiednim terminie? Czy opcja wspiera zmniejszenie okresu oczekiwania przez pacjentów? Czy jest sprawiedliwy dostęp?
- **Zgodność ze strategią** – czy ta opcja wspiera kierunek określony w strategii „Zdrowsza Środkowa i Zachodnia Walia: Zdrowsze życie, dobrze przeżyte" lub przynajmniej nie jest z nim sprzeczna? Czy ta opcja wspiera wspólną pracę prewencyjną, żeby poprawić zdrowie populacji lub przynajmniej nie jest temu sprzeczna?
- **Zrównoważenie finansowe** – czy ta opcja wspiera skuteczne wykorzystywanie naszych finansów?

Zarząd również zidentyfikował świadczenia, w odniesieniu do których potrzebne jest dalsze zaangażowanie lub dodatkowe informacje, żeby zrozumieć wpływ opcji zanim zostanie podjęta finałowa decyzja. Rozważono praktyczne kroki konieczne do implementacji, między innymi jak zmiany musiałyby być rozłożone w czasie.

Jeżeli chodzi o fazę implementacji, ostateczne decyzje zostały podjęte w odniesieniu do wszystkich świadczeń, poza udarem. Więcej informacji na temat decyzji, które podjęto w odniesieniu do pozostałych ośmiu świadczeń objętych naszym Planem Świadczeń Klinicznych można znaleźć na naszej stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/clinical-services-plan**

W odniesieniu do udaru, zgłębiono nowy, scalony pomysł, w którym połączono elementy z dwóch innych opcji, żeby zmierzać w kierunku otworzenia całodobowego oddziału intensywnej opieki poudarowej w szpitalu Glangwili oraz oddziału rehabilitacji w szpitalu Bronglais.

Ze względu na skalę zmiany, nasz Zarząd zidentyfikował, że konieczna jest dalsza ocena oraz zaangażowanie z personelem, społecznościami oraz interesariuszami zanim zostaną podjęte jakiekolwiek decyzje odnośnie przyszłego modelu świadczeń poudarowych wskroś Hywel Dda.

Udar

Wstęp

Udar jest poważną, zagrażającą życiu chorobą, do której dochodzi, kiedy skrzep krwi odcina dopływ krwi do mózgu lub kiedy wystąpi krwawienie z naczynia krwionośnego. Udary są pilnymi przypadkami medycznymi i konieczne jest jak najszybsze leczenie. Im szybciej osoba będzie leczona na udar, tym lepsze są jej szanse na wyzdrowienie. Do udaru dochodzi nagle i może on doprowadzić do różnych, druzgocących niepełnosprawności lub śmierci, wywierając ogromny wpływ na osoby oraz ich rodziny.

Obecne świadczenie udarowe

Oddziały udarowe to miejsca, gdzie pacjent powinien zostać zabrany w przeciągu czterech godzin od przyjęcia do szpitala, żeby otrzymać wstępną opiekę.

Nasze zespoły kliniczne ds. udaru pokrywają oddziały udarowe w naszych czterech głównych szpitalach. To oznacza, że nasze zespoły, które są małe, pokrywają duży region geograficzny.

Świadczenia udarowe obecnie są udzielane na:

- Oddziale Ystwyth w Szpitalu Bronglais,
- Oddziale Gwenllian w Szpitalu Glangwili
- Oddziale 9 w Szpitalu Prince Philip oraz
- Oddziale 11 w Szpitalu Withybush

W **2023-2024** do wszystkich naszych szpitali przyjęto **792** pacjentów z udarem, to jest około **16** przyjęć na tydzień. Około **30%** udarów leczono w szpitalach Glangwili i Withybush, a około **20%** w szpitalach Bronglais i Prince Philip.

Pacjenci z poważniejszymi udarami są przewożeni do Centrum Trombektomii w Cardiffie i Bristolu.

Pacjenci z podejrzeniem udaru zgłaszają się do nas po opiekę na kilka różnych sposobów, które obejmują:

- przyjazd karetką, po wezwaniu na 999
- pacjenci przychodzą bezpośrednio bez wcześniejszej rejestracji
- podejrzenie udaru jest identyfikowane u pacjentów, którzy już są w szpitalu lub
- podejrzenie udaru jest identyfikowane w społeczności przez pracownika służby zdrowia

W niektórych przypadkach, pacjenci muszą mieć zrobione prześwietlenie TK (tomografia komputerowa) lub/oraz angio-TK (tomografia komputerowa naczyń kriwonośnych). Ma to na celu zidentyfikowanie czy doszło do krwawienia w okolicy mózgu lub zatoru czy zatkania naczynia krwionośnego.

Wstępne badanie pacjentów z podejrzeniem udaru jest przeprowadzane przez przeszkolony personel medyczny. Ważną częścią leczenie dla niektórych pacjentów po udarze jest tromboliza. Jest to zabieg, który polega na podaniu pacjentowi leku, żeby rozpuścić skrzep krwi i przywrócić dopływ krwi do mózgu. Jest ważne, żeby tromboliza została wykonana jak najszybciej. Najlepsze rezultaty osiągane są dla pacjentów, u których tromboliza zostanie wykonana w przeciągu trzech godzin, ale może zostać wykonana skutecznie po upływie tego czasu, w przeciągu do czterech i pół godziny.

Po przyjęciu na oddział udarowy, stan pacjenta jest oceniany przez lekarza specjalistę. Kiedy pacjenci czują się wystarczająco dobrze, przeprowadzana jest ocena multydyscyplinarna oraz intensywna rehabilitacja, w stosownych przypadkach. Pacjenci są wypisywani do domu w zależności od tego jak poważny był ich udar. Zintegrowane Społecznościowe Służby Poudarowe również mogą pomagać pacjentom w szybszym powrocie do zdrowia. Na terenie Hywel Dda stopniowo rozwijają się zintegrowane społecznościowe służby poudarowe, żeby wspierać pacjentów w społeczności oraz umożliwiać wcześniejszy wypis ze szpitala.

Czy wiedziałeś/aś?

że Walia stosuje krajowe najlepsze praktyki w zakresie opieki udarowej, kierując się Wytycznym Krajowego Programu Udarowego w Wielkiej Brytanii, aby poprawić profilaktykę, leczenie i proces zdrowienia?

Czy wiedziałeś/aś?

że oczekuje się, że wszystkie zarządy i fundusze zdrowia w Walii przyjmą Oświadczenie Jakości dotyczące Udaru jako swoje zasady przy planowaniu oraz udzielaniu optymalnej opieki i zapobiegania udarom, ze współpracą ze swoimi partnerami. To zostało przygotowane przez rząd walijski zgodnie z zobowiązaniami opisanymi w „Zdrowsza Walia”.

Czy wiedziałeś/aś?

że NHS Walia opracowali swoje własne standardy opieki udarowej zaprojektowane specyficznie dla potrzeb ludzi w Walii. Te standardy zostały stworzone w oparciu o Narodowe Zasady Kliniczne, upewniając się, że opieka jest konsekwentna, o dobrej jakości oraz oparta na dowodach Wzmacnia je Oświadczenie Jakości dotyczące Udarów, któro określa jak powinna wyglądać doskonała, koncentrujaca się na pacjencie opieka udarowa na terenie całej Walii. Wspólnie, te standardy wspierają podejście oparte na zdrowiu populacji, pomagając poprawiać wyniki dla osób, rodzin oraz społeczności na terenie całego kraju.

Została określona dokładna ścieżka w opiece udarowej.

Siedem elementów ścieżki udarowej

Zapobieganie udarowi

Przemijający atak niedokrwienny (TIA)

Opieka udarowa przez przyjęciem do szpitala

Faza ostra 0-72 godziny

Dlaczego zmiana jest potrzebna

Nasze świadczenia udarowe obecnie nie osiągają standardów klinicznych i nie mamy specjalistycznej opieki przez siedem dni w tygodniu. To może prowadzić do tego, że rezultaty dla pacjentów nie są tak dobre, jak mogłyby być. Właśnie dlatego musimy zmienić sposób w jaki udzielane są świadczenie udarowe, żeby były one **bezpieczne, zrównoważone, dostępne oraz życzliwe** dla pacjentów i pracowników.

Oświadczenie Jakości dotycząca Udarów

W Oświadczeniu Jakości dotyczącym Udarów podano jak powinna wyglądać opieka udarowa o wysokiej jakości, skoncentrowana na osobie na terenie całej Walii. Zapewnia wytyczne dla zarządów zdrowia do planowania oraz udzielania konsekwentnych, bezpiecznych i nowoczesnych świadczeń udarowych.

Obecnie nasze służby udarowe są rozproszone wskroś wielu placówek.

To oznacza, że:

- nie mamy wystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego, ekspertów medycznych wykonujący pokrewne zawody oraz lekarzy specjalistów ds. udaru
- polegamy na pojedynczych lekarzach specjalistach na zastępstwie w szpitalach Bronglais i Glangwili, co oznacza, że nasze świadczenia są osłabione
- nie mamy specjalistów przez siedem dni w tygodniu
- nasza populacja nie ma dostępu do specjalistycznego Kompleksowego Regionalnego Ośrodka Udarowego (ang. Comprehensive Regional Stroke Centre (CRSC)) w naszym regionie
- nie byliśmy w stanie osiągnąć opartych na dowodach standardów zalecanych przez Królewską Akademię Medyczną (ang. Royal College of Physicians) i mierzonych przez Krajowy Program Audytu ds. Udaru Sentinel (ang. Sentinel Stroke National Audit Programme (SSNAP))
- za bardzo polegamy na pojedynczych osobach i jest ryzko, że służby się załamią, co oznacza, że nasze świadczenia nie są odporne
- nie mamy społecznościowych służb rehabilitacyjnych, które osiagają standardy udarowe dla Zintegrowanych Społecznościowych Służb Udarowych
- nie mamy siedmio-dniowych (czy pięcio dniowych) świadczeń dla przemijających ataków niedokrwiennych (TIA), która są zalecane przez standardy udarowe
- jest nierówny udział w badaniach naukowych spowodowany niedoborem kadrowym

To sugeruje, że nasza populacja nie osiąga najlepszych możliwych wyników po udarze, co oznacza zgony i niepełnosprawności, których można byłoby uniknąć. To również świadczy o tym, że pomimo tego, że nasi pracownicy bardzo ciężko pracują, żeby zapewniać jak najlepszą opiekę, najbliższe dla pacjentów szpitale mogą nie być w stanie wspierać

pacjenta przez cału okres opieki czy leczenie lub oferować jak najlepsze wyniki.

Zdajemy sobie sprawę, że wyspecjalizowanie świadczeń urazowych oraz stworzenie specjalistycznych kompleksowych regionalnych ośrodków udarowych (CRSCs) dla niektórych pacjentów może oznaczać, że będą otrzymywali opiekę w innych szpitalach niż te, które znają. Dla rodzin i opiekunów to może oznaczać dłuższy dojazd, żeby odwiedzać swoich ukochanych, przebywających w szpitalu. Rozumiemy, jaki to może mieć wpływ i traktujemy to bardzo poważnie przy podejmowaniu decyzji.

Opcje udarowe, które skonsultowaliśmy

Były dwie opcje, które wstępnie konsultowaliśmy w ramach naszego Planu Świadczeń Klinicznych. Były to **opcja A** i **opcja B**.

W skrócie

	Bronglais	Glangwili	Prince Philip	Withybush
Obecne świadczenia	Oddział Udarowy	Oddział Udarowy	Oddział Udarowy	Oddział Udarowy
Opcja A	Lecz i przewieź	Lecz i przewieź	Oddział Udarowy (opieka specjalistyczna **12 godzin** dziennie)	Oddział Udarowy (opieka specjalistyczna **12 godzin** dziennie)
Opcja B	Lecz i przewieź	Lecz i przewieź	Oddział Udarowy (opieka specjalistyczna **24 godziny** na dobę)	Lecz i przewieź oraz Oddział Udarowy (opieka specjalistyczna **12 godzin** dziennie)

Opcja A obejmowała świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Bronglais i Glangwili oraz oddziały udarowe (ze specjalistyczną opieką przez 12 godzin dziennie) w szpitalach Prince Philip i Withybush.

Opcja B obejmowała świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Bronglais i Glangwili, oddział udarowy (ze specjalistyczną całodobową opieką) w Szpitalu Prince Philip oraz lecz i przewieź i oddział udarowy (ze specjalistyczną opieką 12 godzin dziennie) w Szpitalu Withybush. W tej opcji, pacjenci Szpitala Withybush byliby przewożenie do Szpitala Prince Philip, żeby tam otrzymać wstępną opiekę, a następnie wracaliby do Szpitala Withybush na dalszą opiekę i rehabilitację.

W obu opcjach, szpitale Bronglais i Glangwili, byłyby szpitalami „lecz i przewieź” dla pacjentów z udarem.

W opcji B, szpital Withybush również stałby się szpitalem „lecz i przwieź” dla pacjentów po udarze. Oznaczałoby to, że po wstępnym badaniu, pacjenci potrzebujący intensywnej opieki byliby przewożeni do innego szpitala w regionie Hywel Dda (różni się w zależności od opcji, tak jak podano powyżej) lub to centrum trombektomii, takiego jak w Cardiff czy w Bristolu, w zależności od ich potrzeb.Opieka dla pacjentów po TIA (mini udar) nadal byłaby udzielana w szpitalach Bronglais, Prince Philip i Withybush, ale nie w szpitalu Glangwili.

Czy wiedziałeś/aś?

że Krajowe Wytyczne Kliniczna dla Udaru się zmieniły i jeżeli tromboliza jest wskazana, powinna zostać wykonana w przeciągu czterech i pół godziny od występienia udaru.

Kluczowe kwestie wyrażone przez nasze społeczności podczas konsultacji

Podczas konsultacji Planu Świadczeń Klinicznych, która trwała 13 i pół tygodnia od maja do sierpnia 2025 r., nasz społeczności podzieliły się z nami poniższymi poglądami.

Usłyszeliśmy, że:

- **dojazd, transport i tereny wiejskie stanowią poważne obawy związane z bezpieczeństwem i sprawiedliwością.** Podróże są długie, a środki transportu publicznego są ograniczone. Presja na system transportu pacjentów utrudnia ludziom, zwłaszcza na terenach wiejskich, dostęp do opieki w momencie, gdy jej potrzebują, co wpływa na wyniki leczenia i pogłębia nierówności
- **braki kadrowe są największym ryzykiem dla funkcjonowania służb w praktyce.** Usłyszeliśmy, że zmiany samych świadczeń nie rozwiążą problemów kadrowych i że wszelkie sugestie muszą być poparte realistycznymi, sfinansowanymi oraz wykonalnymi planami
- **świadczenia są bardzo blisko ze sobą połączone, więc należy im się przyjrzeć jako całości.** Niektórzy obawiali się, że zmiana w jednych świadczeniach może mieć niezamierzony wpływ na inne, więc dezycje muszą uwzględnić pośrednie skutki na wszystkie świadczenia szpitalne, diagnostyczne oraz społecznościowe
- **stan budynków oraz dostępna infrastruktura są niepokojące.** Ludzie uważali, że niektóre sugestie opierają się na budynkach, miejscach oraz inwestycjach, które obecnie nie istnieją i nie są zagwarantowane, co mogłoby ograniczyć, co da się realnie zrealizować
- **zaufanie i wiara w ten proces są osłabione.** Niektórzy wyrazili obawy, że ten proces wydaje się złożony i decyzje już zapadły, że nie ma wystarczającej klarowności odnośnie trudnych decyzji czy kompromisów
- **świadczenia cyfrowe i wirtualne powinny być wbudowane jako podstawowa część opieki, a nie dodatek.** Niektórzy powiedzieli, że podejścia typu virtual first mogłyby ograniczyć konieczność podróżowania i poprawić dostęp do świadczeń, ale tylko jeżeli byłyby stosowane konsekwentnie, bezpiecznie i w sposób inkluzywny. Jednocześnie niektórzy mieli obawy związane z przenoszeniem coraz wiekszej liczby świadczeń na świadczenia udzielane przez internet, zwłaszcza w przypadku osób, które nie mają dostępu do technologii cyfrowych lub nie czują się pewnie w ich używaniu
- **ochrona równości, języka walijskiego oraz społeczności wiejskich są ważne.** Ludzie powiedzieli nami, że skutki często się nakładają i kumulują łączą i narastają, szczególnie dla społeczności wiejskich i grup defaworyzowanych. Działania mające na celu ograniczenie tych skutków muszą być jasne, wykonalne i odpowiednio monitorowane, a nie tylko zakładane

Kiedy powiedzieli nam, co uważają na temat świadczeń udarowych, usłyszeliśmy o

- **zachowaniu lokalnych świadczeń** – było bardzo silne przekonanie odnośnie zachowania lokalnych świadczeń, szczególnie w Walii Środkowej i Zachodniej. Ponad 17000 osób podpisało petycję o zachowaniu świadczeń w Bronglais, podkreślając jak silne i głębokie jest to przekonanie
- **opinie znacznie się różniły w zależnosci od lokalizacji** – ludzie mieszkający najbliżej Szpitala Prince Philip bardziej popierali te opcje. Ludzie mieszkający bliżej szpitali Bronglais i Glangwili byli bardziej im przeciwni i uważali, że świadczenia powinny być nadal udzielane lokalnie. Ludzie mieszkający najbliżej Szpital Withybush podkreślili, że potrzebne są świadczenia całodobowe
- **czas dojazdu i dostęp w ramach modeli lecz i przewieź** – zostały zgłoszone jako realne obawy, szczególnie odległości do Szpitala Prince Philip z obszarów takich jak północny Ceredigion. Wątpliwości czy Uniwersytecki Zarząd NHS ds. Karetek w Walii (WAST) będzie w stanie w bezpieczny sposób zaspokoić zwiększone zapotrzebowanie. Ludzie również mieli obawy czy modele lecz i przewieź są bezpieczne
- **dostęp dla rodzin i osób odwiedzających** – zgłoszono wiele obaw odnośnie wpływu na rodziny pacjentów i osoby, które będą ich odwiedzały, szczególnie gdzie transport publiczny jest słaby albo w ogóle go nie ma. Regularne odwiedziny oraz wsparcie przez dłuższy okres czasu byłoby z tego powodu bardzo utrudnione
- **wykonalność i zasoby** – między innymi pojawiły się pytania, czy ograniczenie liczby stanowisk administracyjnych lub kierowniczych mogłoby pomóc zrekompensować zapotrzebowanie na personel kliniczny potrzebny do rozwoju usług udarowych
- **dezorientacja wśród społeczeństwa** – pojawiło się wiele pytań dotyczących tego, jak w praktyce miałby działać model lecz i przewieź oraz co oznacza 12 godzinny model specjalistyczny, a także niejasności związane z transportem

Jeżeli chcesz uzyskać więcej informacji odnośnie tego, co usłyszeliśmy podczas konsultacji Planu Świadczeń Klinicznych, możesz przeczytać raport z Konsultacji Planu Świadczeń Klinicznych : **hduhb.nhs.wales/CSP-consultation-report**

Czy wiedziałeś/aś?

że leki trombolityczne, jeśli są wskazane, powinny być podane w ciągu 45 minut od przybycia do szpitala, chociaż ich stosowanie jest dopuszczone do czterech i pół godziny od wystąpienia udaru.

Alternatywne opcje dotyczące świadczeń udarowych, które zasugerowano w ramach konsultacji

Po zakończeniu procesu konsultacji otrzymano 28 unikalnych, alternatywnych opcji dotyczących świadczeń udarowych, które nie osiągnęły kryteriów barierowych. Te alternatywne opcje w skrócie to:

- oddziały udarowe z 12 godzinną specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais i Withybush oraz świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Glangwili i Prince Philip
- oddziały udarowe z 12 godzinną specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais i Prince Philip oraz świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Glangwili i Withybush
- oddziały udarowe z 12 godzinną specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais i Glangwili oraz świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Prince Philip i Withybush
- oddziały udarowe z 12 godzinną specjalistyczną opieką w szpitalach Glangwili, Prince Philip i Withybush oraz świadczenia lecz i przewieź w Szpitalu Bronglais

- oddziały udarowe z 12 godzinną specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais, Glangwili i Withybush oraz świadczenia lecz i przewieź w Szpitalu Prince Philip
- oddziały udarowe z 12 godzinną specjalistyczną opieką w szpitalach Prince Philip i Withybush, a Szpital Bronglais byłby wspierany jako trzecia placówka z telemedycyną
- oddziały udarowe z 12 godzinną specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais, Prince Philip i Withybush oraz świadczenia lecz i przewieź w Szpitalu Glangwili
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczna opieką w Szpitalu Prince Philip oraz oddział udarowy z 12-godzinną specjalistyczną opieką w Szpitalu Bronglais, a szpitale Bronglais, Glangwili i Withybush udzielałyby świadczeń lecz i przewieź
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w Szpitalu Glangwili, oddział udarowy z 12-godzinną specjalistyczną opieką w Withybush, a szpitale Bronglais, Prince Philip i Withybush udzielałyby świadczeń lecz i przewieź
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w Szpitalu Glangwili i oddziały udarowe z 12-godzinną specjalistyczną opieką po lecz i przewieź w szpitalach Bronglais, Prince Philip i Withybush
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais i Glangwili, a szpitale Prince Philip i Withybush udzielałby świadczeń lecz i przewieź
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais i Withybush, a szpitale Glangwili, Prince Philip i Withybush udzielałby świadczeń lecz i przewieź
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais i Prince Philip, a szpitale Glangwili i Withybush udzielałby świadczeń lecz i przewieź
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w Szpitalu Bronglais oraz oddziały udarowe z 12-godzinną specjalistyczną opieką po lecz i przewieź w szpitalach Glangwili, Prince Philip i Withybush
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w Szpitalu Glangwili oraz oddziały udarowe z 12-godzinną specjalistyczną opieką po lecz i przewieź w szpitalach Bronglais i Withybush, a w Szpitalu Prince Philip oddział rehbilitacji poudarowej po świadczeniach lecz i przewieź
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais, Glangwili i Withybush oraz świadczenia lecz i przewieź z Szpitalu Prince Philip
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w Szpitalu Prince Philip oraz oddziały udarowe z 12-godzinną specjalistyczną opieką po świadczeniach lecz i przewieź w szpitalach Bronglais, Glangwili i Withybush
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w Szpitalu Prince Philip oraz oddział udarowy z 12-godzinną specjalistyczną opieką w Szpitalu Withybush, oddział udarowy z 12-godzinną specjalistyczną opieką z telemedycyną w Szpitalu Bronglais oraz świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Bronglais, Glangwili i Withybush
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczna opieką w Szpitalu Prince Philip oraz oddział udarowy z 12-godzinną specjalistyczną opieką w Szpitalu Withybush, oddział terapii rehabilitacyjnej po udarze w szpitalu Bronglais, jak również swiadczenia lecz i przewieź w szpitalach Bronglais, Glangwili i Withybush
- oddział udarowy z całodobową specjalistyczną opieką w Szpitalu Glangwili, świadczenia lecz i przewieź oraz oddziały rehabilitacyjne z terapeutami specjalistami w szpitalach Bronglais, Prince Philip oraz Withybush
- oddziały udarowe z całodobową specjalistyczną opieką w szpitalach Bronglais, Glangwili, Księcie Filipa i Withybush

- Kompleksowe Regionalne Centrum Opieki po Udarze na terenie Uniwersyteckiego Zarządu Zdrowia Swansea Bay oraz oddziały udarowe i rehabilitacja po świadczeniach lecz i przewieź w szpitalach Bronglais, Glangwili, Księcie Filipa oraz Withybush
- tylko Kompleksowe Regionalne Centrum Opieki po Udarze na terenie Uniwersyteckiego Zarządu Zdrowia Swansea Bay

- Kompleksowe Regionalne Centrum Opieki po Udarze w Szpitalu Glangwili, oddział terapii prowadzony przez lekarza specjalistę w Szpitalu Prince Philip oraz świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Bronglais, Księcie Filipa i Withybush
- Kompleksowe Regionalne Centrum Opieki po Udarze na terenie Uniwersyteckiego Zarządu Zdrowia Swansea Bay oraz oddział terapii prowadzony przez lekarza specjalistę w Szpitalu Prince Philip oraz świadczenia lecz i przewieź w szpitalach Bronglais, Księcie Filipa i Withybush

Dwie alternatywne opcje, które osiągnęły kryterium barierowe i zostały rozważone przez Zarząd to:

	Bronglais	Glangwili	Prince Philip	Withybush
Obecne świadczenia	Oddział udarowy	Oddział udarowy	Oddział udarowy	Oddział udarowy
Opcja 106	Oddział rehabilitacji udarowej lecz i przewieź	Lecz i przewieź	Lecz i przewieź	Lecz i przewieź
Opcja 210	Świadczenia lecz i przewieź i oddział udarowy (12-godzinna specjalistyczna opieka)	Oddział udarowy (całodobowa specjalistyczna opieka), następnie stworzenie Regionalnego Centrum Udaroweg w Szpitalu Morriston Świadczenia Lecz i przewieź	Lecz i przewieź	Lecz i przewieź

Opcja 106 – była oparta na **Opcji A** i obejmowała oddziały lecz i przewieź w szpitalach Bronglais i Glangwili oraz oddziały udarowe (z 12-godzinną specjalistyczną opieką) w szpitalach Prince Philip i Withybush.

W ramach tej opcji, pacjenci Szpitala Bronglais byliby przewożeni do Szpitala Prince Philip na wstępne leczenie, po czym wracaliby do Szpitala Bronglais na dalszą rehabilitacje poudarową.

Option 210 – była oparta na **Opcji B**, ale z wykorzystaniem innych placówek. Obejmowała oddziały lecz i przewieź w szpitalach Prince Philip i Withybush, oddział udarowy (z opieką całodobową) w Szpitalu Glangwili oraz świadczenia lecz i przewieź i oddział udarowy (z 12-godzinną opieką) w Szpitalu Bronglais.

Pacjenci Szpitala Bronglais byliby przewożeni do Szpitala Glangwili na wstępne leczenie po czym wracaliby do Szpitala Bronglais na dalszą opiekę oraz rehabilitacje poudarową.

We wszystkich opcjach rozważonych przez nasz Zarząd:

- pacjenci z podejrzeniem udaru byliby zabierani karetką do najbliższego im szpitala,

- wstępne prześwietenie (zazwyczaj tomografia komputerowa), jak również wstępne leczenie (np. tromboliza) byłyby wykonane w szpitalu, do którego zawieziono pacjenta, tak jak odbywa się to obecnie
- poważniejsze przypadki udaru przewożonoby do Centrów Trombektomii, takich jak w Cardiffie czy w Bristolu, tak jak jest obecnie

Jak opracowano tą połączoną opcję świadczeń udarowych

Po zakończeniu konsultacji i zanim zapadły jakiekolwiek decyzje, Zarząd przeprowadził skrupulatny proces rozważenia. Oznacza to dokładne przyjrzenie się oraz przemyślenie wszystkich uwag zwrotnych udzielonych przez ludzi wraz z dowodami, przed przejściem do podjęcia decyzji.

Podczas rozważania odpowiedzi z konsultacji wraz z nowymi danymi oraz wytycznymi i informacjami odnośnie świadczeń udarowych, stało się oczywiste, że żadna z opcji pojedynczo nie rozwiąże w pełni wyzwań, z którymi zmagają się świadczenia. Jednakże, niektóre elementy już ocenionych różnych opcji, zostały uznane za posiadające atuty, które funkcjonowałyby lepiej, jeżeli połączonoby je razem.

W związku z tym, Zarząd omówił nową, połączoną propozycję, która obejmowała zasugerowane podczas konsultacji elementy z opcji 106 i 210. Opisano to jako propozycję, a nie ostateczną opcję, ponieważ to jeszcze nie zostało sprawdzone oraz rozważone w taki sam sposób, jak alternatywne opcje, które już były konsultowane i przedstawione Zarządowi.

Zarząd następnie uzgodnił, że ten połączona propozycja zostanie przedstawiona jako preferowana opcja do dalszej analizy i konsultacji.

Pomimo tego, że rozpoznano, że opcja 106 wiązałaby się z większą liczbą placówek udzialających świadczeń, uznano, że zachowanie świadczeń w trzech głównych szpitalach nie rozwiązałoby trudności kadrowych.

Choć Opcja 210 rozwiązywała problemy z dostępem do opieki udarowej dla mieszkańców Ceredigion, części Powys i południowego Gwynedd, uznano, że zachowanie oddziału intensywnej opieki udarowej w szpitalu Bronglais nie byłoby możliwe do wykonania w sposób trwały.

Połączona propozycja (ocje 106 i 210) sugeruje bardziej wyważone podejście dla Szpitala Bronglais. Obejmowałaby ona utworzenie oddziału rehabilitacji poudarowej, przy jednoczesnym skupieniu intensywnej opieki udarowej w jednym miejscu. To również pomogłoby rozwiązać niektóre obawy, szczególnie te zgłoszone przez mieszkańców Ceredigion, Powys i Południowego Gwynedd, odnośnie czasu dojazdu dla pacjentów oraz odwiedzających.

Zarząd zidentyfikował, że to podejście mogłoby wzmocnić świadczenia udarowe. Pozwoliłoby to skupić personel w mniejszej liczbie lokalizacji oraz rozszerzyć świadczenia specjalistyczne poza obecny model funkcjonujący jedynie w dni powszednie, co przełożyłoby się na lepszą opiekę i wyniki leczenia pacjentów. Nasz zarząd rozpoznał, że kontynuowanie pracy nad preferowana opcją stworzyłoby możliwości do zaprojektowania innowacyjnych, kreatywnych modeli rehabilitacji oferując nowe stanowiska pracy dla personelu.

Ta druga faza konsultacji jest szansą, żeby zrozumieć wpływ tej propozycji, wysłuchać poglądów ludzi oraz sprawdzić czy to będzie działało w praktyce, zanim zapadnie ostateczna decyzja.

Czy wiedziałeś/aś?

Dzięki tomografii perfuzyjnej, która jest badaniem medycznym pokazującym przepływ krwi przez tkanki ciała, czas na wykonanie trombolizy może być przedłużony nawet do dziwięciu godzin od dojścia od udaru i może przedłużyć ramę czasową na leczenie poprzez wykonanie trombektomii.

Preferowana opcja

W skrócie

	Bronglais	Glangwili	Prince Philip	Withybush
Obecne świadczenia	Oddział udarowy	Oddział udarowy	Oddział udarowy	Oddział udarowy
Preferowana opcja	Lecz i przewieź Oddział rehabilitacji poudarowej	Oddział udarowy (całodobowa opieka specjalistyczna) Praca regionalna w ramach Narodowego Programu Udarowego na dłuższy okes czasu	Lecz i przewieź	Lecz i przewieź

Preferowana opcja – oddział udarowy w Szpitalu Glangwili z całodobową opieką specjalistyczną, siedem dni w tygodniu. Szpitale Bronglais, Prince Philip i Withybush byłyby szpitalami udzielającymi świadczeń lecz i przewieź. Pacjenci po udarze byliby przewożeni z tych szpitali do Szpitala Glangwili na intensywną opiekę po udarze. W Szpitalu Bronglais również byłby oddział rehabilitacji poudarowej, co oznacza, że pacjenci najbliżej tego szpitala byliby przewożeni z powrotem z Glangwili do Szpitala Bronglais na rehabiltację poudarową.

W ramach tej preferowanej opcji rozmawialiśmy o długoterminowej współpracy regionalnej. Oznacza to bliższą współpracę z innymi zarządami zdrowia w Walii. Jeszcze nie podjęto decyzji jak to będzie wyglądało. Mogłoby to oznaczać, że więcej pacjentów z obszarów sąsiednich zarządów zdrowia otrzymywałoby opiekę udarową w Hywel Dda lub więcej pacjentów z Hywel Dda otrzymywałoby opiekę udarową na terenie sąsiadnich zarządów zdrowia.

Jak działałaby ta preferowana opcja

W ramach tej opcji, pacjenci z podejrzeniem udaru byliby wstępnie badani pod kątem udaru oraz jak najszybciej wstępnie leczeni, zazwyczaj w najbliższym dla nich szpitalu. Obejmowałoby to tomografię komputerową lub tomografię perfuzyjną potencjalnie prowadzące do trombolizy, w przypadkach gdzie jest to stosowne klinicznie, po wstępnych prześwietleniach i badaniach.

Jeżeli po wstępnych badaniach, pacjent będzie potrzebować specjalistycznej opieki udarowej, zostałby przewieziony na całodobowy oddział intensywnej opieki udarowej w Szpitalu Glangwili lub do centrum trombektomii w Cardiffie lub Bristolu, w zależnosci od potrzeb pacjenta.

Szpital Glangwili udzielałby całodobowej specjalistycznej opieki udarowej oraz rehabilitacji, żeby leczyć pacjentów w fazie hiperostrej (zazwyczaj jest to pierwsze 72 godziny) oraz w fazie ostrej (zazwyczaj od trzech do 10 dni).

Po upływie tego czasu, niektórzy pacjenci byliby w wystarczająco dobrym stanie, żeby wrócić do domu i byliby wspierani przez Zintegrowane Społecznościowe Służby Udarowe (ICSS). Pacjenci, którzy potrzebowaliby dlaszego specjalistycznego leczenia udarowego oraz pomocy w szpitalu, otrzymywaliby to w Szpitalu Glangwili, jeżeli mieszkają na południu rejonu Hywel Dda. Pacjenci mieszkający bliżej Szpitala Bronglais mieliby terapię rehabilitacyjną w Bronglais.

Wpływy tej preferowanej opcji

Możliwość ulepszenia świadczeń opieki udarowej

Ta preferowana opcja zmniejsza słabości świadczeń udarowych oraz podnosi standardy poprzez spojenie personelu w mniejszej ilości lokalizacji.

Pozwala na dalszą konsolidację specjalistycznego personelu w większym stopniu niż niektóre inne opcje wcześniej rozważane przez Zarząd. Łączy to

specjalistyczną opiekę udarową w fazie ostrej (poza leczeniem początkowym) dla pacjentów z obszaru Hywel Dda w jednym szpitalu.

Ta preferowana opcja jeszcze bardziej redukuje słabości świadczeń udarowych, gdyż zapewnia całodobową opiekę specjalistyczną, siedem dni w tygodniu. To umożliwiłoby bardziej intensywną opiekę przez pierwsze 72 godziny oraz poprawiło wyniki dla pacjentów. W ramach tej opcji, specjalistyczna opieka udarowa skupiałaby się w dwóch placówkach, szpitalu Bronglais i Glangwili, a nie w czterech placówkach. To pomogłoby z wyzwaniami kadrowymi i potencjalnie byłoby bardziej atrakcyjne dla przyszłego personelu, jak również poprawiłyby się standardy kliniczne oraz wyniki dla pacjentów.

Konkretnie, pomogłoby to nam osiągnąć standardy poprzez:

- upewnienie się, że mamy odpowiednią liczbę personelu na naszym oddziale intensywnej opieki udarowej oraz rehabilitacji poudarowej
- upewnienie się, że mamy zrównoważone grafiki personelu, żeby świadczenia mogły być udzielane siedem dni w tygodniu
- umożliwienie nam osiągnięcia większej liczby wskaźników SSNAP, dzięki dostępowi do personelu i służb
- tworzenie zasobów do rehabilitacji społecznościowej poprzez Zintegrowane Społecznościowe Służby Udarowe, które są zgodne ze standardami
- zwiększenie dostępu do klinik TIA zgodnie ze standardami udarowymi
- stałe wsparcie dla edukacji, szkoleń i możliwości prowadzenia badań naukowych dla wszystkich szkolących się w dziedzinie udarów

Oświadczenie dotyczące jakości usług udarowych przedstawia wizję, jak opieka udarowa powinna być świadczona w Walii. Częścią tej wizji jest skupienie specjalistów udarowych w mniejszej liczbie szpitali, aby stworzyć Kompleksowe Regionalne Centra Udarowe (CRSC). Są to ośrodki działające 24 godziny na dobę, siedem dni w tygodniu, zapewniające najwyższy poziom opieki przez pierwsze 72 godziny, w tym trombolizę, trombektomię, diagnostykę, monitorowanie i rehabilitację. Obecnie w Walii nie ma żadnych CRSC, a krajowy program udarowy analizuje, w jaki sposób możemy planować i wdrażać je w przyszłości.

W ramach naszej preferowanej opcji rozmawialiśmy o współpracy regionalnej. Może to oznaczać:

- jeden z naszych szpitali mógłby zapewniać wybrane elementy CRSC, ponieważ prawdopodobnie nie bylibyśmy w stanie rozwinąć wszystkich świadczeń oferowanych przez pełne CRSC (na przykład trombektomii), lub
- współpracę z innym zarządem zdrowia w regionie, który udzielłby niektórych z tych świadczeń naszym pacjentom

Wpływ na przewozy pomiędzy szpitalami

Rozumiemy, że w ramach tej preferowanej opcji większa liczba pacjentów niż obecnie musiałby być przewożona pomiędzy szpitalami. W ramach tej opcji, pacjenci z udarem, dla których najbliższe szpitale to Bronglais, Szpital Prince Philip i Withybush wszyscy otrzymywaliby specjalistyczna opiekę udarową w Szpitalu Glangwili.

W ramach tej preferowanej opcji, z 16 pacjentów w udarem, co jest tygodniową przeciętną liczbą pacjentów z udarem przyjmownych do szpitala, 11 byłoby przewożonych do Szpitala Glangwili ze szpitala udzielajacego świadczen lecz i przewież. Dwóch pacjentów tygodniowo przewożonoby z powrotem do Szpitala Bronglais na rehabilitację na oddziale rehabilitacji poudarowej lub wypisywanoby ze szpitala i dalsza opieka byłaby im udzielana w ich własnym domu.

Podczas konsultacji usłyszeliśmy, że ludzie są zaniepokojeni tym, że byliby przewożeni po wstępnym badaniu. Zdajemy sobie sprawę, że to może być niepokojące. My już to robimy w przypadku niektórych pacjentów po udarze, którzy muszą jechać do Cardiffu czy Bristolu na trombektomię i już istnieją procesy wspierające bezpieczne przewożenie, kiedy jest to konieczne.

Również usłyszeliśmy, że niektórzy martwią się, że będą zbyt chorzy, żeby być przewożeni oraz mogą doznać krzywdy podczas przewozu z jednego szpitala do innego. Pacjenci, którzy będą zbyt chorzy, żeby zostać przewiezieni, pozostaną tam gdzie będą, dopóki będzie można bezpiecznie przewieźć ich w miejsce, gdzie otrzymają intensywną opiekę udarową.

Przywożenie pacjentów do szpitala oraz przewożenie z jednego szpitala do innego jest częściowo pod naszą kontrolą. Jednakże dojazd personelu do pracy, dojazd pacjentów, żeby korzystać z opieki oraz dojazd osób odwiedzających pacjentów jest w dużej mierze poza naszą kontrolą. Żeby się upewnić, że odnoszone są pełne korzyści wynikające z tej preferowanej opcji, konieczne będą odpowiednie rozwiązania transportowe.

Pacjenci, którzy będą musieli być przewożeni z jednego szpitala do innego, będą wspierani w ramach nowego systemu przewozów, a nie przez istniejące usługi transportu społecznościowego świadczone przez Walijski Uniwersytecki Zarząd NHS ds. Karetek. Konieczne są dalsze prace, aby ustalić, w jaki sposób miałoby to zostać zrealizowane.

Podczas pierwszej i drugiej fazy konsultacji Planu Świaczeń Klinicznych, rozważylismy czas dojazdu dla pilnych przewozów pomiędzy szpitalami (odnieś się do poniższej tabeli). W tej preferowanej opcji dotyczącej udaru, rozważylismy przeciętny czas dojazdu w każdym hrabstwie, jak również uwagi od pracowników oraz pacjentów z ankiet dotyczących dojazdów.

Szpitale		Nie pilne		Na światłach i sygnałach	
Od	Do	Godz.	Min.	Godz.	Min.
Bronglais (Aberystwyth)	Glangwili (Carmarthen)	1	25	1	4
Bronglais (Aberystwyth)	Withybush (Haverfordwest)	1	51	1	25
Bronglais (Aberystwyth)	Prince Philip (Llanelli)	1	50	1	29
Bronglais (Aberystwyth)	Royal Shrewsbury (Shrewsbury)	1	55	1	32
Bronglais (Aberystwyth)	Princess Royal (Telford)	2	17	1	52
Bronglais (Aberystwyth)	Ysbyty Gwynedd (Bangor)	2	12	1	53
Bronglais (Aberystwyth)	Morriston (Swansea)	1	49	1	30
Withybush (Haverfordwest)	Glangwili (Carmarthen)	0	42	0	38
Withybush (Haverfordwest)	Prince Philip (Llanelli)	1	7	0	58
Withybush (Haverfordwest)	Morriston (Swansea)	1	6	0	59
Glangwili (Carmarthen)	Prince Philip (Llanelli)	0	34	0	27
Glangwili (Carmarthen)	Morriston (Swansea)	0	34	0	28
Prince Philip (Llanelli)	Morriston (Swansea)	0	18	0	14

Możesz przeczytać więcej odnośnie tego, jak wykorzystaliśmy dane z 2023-2025 żeby zrozumieć ilu pacjentów byłoby przewożonych z jednego szpitala do innego w dokumencie „Wgląd w transport pacjentów", który jest dostępny na naszych stronach internetowych w sekcji „Wspierające dokumenty".

Wpływ na dojazdy pacjentów, personelu oraz odwiedzających

W czasie konsultacji rozważylismy jaki zmiany świadczeń udarowych mogłyby wpłynąć na dojazdy i transport dla ciebie, twoich ukochanych, którzy chcieliby cię odwiedzać w szpitalu oraz dla naszego personelu.

W ramach tej preferowanej opcji, intensywna opieka udarowa dla niektórych pacjentów, byłaby udzielana dalej od domu i to mogłoby wpłynąć na rodziny i opiekunów.

Opóźnienia w dostępności karetek, niesprzyjająca pogoda, długi czas dojazdu mogą wpłynąć na bezpieczeństwo pacjentów. Czas dojazdu i transportu, żeby korzystać ze

świadczeń udarowych mógłby być wydłużony dla ludzi mieszkających na obszarach wiejskich lub w bardziej oddalonych częściach regionu Hywel Dda oraz w sąsiednich społecznościach. Zdajemy sobie sprawę, że to jest niepokojące. W ramach preferowanej opcji, niektórzy pacjenci i ich rodziny musieliby podróżować dalej, ale pacjenci otrzymywaliby specjalistyczną całodobową opiekę na pojedynczym oddziale udarowym, a oczekujemy, że to oznaczałoby opiekę bezpieczniejszą i o wyższej jakości, w porównaniu z opieką, którą obecnie zapewniamy na terenie naszych czterech szpitali.

Ta preferowana opcja wymagałaby ścisłej koordynacji między oddziałami ratunkowymi, zespołami udarowymi, służbami ambulansowymi, działami diagnostyki obrazowej, zespołami rehabilitacji oraz Zintegrowanymi Społecznościowymi Służbami Udarowymi działającymi w kilku lokalizacjach. Wszelkie zakłócenie komunikacji mogłoby wpłynąć na rezultaty dla pacjenta. Nadal będziemy musieli współpracować z Walijskim Funduszem ds. Karetek, lokalnymi władzami oraz operatorami transportu, żeby zredukować te bariery. Konieczne będzie również przeanalizowanie naszych własnych zasad dotyczących tego, jak możemy ograniczyć wpływ zmian na osoby, które mogą napotykać społeczno ekonomiczne trudności w dostępie do opieki.

Ta opcja nie zostanie wdrożona w życie, dopóki nie zostaną uzgodnione plany dotyczące transportu, które będą zaspokajały potrzeby lokalnej populacji. Kiedy zdecydowano o dalszym zaangażowaniu odnośnie tej preferowanej opcji, Zarząd zaznaczył, że konieczne jest ustalenie solidnego procesu dotyczącego transportu i że ta opcja jest od tego uzależniona.

Konieczne będzie również zapewnienie platform internetowych, żeby rodziny mogły być w kontakcie i będziemy starali się, żeby ludzie wcześniej mogli wracać do domu, gdzie otrzymywaliby wsparcie od służb społecznościowych.

W naszych studiach przypadków Teulu Jones (dostępnych w sekcji Dokumenty Wspierające na naszej stronie internetowej), przedstawiamy przykłady możliwych skutków związanych z podróżowaniem, jakich mogą doświadczać osoby.

Wpływ na personel oraz wyzwania kadrowe

Złączenie zespołów w mniejszej liczbie szpitali wraz z większą inwestycją w świadczenia, pomogłoby nam lepiej osiągnąć narodowe sandardy udarowe. To obejmuje poprawę dostępu do najlepszych miejsc rehabilitacyjnych oraz zwiększenie ilości czasu, kiedy pacjenci otrzymywaliby specjalistyczną terapię udarową. Bardziej intensywna terapia prowadzi do dużó lepszych rezultatów.

Obecnie, osiągnięcie tych standardów jest utrudnienione ze względu na braki kadrowe. Odnosi się to szczególnie do specjalistów z pokrewnych zawodów medycznych, takich jak terapeuci zajęciowi, fizjoterapeuci, logopedzi oraz dietetycy udzielający zaróno intensywnych jak i społecznościowych świadczeń udarowych.

Czas na wdrożenie w życie

Żeby wprowadzić tą opcję w życie, zmiana zajmie dłuższy okres czasu niż w przypadku innych opcji rozważanych przez Zarząd. Budowa samodzielnego oddziału będzie wymagała wygospodarowania przestrzeni w szpitalu Glangwili oraz nakładów inwestycyjnych. Oznacza to, że świadczenia będą stopniowo przenoszone z innych szpitala do Szpitala Glangwili przez pewien okres czasu.

Zostanie to osiągnięte poprzez przeniesienie części oddziałów udarowych z innych szpitali do Szpitala Glangwili przez okres pierwszych czterech lat, a w tym samym czasie również będą rozwijane świadczenia społecznościowe.

Szpital Księcie Filipa w przeciągu dwóch lat byłby szpitalem udzielającym świadczeń lecz i przewież oraz byłby tam oddział rehabilitacji poudarowej. Szpital Bronglais byłby szpitalem udzielającym świadczeń lecz i przewież oraz byłby tam oddział rehabilitacji poudarowej w przeciągu od dwóch do czterech lat. W tym okresie zwiększonoby liczbę personelu, żeby udzielać pacjentom opieki o wyższej jakości. W dłuższej perspektywie (dłużej, niż cztery lata) w Szpitalu Glangwili otworzonoby oddział udarowy z całodobową opieką specjalistyczną i rehabilitacją. W tym momencie, szpitale Prince Philip i Withybush byłyby szpitalami udzialającymi tylko i wyłacznie świadczeń lecz i przewież.

Uważamy, że ta opcja mogłaby być w pełni wdrożona w życie w okresie do ośmiu lat, a jeżeli będzie dostępne miejsce i siła robocza, mogłoby to zająć mniej niż osiem lat.

Więcej informacji odnośnie wdrożenia preferowanej opcji można znaleźć w części „Dokumenty Wspierające" na naszej stronie internetowej.

Koszty wdrożenie w życie

Koszty związane z wdrożeniem tej opcji w życie byłyby podobne do kosztów rozważonych przy opcji 210. Koszty kadrowe wzrosły by o około £3.259m w ramach tej opcji. Koszty związane z budowa i wyposażeniem samodzielnego oddziału wyniosłyby około £19.845m.

Dopasowanie strategiczne

Preferowana opcja jest zgodna z przyszłymi rolami naszych szpitali oraz ze strategią „Zdrowsza Środkowa i Zachodnia Walia: Zdrowsze życie, dobrze przeżyte".

Planem na dłuższą perspektywę jest przeniesienie intensywnego oddziału udarowego do nowego szpitala opieki ratunkowej i planowanej, kiedy zostanie zbudowany. Oznaczałoby to, że opieka udarowa byłaby udzielana w jednym szpitalu razem z innymi świadczeniami ratunkowymi, co wspierałoby bardziej zrównoważone specjalistyczne świadczenia 24 godziny na dobę.

Dodatkowo, to jest zgodne z założeniem Walisjkiego Programu Udarowego NHS, żeby w Walii było mniej oddziałów udarowych, ale żeby były one bardziej wyspecjalizowane.

Inne kwestie

Ta opcja umożliwiłaby służbom udarowym z Hywel Dda branie udziału w większej ilości badań naukowych i nowych projektach. Dzięki temu, że większa liczba pacjentów udarowych przebywałaby na tym samym oddziale, a personel koncentrowałby się wyłącznie na pracy związanej z udarami, byłoby więcej możliwości realizacji projektów badawczych.

W obecnym modelu świadczenia usług nie zawsze jest to możliwe. Badania są ważne, ponieważ pogłębiają wiedzę na temat udaru i sposobów jego leczenia.

Posiadanie mniejszej liczby intensywnych oddziałów udarowych w szpitalach, umożliwiłoby nam przeniesienie i stworzenie większej ilości ról w społeczności, żeby wspierać rehabilitację.

Jak wyglądałaby opieka udarowa dla pacjentów w ramach tej preferowanej opcji

Mamy rodzinę, Teulu Jones, oraz przyjaciół, którzy pomagają nam sprawdzać i wykazać jak inne świadczenia zdrowotne, mogłyby wpłynąć na osobę taką jak ty lub na twoich ukochanych. To nie jest prawdziwa rodzina, ale została zaprojektowana, żeby odzwierciedlić typowych pacjentów, którym udzielamy opieki w Hywel Dda i sąsiadujących społecznościach.

Tutaj możesz przeczytać jak mogłaby wyglądać opieka dla pacjentów po udarze w ramach preferowanej opcji, w oparciu o najbliższy dla ciebie, duży szpital na terenie Hywel Dda:

- Szpital Bronglais
- Szpital Glangwili
- Szpital Prince Philip
- Szpital Withybush

Od czasu publikacji dokumentu Konsultacja Planu Świadczeń Klinicznych w maju 2025 r., rozwinięto pewne ścieżki kliniczne. Obecna cieżka opisana poniżej w studium przypadku Teulu Jones, różni się od tego, co było umieszczone w poprzednim dokumencie konsultacyjnym.

Doświadczenie dla pacjenta po udarze dla kogoś, kto mieszka najbliżej Szpitala Bronglais

Aziz ma 68 lat i pracuje w rodzinnej restauracji i lubi opiekować się swoimi wnukami. Pewnego popołudnia jego żona zauważa, że on nie jest sobą. Twarz opadła mu po jednej stronie i jego mowa jest niewyraźna. Martwi się, że on być może miał udar, więc dzwoni na 999. Żeby pokazać różne opcje dotyczące udaru, wyobraźmy sobie, że Aziz mieszka w Aberystwyth.

W ramach preferowanej opcji…

Karetka zawozi Aziza do Szpitala Bronglais i od razu jest zabierany na tomografię komputerową, zamiast na Oddział Ratunkowy. Jeżeli potwierdzono udar, leczenie trombolityczne rozpocznie się na oddziale prześwietleń. Aziz następnie zostanie przeniesiony na Oddział Ratunkowy, po czym zostanie przewieziony.

Jeżeli Aziz nie miał udaru, wówczas pójdzie na Oddział ratunkowy w Szpitalu Bronglais na dalsze badania.

Jeżeli Aziz doznał bardziej poważnego udaru (kiedy doszło do niedrożności dużego naczynia krwionośnego, a to jest rodzaj udaru, gdzie dochodzi do zaburzenia dopływu krwi do głównej tętnicy w mózgu), zostałby zawieziony karetką ze Szpitala Bronglais bezpośrednio do centrum tromboktomii w Bristolu lub Cardiffie. Trombektomia jest wykonywana, żeby leczyć tego rodzaju udary. Ta opieka jest udzielana regionalnie dla Walii oraz obszarów południowo-zachodniej Anglii w Bristolu i Cardiffie.

Kiedy zespół trombektomii w Bristolu lub Cardiffie oceni stan zdrowia Aziza na wystarczająco dobry na wypisanie go spod ich opieki, zostanie z powrotem przewieziony na oddział udarowy w Szpitalu Galngwili lub bezpośrednio do domu, w zależności od jego stanu zdrowia po trombektomii.

Jeżeli trombektomia nie będzie właściwym leczeniem dla Aziza, wówczas zostanie on przeniesiony na intensywny oddział udarowy w Szpitalu Glangwili, gdzie otrzyma instensywne leczenie udarowe.

Po intensywnym leczeniu udaru w Szpitalu Glangwili, jeżeli stan zdrowia Aziza zostanie uznany za stabilny, zostanie z powrotem przewieziony do Szpitala Bronglais na oddział rehabilitacji, żeby otrzymywać opiekę bliżej domu lub zostanie wypisany do domu i będzie otrzymywał pomoc od Społecznosciowej Zintegrowanej Służby Udarowej.

Doświadczenie dla pacjenta po udarze dla kogoś, kto mieszka najbliżej Szpitala Withybush

Sonia, lat 37, jest mężatką i ma dwóch synów, i prowadzi swoją własną firmą pracując na pół etatu. Zawsze jest zajęta i coś robi. Sonia ma wysokie ciśnienie krwi. Wyobraźmy sobie, że Sonia mieszka w Pembroke Dock.

Kiedy Sonia jest u znajomej, zaczyna się skarżyć na potworny ból głowy, zaczyna mieć trudności ze wzrokiem i problemy z mową. Jej przyjaciółka dzwoni po karetkę, gdyż martwi się, że Sonia miała udar. Jak wyglądałaby jaj opieka w ramach prefrowanej opcji?

W ramach preferowanej opcji…

Karetka zabiera Sonię do Szpitala Withybush, gdzie jest zabierana bezpośrednio na Oddział Ratunkowy na badania, a następnie na tomografię. Jeżeli potwierdzono udar, leczenie rozpoczęłoby się już na oddziale prześwietleń. Sonia wróciłaby na Oddział Ratunkowy, po czym przewiezionoby ją na oddział udarowy w Szpitalu Glangwili.

Jeżeli Sonia nie miała udaru, wówczas wróciłaby na Oddział Ratunkowy w Szpitalu Withybush na dalsze bdania.

Jeżeli Sonia doznała bardziej poważnego udaru (kiedy dochodzi do niedrożności dużego naczynia krwionośnego, a to jest rodzaj udaru, gdzie dochodzi do zaburzenia dopływu krwi do głównej tętnicy w mózgu), zostałaby zawieziona karetką ze Szpitala Withybush bezpośrednio do centrum tromboktomii w Bristolu lub Cardiffie. Trombektomia jest wykonywana, żeby leczyć tego rodzaju udary. Ta opieka jest udzielana regionalnie dla Walii oraz obszarów południowo-zachodniej Anglii w Bristolu i Cardiffie.

Kiedy zespół trombektomii w Bristolu lub Cardiffie uzna, że Sonia jest w dobrym stanie zdrowia, żeby została wypisana spod ich opieki, zostanie przewieziona na oddział udarowy w Szpitalu Glangwili lub bezpośrednio do domu, w zależności od jej stanu zdrowia po trombektomii.

Jeżeli trombektomia nie będzie właściwym leczeniem dla Sonii, wówczas zostanie ona przewieziona na intesnywny oddział udarowy w Szpitalu Glangwili, gdzie otrzyma instensywne leczenie udarowe i rehabilitację.

Sonia być może będzie mogła zostać wypisana do domu i otrzymywać pomoc od Społecznościowej Zintegrowanej Służby Udarowej.

Doświadczenie dla pacjenta po udarze dla kogoś, kto mieszka najbliżej Szpitala Glangwili

Rhys ma 52 lat i jest kierowcą ciężarówek na długie dystanse. Ma nadwagę i pomimo tego, że w domu odżywia się lepiej, często je jedzenie fast food, kiedy jest w drodze. Rhys mieszka w Newcastle Emlyn, w Carmarthenshire, niedaleko granicy z Ceredigion.

Zaczyna się źle czuć, ma okropny ból głowy i zawroty głowy. Jego mowa jest niewyraźna i jego żona podejrzewa udar i natychmiastowo dzwoni na 999.

W ramach preferowanej opcji…

Karetka wiezie Rhysa do Szpitala Glangwili i jest zabierany bezpośrednio na tomografię na oddziale udarowym. Po przeswietleniu, Rhys zostaje na oddziale udarowym. Jeżeli potwierdzono udar i Rhys potrzebuje trombolizy, zostanie ona wykonana na oddziale udarowym w Szpitalu Glangwili.

Jeżeli Rhys nie doznał udaru, wówczas zostanie skierowany na Oddział Ratunkowy w Szpitalu Glangwili na dalsze badania.

Jeżeli Rhys doznał bardziej poważnego udaru (kiedy doszło do niedrożności dużego naczynia krwionośnego, a to jest rodzaj udaru, gdzie dochodzi do zaburzenia dopływu krwi do głównej tętnicy w mózgu), zostałby zawieziony karetką do centrum trombektomii w Bristolu lub Cardiffie. Trombektomia jest wykonywany, żeby leczyć tego rodzaju udary. Ta opieka jest udzielana regionalnie dla Walii oraz obszarów południowo-zachodniej Anglii w Bristolu i Cardiffie.

Kiedy zespół trombektomii w Bristolu lub Cardiffie uzna, że Rhys jest w dobrym stanie zdrowia, żeby został wypisany spod ich opieki, zostanie z powrotem przewieziony na oddział udarowy w Szpitalu Glangwili lub bezpośrednio do domu, w zależności od jego stanu zdrowia po trombektomii.

Jeżeli trombektomia nie jest właściwym leczeniem dla Rhysa, wówczas zostanie na oddziale udarowym w Szpitalu Glangwili na leczenie ostrego udaru. Rhys być może będzie mógł zostać wypisany do domu i otrzymywać pomoc od Społecznościowej Zintegrowanej Służby Udarowej.

Doświadczenie dla pacjenta z udarem dla kogoś, kto mieszka najbliżej Szpitala Prince Philip

Alun jest emerytowanym elektrykiem. Ma pasję dla rugby i w wieku 80 lat lubi codzienne spacery i krzyżówki. W przeszłości miał chore serce i kiedy miał 70 lat, miał zawał serca. Alun mieszka w Llanelli.

Jego córka przyjeżdża do niego w odwiedziny i Alun ma zdrętwiałą rękę, trudności z mową oraz ze zrozumieniem co ona do niego mówi. Córka Aluna dzwoni na 999.

W ramach preferowanej opcji…

Karetka zabiera Aluna do Szpitala Prince Philip, gdzie jest zabrany bezpośrednio na Oddział Medycyny Intensywnej na badania, a następnie przewożony na tomografię. Alun następnie wróciłby na Oddział Medycyny Intensywnej, po czym zostałby przewieziony na oddział udarowy w Szpitalu Glangwili. Jeżeli udar zostanie potwierdzony i Alun potrzebuje trombolizy, to zostałoby wykonane na Oddziale Medycyny Intensywnej. Jeżeli Alun nie miał udaru, wówczas zostałby pod opieką zespołu medycznego na Oddziale Medycyny Intensywnej.

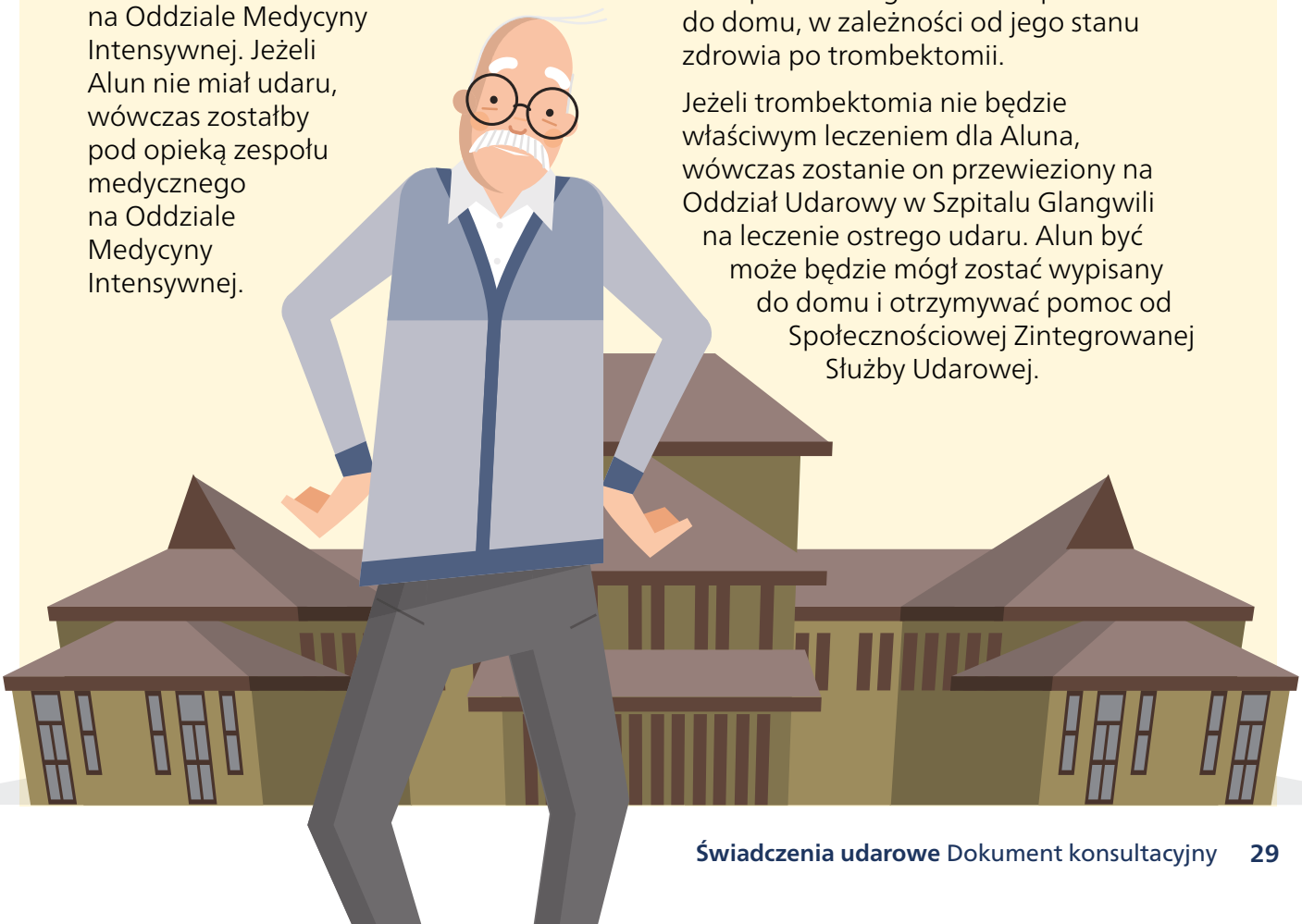
(*Jeżeli pacjenci sami się zgłoszą na Oddział Drobnych Urazów (MIU) w Szpitalu Prince Philip, wówczas personel aktywuje procedurą udarową i postępuje zgodnie z tym samym procesem, jak w przypadku przywiezienia pacjenta karetką).

Jeżeli Alun nie miał udaru, wówczas wróci na Oddział Medycyny Intensywnej na dalsze badania.

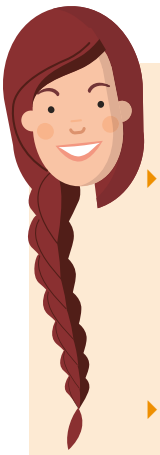
Jeżeli Alun doznał bardziej poważnego udaru (kiedy doszło do niedrożności dużego naczynia krwionośnego, a to jest rodzaj udaru, gdzie dochodzi do zaburzenia dopływu krwi do głównej tętnicy w mózgu), zostałby zawieziony karetką ze Szpitala Prince Philip prosto do centrum trombektomii w Bristolu lub Cardiffie. Trombektomia jest wykonywana, żeby leczyć tego rodzaju udary. Ta opieka jest udzielana regionalnie dla Walii oraz obszarów południowo-zachodniej Anglii w Bristolu i Cardiffie.

Kiedy zespół trombektomii w Bristolu lub Cardiffie uzna, że Alun jest w dobrym stanie zdrowia, żeby został wypisany spod ich opieki, zostanie przewieziony do Szpitala Glangwili lub bezpośrednio do domu, w zależności od jego stanu zdrowia po trombektomii.

Jeżeli trombektomia nie będzie właściwym leczeniem dla Aluna, wówczas zostanie on przewieziony na Oddział Udarowy w Szpitalu Glangwili na leczenie ostrego udaru. Alun być może będzie mógł zostać wypisany do domu i otrzymywać pomoc od Społecznościowej Zintegrowanej Służby Udarowej.



Więcej scenariuszy Teulu Jones, wraz ze studiom przypadków dla pacjentów mieszkających na terenie sąsiadujących zarządów zdrowia oraz poprzednio rozważanych **opcji A, B, 106** i **210**, można znaleźć w dokumencie studium przypadków Teulu Jones w sekcji „Dokumenty wspierające" na naszej stronie internetowej.



Czy wiedziałeś/aś?

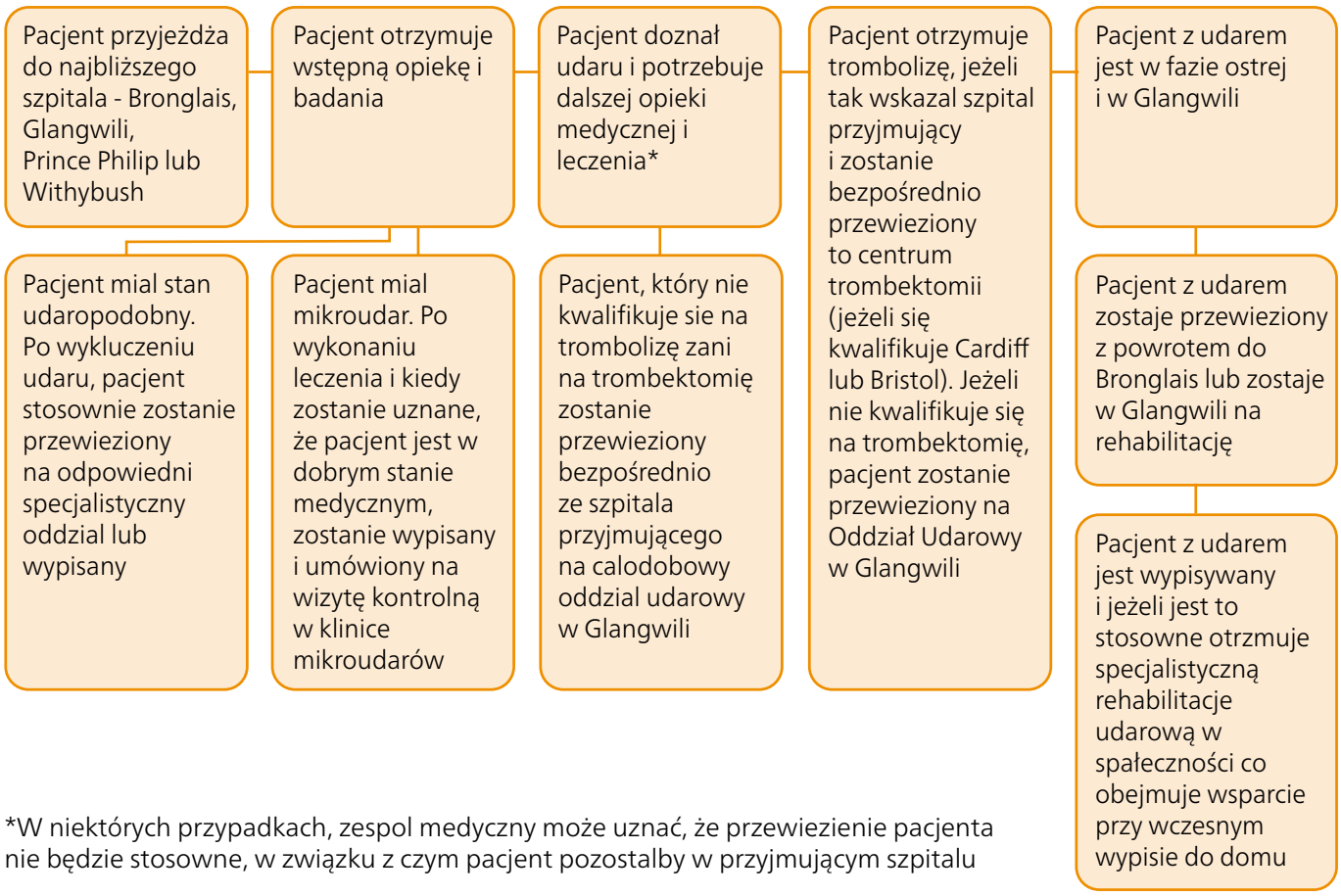
Na 100 podejrzeń udaru:

- Około 50 nie jest udarami. Często są one nazywane „mimikami" (stany udaropodobne) i pacjenci byliby albo wypisywani ze szpitala, albo zostaliby w szpitalu na inne specjalistyczne leczenie,
- Około 25 pacjentów byłoby przewożonych na intensywny oddział udarowy,
- Około 10 pacjentów trafiłoby do Cardiffu lub Bristolu na trombektomię,
- Około 10 pacjentów potencjalnie byłoby wypisanych z Oddziału Ratunkowego w szpitalach udzielających świadczeń lecz i przewieź w przeciągu 24 godzin, gdyż byłyby to lekkie udary,
- Około pięciu pacjentów prawdopodobnie nie byłoby przewożonych, ze względu na ich potrzeby opieki paliatywnej

Więc tylko jeden na czterech pacjentów (25%) z podejrzeniem udaru, musieliby być przewiezieni na intensywny oddział udarowy.

Jak wyglądałaby scieżka w ramach preferowanej opcji

Ten wykres pokazuje co, w ramach preferowanej opcji, mogłoby się stać, jeżeli ty lub ktoś kim się opiekujesz, doznałby udaru.



*W niektórych przypadkach, zespol medyczny może uznać, że przewiezienie pacjenta nie będzie stosowne, w związku z czym pacjent pozostalby w przyjmującym szpitalu

Czym są świadczenia lecz i przewieź?

Lecz i przewieź, w odniesieniu do udaru, jest wtedy, kiedy osoba z podejrzeniem udaru jest najpierw zabierana (lub przychodzi) na najbliższy Oddział Ratunkowy lub Oddział Medycyny Intensywnej. Pacjent ma tam wykonywane pilne badania oraz wszelkie leczenie, które jest czasowo krytyczne (takie jak tromboliza). Jeżeli następnie pacjent potrzebuje intensywnej medycznej opieki udarowej, zostanie przewieziony odpowiednim środkiem transportu (zazwyczaj karetką) na intensywny oddział udarowy lub do centrum trombektomii w innym szpitalu.

Niektórzy pacjenci z regionu Hywel Dda już dojeżdżają na opiekę udarową. Pacjenci, u których doszło do pewnego rodzaju udaru, muszą mieć wykonany zabieg zwany trombektomią. W takich przypadkach, pacjenci muszą mieć operację w celu usunięcia skrzepu i są zabierani na leczenie albo do Cardiffu, albo do Bristolu.

Z uwag, które usłyszeliśmy podczas pierwszej fazy konsultacji rozumiemy, że model lecz i przewieź jest czymś, czym zanniepokojne są nasze społeczności. Chcemy zapewnić naszych pacjentów, że modele lecz i przewieź nie są nowością w opiece udarowej. Od wielu lat pacjenci w Walii są badani i leczeni w swoim lokalnym szpitalu, po czym przewożeni do centrów trombektomii, jeżeli potrzebują bardziej zaawansowanego leczenia udaru. Podejście lecz i przewieź również jest stosowane w innych, czasowo krytycznych pilnych sytuacjach, kiedy potrzebna jest opieka specjalistyczna, takich jak niektóre rodzaje zawału serca, trauma czy problemy z układem krążenia.

W ramach tej preferowanej opcji, nasza uwaga skupia się na upewnieniu się, że pacjenci będą otrzymywali odpowiednią, intensywną opiekę udarowa jak najwcześniej, jednocześniej zachowując ją jak najbliżej miejsca zamieszkania. Dzięki wzmocnieniu jakości opieki na wczesnych etapach udaru, więcej osób będzie mogło wcześniej wrócić do domu, gdzie będą wspierani przez Zintegrowane Społecznościowe Służby Udarowe, jeżeli będzie to stosowne.

Czy wiedziałeś/aś?

Chociaż udar jest sytuacją krytyczna, w której liczy się czas, „złota godzina" wiąże się z opieką urazową. Opieka urazowa to specjalistyczne świadczenia wraz z ortopedią, które pomagają ludziom, którzy doznali poważnych obrażeń. To nie było częścią Planu Świadczeń Klinicznych ani nie było objęte w tej fazie konsultacji. Pacjenci z najcięższymi urazami są przewożeni do Cardiffu.

Więc pomimo tego, że pierwsza godzina jest ważna, są inne, jeszcze ważniejsze ramy czasowe. Na przykład, tromboliza powinna być wykonana w przeciągu czterech i pół godziny, żeby uzyskać jak najlepsze wyniki dla pacjentów z udarem.

Czym jest intensywny oddział udarowy?

W ramach tej preferowanej opcji, otworzylibyśmy całodobowy specjalistyczny oddział udarowy w Szpitalu Glangwili.

Całodobowy intensywny oddział udarowy to jest wyznaczony oddział w szpitalu, gdzie osoby po udarze, otrzymywałyby stałą, całodobową opiekę od specjalistycznego zespołu udarowego. To obejmuje szybki dostęp do oceny stanu pacjenta, leczenia, monitorowania oraz wczesnej rehabilitacji, zgodnie z narodowymi standardami udarowymi.

Pacjenci zazwyczaj leżą na intensywnym oddziale udarowym przez krótki okres czasu, który zazwyczaj wynosi około 72 godziny. Jest to tzw. faza hiperostra. Natępnie, zazwyczaj jest dłuższy pobyt w szpitalu, około siedem dni (może to być od trzech do dziesięciu dni, w zależnosci od postępów pacjenta) i to jest tzw. faza ostra. W tym okresie, opieka jest udzielana przez specjalistyczny zespół udarowy, który obejmuje lekarzy specjalistów, wyspecjalizowane pielęgniarki oraz specjalistów z dziedzin pokrewnych.

Ten specjalistyczny zespół blisko ze sobą współpracuje, żeby zapewniać intensywną wczesną opiekę i zmniejszyć ryzyko powikłań. Jeżeli dojdzie do jakichkolwiek powikłań, one są jak najszybciej zidentyfikowane i leczone. Opieka o wysokiej jakości na tych

wczesnych etapach, pomaga w wyzdrowieniu oraz szybszym wypisaniu większej ilości pacjentów do domu, gdzie są wspierani przez Zintegrowane Społeczościowe Służby Udarowe. Dowody wskazują na to, że to poprawia razultaty dla osób, które miały udar.

Czym jest oddział rehabilitacji poudarowej?

Oddział rehabilitacji poudarowej pomaga pajentom w powrocie do zdrowia po wczesnej hiperostrej i ostrej fazie udaru. Te oddziały koncentrują się na pomaganiu ludziom w odzyskaniu samodzielności poprzez skoordynowaną rehabilitację. Na przykład, pomagają pacjentowi bezpiecznie jeść i pić czy samodzielnie się myć czy ubierać. Ta opieka jest udzielana przez wyspecjalizowany, multydyscyplinarny zespół, współpracujący ze sobą w celu osiągnięcia wspólnego celu, którym jest pomoc pacjentowi w powrocie do zdrowia. W skład zespołu wchodzą specjaliści z dziedzin pokrewnych, pielęgniarki oraz personel medyczny posiadający doświadczenie w rehabilitacji poudarowej.

Przez całą ścieżkę opieki udarowej, opieka jest dopasowana do indywidualnych potrzeb osoby. Rehabilitacja może obejmować udzielanie pomocy w codziennych czynnościach, w fizycznym dojściu do siebie, z komunikacją i kognicją (jest to zdolność mózgu do przetwarzania informacji, zapamiętywania oraz rozwiązywania codziennych problemów) oraz z dobrostanem emocjonalnym, wraz z planowaniem wczesnego wypisu ze szpitala oraz dalszym powrotem do zdrowia w domu lub społeczności.

Rodziny i opiekunowie są zaangażowani, jeżeli tylko jest to możliwe, gdyż oni odgrywają ważną rolę w procesie powrotu do zdrowia. Ogólnym celem jest udzielanie ludziom pomocy w bezpiecznym powrocie do zdrowia oraz powrocie do jak najbardziej samodzielnego życia.

Czym jest Zintegrowana Społecznościowa Służba Udarowa (ICSS)?

Zintegrowana Społecznościowa Służba Udarowa (ICSS) pomaga ludziom po udarze przejść z opieki w szpitalu, do opieki w społeczności i obejmuje pacjentów, którzy spełniają kryteria ESD oraz nie ESD. Wyspecjalizowany zespół multydyscyplinarny prowadzi wczesną rehabilitację oraz wspiera wszystkich, którzy potrzebują wsparcia po wypisie ze szpitala. Zintegrowana służba łączy istniejące służby takie jak Wczesny Wypis ze Wsparciem (ang. Early Supported Discharge (ESD)) oraz społecznościową rehabilitację poudarową w jedna spójną służbę.

Pracują oni jako pojedyncza służba i mają wspólną listę pacjentów, którym pomagają. Zintegrowana Społecznościowa Służba Udarowa zapewnia trzy scieżki opieki, w zależnosci od potrzeb osoby:

1. Wypis do domu z pomocą ICSS
2. Wypis do domu z pomocą ICSS oraz opieką socjalną
3. Wypis do domu opieki lub domu spokojnej starości

Wsparcie jest udzielane przez okres do sześciu miesięcy z opcją ponownego skierowania do ICSS, jeżeli zostaną zidentyfikowane dalsze cele rehabilitacyjne. Świadczenia ICSS mogą być udzielane przez jeden zespół udzielający wszystkich świadczeń lub przez kilka różnych służb, które pracują razem w ramach jednego modelu.

Czym jest Wczesny Wypis ze Wsparciem (ESD)?

Świadczenia Wczesnego Wypisu ze Wsparciem dla pacjentów po udarze, są najbardziej skuteczne dla pacjentów z łagodną lub umiarkowana niepełnosprawnością (do 40% pacjentów). Służby ESD pomagają osobom dorosłym wcześniej wyjść ze szpitala po udarze i kontynuują udzielanie im opieki w społeczności. Mogą pomagać pacjentom w rehabilitacji w domu, z taką samą intensywnością i poziomem specjalistycznej opieki, jakie otrzymaliby w szpitalu.

To może nie być stosowne dla wszystkich osób dorosłych po udarze czy w każdych okolicznosciach. Decyzja, czy wczesny wypis ze wsparciem zostanie zaoferowany, jest podejmowana przez multydyscyplinarny zespół udarowy po omówieniu tego z osobą, która doznała udaru oraz ich rodziną czy opiekunem, jeżeli dotyczy.

Jak oceniliśmy preferowaną opcję – kryteria przeszkodowe

Kryteria przeszkodowe są wykorzystywane, żeby ocenić stosowność opcji, kiedy muszą zostać wprowadzone zmiany w świadczeniach, tak jak podano w naszym Planie Świadczeń Klinicznych. Poniżej podano, jak ta opcja została oceniona przez służbę.

Zrównoważonie klinicznie	▸ Spojenie wyspecjalizowanych zespołów wspiera odporność siły roboczej, szkolenia, zatrudnianie oraz udzielanie pełnych, całodobowych świadczeń.	Zielone
Wykonalność	▸ Połączenie służb w jednym miejscu będzie wymagało więcej czasu, żeby stworzyć przestrzeń, która będzie potrzebna w Szpitalu Glangwili. Uznano, że ta opcja spełnia kryterium przeszkodowe (wykonalna w przeciągu od 0 do 4 lat), gdyż wiele zmian zostanie wprowadzonych w tym okresie, żeby wspierać służbę w radzeniu sobie z istniejącymi problemami. ▸ Zintegrowane Społecznościowe Służby Udarowe zostałyby stworzone w okresie od 2 do 4 lat w fazie poprawy. ▸ Szpital Prince Philip stałby się jednostką lecz i przewieź oraz byłby tam oddział rehabilitacji poudarowej w przeciągu od 0 do 2 lat, a Szpital Bronglais stałby się jednostka lecz i przewieź oraz byłby tam oddział rehabilitacji poudarowej w przeciągu od 2 do 4 lat. ▸ Kiedy, w dłuższej perspektywie czasu (ponad 4 lata) zostanie otworzony intensywny oddział udarowy w Szpitalu Glangwili, szpitale Prince Philip i Withybush stałyby się szpitalami udzialającymi tylko usług lecz i przewieź. ▸ Takie etapowe wdrażanie w życie jest podobne do innych opcji Planu Świadczeń Klinicznych, gdzie kroki były podejmowane na etapie implementacji i poprawy, żeby rozwiązać kluczowe problemy, z jednoczesną potrzebą zajęcia się problemami w dłuższej pespektywie (ponad 4 lata), takich jak radiologia i endoskopia.	Zielone
Dostępność	▸ Lepszy dostęp dla pacjentów do specjalistycznej ekspertyzy udarowej oraz zaawansowanej diagnostyki, ale geograficznie, dostęp wskroś rejonu nie będzie równy. ▸ Więcej ludzie będzie musiało dojeżdżać dalej na opiekę intensywną i rehabilitację, co zwiększy zależność od usług transportowych oraz stworzy dodatkową presję dla rodzin, opiekunów i pracowników. ▸ Dostępność może zostać poprawiona poprzez społecznościowe świadczenia udarowe, lokalne kliniki przemijających ataków niedokrwiennych (TIA) oraz finansowane rozwiązania transportowe, ale bez nich, dostępność staje sie kluczowym ryzykiem.	Pomarańczowe
Zgodność ze strategią	▸ Ta opcja jest zgodna ze strategią Krajowego Programu Udarowego, gdzie mniej oddziałów będzie udzielało specjalistycznej opieki oraz zodna z lokalną długeterminową strategią i rolą szpitali.	Zielone
Zrównoważenie finansowe	▸ Realizacja tej opcji zależy od pełnego finansowania zasobów kadrowych, transportu i infrastruktury oraz od skutecznego pozyskania i utrzymania potrzebnej, wyspecjalizowanej kadry.	Pomarańczowe

Ocenianie opcji

Ta opcja została oceniona w taki samym sposób, jak inne opcje już rozważone przez Zarząd, przy wykorzystaniu tych samych kryteriów oraz przez tą samą Grupę ds. Rozwoju Opcji. Ze względu na różnice w liczbie uczestników, poniższe wyniki przedstawiają wynik porównawczy, oparty na maksymalnej liczbie punktów, jakie mogły zostać przyznane przez obie grupy, aby umożliwić ich łatwe porównanie.

Kryterium	Preferowana opcja	Opcja A	Opcja B	Opcja 106	Opcja 210
Liczba pacjentów, którzy najprawdopodobniej będą musieli być przewożeni z jednego szpitala do innego w czasie choroby	55%	52%	46%	54%	50%
Zgodność/osiąganie standardów	80%	62%	60%	51%	46%
Wpływ na świadczenia wewnętrzne (np. Oddziały Ratunkowe)	61%	56%	45%	52%	51%
Wpływ na świadczenia zewnętrzne (np. Uniwersytecki Zarząd NHS ds. Karetek)	65%	44%	39%	53%	52%
Zrównoważenie klinicznie – zapotrzebowanie pacjenta na korzystanie ze świadczeń	72%	60%	53%	48%	49%
Zrównoważenie sił roboczych – pracownicy będą dostępni w przeciagu od dwóch do czterech lat	61%	48%	37%	46%	39%
Zrównoważenie finansowe – różnice w kosztach pomiędzy teraz, a opcją	49%	52%	44%	50%	49%
Redukcja list oczekujących na diagnostykę, leczenie i operację	65%	56%	52%	55%	57%
Czas dojazdu pacjenta do szpitala	59%	40%	38%	50%	51%
Wpływ czasu przewożenia na opcję	59%	50%	41%	50%	52%
Wpływ na lokalne społeczności w trakcie rozwoju placówek społecznościowych	65%	47%	40%	48%	48%
Wpływ na pracowników i pacjentów, którzy będą musili dojeżdżać, żeby korzystać z opieki regionalnej	66%	42%	36%	49%	43%
Ilość działań odbywających się w środowisku społecznościowym	60%	49%	40%	46%	48%
Wpływ na wyniki związane ze zdrowiem populacji	70%	61%	50%	48%	51%
Usuwanie przeszkód w udzielaniu opieki (transport, wsparcie pacjenta)	61%	61%	52%	52%	59%
Usuwanie przeszkód równości	62%	52%	45%	50%	50%

Podsumowanie zidentyfikowanych skutków

W ramach Oceny Wpływu na Równość (EqIA) zidentyfikowano następujące skutki. W trakcie drugiej fazy konsultacji chętnie przyjmiemy wszelkie dodatkowe uwagi dotyczące potencjalnych skutków preferowanej opcji.

Skutki negatywne:

- Czas dojazdu oraz koszty związane z dojazdem mogą wpłynąć na niektórych pacjentów i osoby odwiedzające, gdyż być może będa musieli dalej dojeżdżać, żeby otrzymać opiekę
- Niektórzy pacjenci byliby zawożeni do odpowiedniego szpitala przez Zarząd Zdrowia, ale podróże powrotne czy dojazdy odwiedzających mogą być dłuższe oraz bardziej kosztowne, zarówno samochodem, jak i środkami trasnportu publicznego
- Niektórzy pracownicy być może musieliby dalej dojeżdżać do pracy w inne miejsca, co

będzie się wiązało z dodatkowymi kosztami, potrzebami związanymi z opieką i opieką nad dzieckiem

Skutki pozytywne:

- Udzielanie świadczeń w mniejszej liczbie lokalizacji umożliwia współpracę różnych specjalistów w jednym miejscu. Jest to bardziej efektywne wykorzystanie zasobów i prowadzi do poprawy jakości usług oraz ciągłości opieki nad pacjentami
- Udar jest traktowany jako specjalistyczna dziedzina. Model sieciowy opracowywany i proponowany w ramach programu krajowego oznacza, że preferowana opcja jest zgodna z tym, co się dzieje na poziomie krajowym
- Powinniśmy zauważyć, że czasu pobytu pacjentów po udarze w szpitalu będzie krótszy, dzięki dostępowi do diagnostyki, do lekarzy i specjalistów z dziedzin pokrewnych przez większa liczbę godzin w tygodniu
- Samodzielny intensywny oddział udarowy w Hywel Dda poprawiłby rekrutację i utrzymanie personelu
- Zespoły ratownictwa medycznego będą miały dostęp do wideotriage'u przedszpitalnego, co pozwoli skierować pacjentów we właściwe miejsce, aby otrzymali najlepszą możliwą opiekę
- Specjalista ds. udarów będzie dostępny 24 godziny na dobę siedem dni w tygodniu, aby dłużej wspierać zespoły w placówkach, które nie mają własnego, dedykowanego oddziału udarowego, pomagając im podejmować właściwe decyzje terapeutyczne dla pacjentów. To z kolei stworzy większe możliwości w zakresie edukacji i szkoleń
- Szpital Glangwili ma najwyższy stosunek i liczbę pracowników mówiących po walijsku w obecnym oddziale udarowym, którzy będą mogli wspierać pacjentów posługujących się językiem walijskim oraz ich rodziny

Nadal rozważamy sposoby na zredukowanie ryzyka oraz negatywnych skutków dla naszych społeczności. W tej drugiej fazie konsultacji, nadal potrzebujemy twoich opinii odnośnie tego, jak możemy pomagać ludziom w lepszym dostępie do świadczeń udarowych, jeżeli ta preferowana opcja zostanie wybrana. Poniżej wymieniono kilka sugestii, które dotychczas usłyszeliśmy:

- Poprawa połączeń transportowych pomiędzy szpitalami, z uwzględnieniem partnerstw publiczno prywatnych, autobusów wahadłowych kursujących między placówkami itp
- Nawiązanie współpracy z lokalnymi firmami przewozowymi, żeby zaoferować zniżkę lub kupony przewozowe na wyznaczone przejazdy czy okresy czasu, jak również rewizję kosztów transportu wspieranego/ taksówek
- Usługi transportu społecznościowego i wolontariackiego dostępne dla pacjentów, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacji, żeby mogli korzystać z niepilnego transportu pacjentów
- Niektórzy pacjenci być może będą się kwalifikowali na pomoc w pokryciu kosztów dojazdu, w zależnosci od ich okoliczności. Informacje oraz porada dotyczące transportu pacjentów są dostępne na naszych stronach internetowych, należy wyszukać „transport pacjenta" lub można o to zapytać w biurze ogólnym w każdym z naszych głównych szpitali
- Wyznaczenie dedykowanych, cichych pomieszczeń lub stref, poprawa przestrzeni dla odwiedzających w szpitalach oraz ulepszenie oznakowania. Dodatkowo, upewnienie się, że miejsca ogólnodostępne będą, w miarę możliwości, przyjazne dla osób poruszających się na wózkach, co poprawi dostępność i komfort pacjentów
- Pracownicy, na których wpłyną lokalne zmiany, mogliby być kierowani do pobliskich placówek oferujących opiekę nad dzieckiem, takich jak przedszkola czy żłobki
- Jeżeli jest to możliwe, zachęcanie do wspólnego korzystania z samochodu oraz zrównoważonego trasnportu

Cechy chronione i równość

Pewni ludzie, posiadający cechę chronioną, mogą się znaleźć w bardziej niekorzystnej sytuacji lub napotkać więcej trudności, kiedy będą próbowali korzystać ze świadczeń medycznych. Ustawa ds. Równości z 2010 r. chroni ludzi przed gorszym traktowaniem, niż inni ludzie ze względu na ich:

- wiek
- niepełnosprawność
- zmianę płci

- małżeństwo oraz związek cywilny
- ciążę i macierzyństwo
- rasę
- religię i wyznanie (obejmujme brak wyznania religijnego)
- płeć
- orientację seksualną

Ocena Wpływu na Równość (EqIA) obejmuje podsumowanie potencjalnych pozytywnych oraz negatywnych skutków zmiany na osoby posiadające cechy chronione, jak również jak je złagodzimy i jak zrealizujemy nasze obowiązki dotyczące równości.

Dodatkowo, ta ocena rozważa potencjalne skutki, których mogą doświadczać osoby należące do społeczności Sił Zbrojnych, wynikające z ich sytuacji społecznej i/lub ekonomicznej, a także z używania języka walijskiego.

W naszych zasadach i sposobie pracy musimy:

- ograniczyć dyskryminację, nękanie, wiktymizację oraz inne zachowanie zabronione przez tą Ustawę,
- promować równe możliwości między osobami posiadającymi określone cechy chronione a tymi, które ich nie mają,
- pielęgnować dobre relacje pomiędzy osobami które mają określone cechy chronione, a tymi które ich nie posiadają

Również dążymy do:

- usuwania lub minimalizowania trudności, których doświadczają osoby posiadające określoną cechę chronioną i które wynikają z tej cechy
- zaspokajania potrzeb ludzi, którzy posiadają cechę chronioną, które różnia się od potrzeb tych, którzy jej nie posiadają
- zachęcania ludzi posiadających cechę chronioną do uczestniczenia w życiu publicznym lub innych zajęciach, w których udział takich osób jest nieproporcjonalnie niski
- rozważenia, jak poradzimy sobie z uprzedzeniami i będziemy wspierali wyrozumienie

Przygotowaliśmy oceny skutków preferowanej opcji dla świadczeń udarowych wskroś Hywel Dda

Obejmują one sugerowane zmiany dotyczące:

- zdrowia
- równości
- środowiska i zrównoważenia
- jakości
- zdrowia populacji

Więcej informacji można znaleźć w pełnej, aktualnej wersji Oceny Wpływu na Równość (EqIA), dostępnej w sekcji dokumentów wspierających na naszej stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/stroke-consultation**

Zarząd wykorzysta te oceny, żeby im pomóc w podjęciu finałowej decyzji dotyczącej tego, jak świadczenia udarowe będą wyglądały w przyszłosci w Hywel Dda.

Język walijski

45 procent mieszkańców Hywel Dda włada językiem walijskim. Jest to liczba powyżej przeciętnej na terenie Walii.

Wiemy, że to ma wpływ na wielu naszych pacjentów wskroś wszystkich naszych swiadczeń i lokalizacji. Prowadzimy program, żeby pomagać naszym pracownikom w porozumiewaniu się w języku walijskim. Również wiemy, że możliwości porozumiewnia się dla pacjentów są bardzo ważne, a udar może wpłynąć na mowę.

Stale robimy postępy w spełnianiu ustawowych Standardów Języka Walijskiego. To oznacza upewnianie się, że cała nasza komunikacja, z objęciem komunikacji cyfrowej, druku oraz znaków, jest dwujęzyczna (po walijsku i angielsku), a język walisjki nie jest traktowany mniej przyjaźnie, niż język angielski.

Staramy się promować dwujęzyczne środowisko dla każdego. Wspieramy naszych pracowników w używaniu języka walijskiego w miejscu pracy oraz w społeczności. Prowadzimy prace, żeby się upewniać, że świadczenia w języku walijskim są oferowane ludziom i że nie muszą o to prosić, tak jak podaje plan rządu walijskiego „More Than Words".

Mamy wyznaczony cel, aby do 2032 roku 50% naszego personelu osiągnęło podstawowy poziom znajomości języka walijskiego. Postępy w tym zakresie przedstawiamy w naszym Corocznym Raporcie Języka Walijskiego, który jest dostępny na naszej stronie internetowej. Pełna ocena wpływu na równość zawiera dodatkowe informacje dotyczące tego, w jaki sposób zmiany w świadczeniach mogą wpływać na język walijski, ale zachęcamy do przekazywania wszelkich uwag i opinii.

Jak możesz się zaangażować

Naprawdę chcemy od ciebie usłyszeć. Informacje dotyczące tego, jak możesz się zaangażować i podzielić swoimi poglądami są dostępne we wszystkich naszych szpitalach, placówkach społecznościowych oraz organizacjach sektora wolontariatu. Będziemy organizowali spotkania, na które można przyjść bez umawiania się, zarówno osobiście, jak i przez internet, na które możesz przyjść, dowiedzieć się więcej oraz podzielić swoimi opiniami.

Szczegóły dotyczące tego, gdzie i kiedy możesz przyjść, żeby się z nami spotkać są dostępne na naszej stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/stroke-consultation** oraz na naszych kanałach mediów społecznościowych.

Będziemy również współpracować z lokalnymi mediami, takimi jak stacje radiowe i redakcje prasowe, aby zwiększyć świadomość dotyczącą drugiej fazy konsultacji.

Dziękujemy za poświęcony czas i podzielenie się swoimi opiniami. Każdy głos ma znaczenie i pomoże kształtować przyszłość świadczeń udarowych w naszym regionie.

Prosimy o zapoznanie się z tym dokumentem i przekazanie nam swojej opinii do 26 lipca 2026 r.

Możesz to zrobić przez:

- wypełnienie ankiety przez internet: **qrco.de/stroke-questionnaire** (możesz poprosić o kopię wysyłając do nas emaila lub dzwoniąc na podany poniżej numer telefonu)
- wysłanie jej na: **FREEPOST HYWEL DDA HEALTH BOARD** (nie trzeba znaczka pocztowego)
- wysłanie do nas emaila: **hyweldda.engagement@wales.nhs.uk**
- rozmowę z nami podczas jednego z naszych spotkań (informacje odnośnie spotkania w twojej okolicy lub przez internet można znaleźć na naszej stronie internetowej) lub dzowniąc do nas na **0300 303 8322 (opcja 5) opłata jak za rozmowy lokalne**

Oświadczenie o prywatności – co się stanie z twoim komentarzem

Anonimowość i poufność odpowiedzi

Twoje odpowiedzi na tę ankietę są zbierane i analizowane w sposób mający zapewnić anonimowość. Nie prosimy o podanie imienia, nazwiska ani danych kontaktowych, a wyniki ankiety będą przedstawiane wyłącznie w formie zbiorczych podsumowań.

Pamiętaj jednak, że jeśli zdecydujesz się podać informacje o sobie w polach odpowiedzi otwartych, mogą one sprawić, że zidentyfikowanie ciebie będzie możliwe, bezpośrednio lub pośrednio. Dlatego zachęcamy, aby nie podawać imion, konkretnych stanowisk pracy, lokalizacji ani innych szczegółów, które mogłyby zidentyfikować ciebie lub inne osoby, chyba że czujesz się z tym komfortowo.

Pod koniec ankiety zadamy pytania odnośnie cech, takich jak wiek, płeć, tożsamość płciowa, niepełnosprawność, etniczność, orientacja seksualna, religia czy wyznanie, status małżeński lub partnerski, status związany ze służbami zbrojnymi, obowiązki opiekuńcze, język, dochód gospodarstwa domowego oraz część twojego kodu pocztowego. Te pytania są uwzględnione, aby pomóc nam zrozumieć różnorodność doświadczeń oraz zapewnić równość i sprawiedliwość.

Same w sobie, te pytania ciebie nie zidentyfikują, ale w rzadkich przypadkach kombinacja odpowiedzi może zwiekszyć ryzyko, że ktoś może zostać zidentyfiikowany, szczególnie w mniejszych zespołach czy grupach populacji.

Żeby chronić twoją prywatność, stosujemy odpowiednie zabezpieczenia, takie jak raportowanie zagregowane oraz ukrywanie bardzo małych wartości. Twoje odpowiedzi nie będą wykorzystywane do podejmowania decyzji dotyczących ciebie, jako osoby.

Opinie przekazywane przez organizacje lub osoby działające w oficjalnym charakterze mogą zostać opublikowane w całości.

Nasza analiza oraz raport końcowy zostaną przedstawione na posiedzeniu Zarządu Publicznego i będą dostępne na naszej stronie internetowej. Dokument ten zostanie również przekazany do Llais w celu uzyskania ich komentarzy. Llais jest niezależnym organem ustawowym, który daje mieszkańcom Walii większy wpływ na planowanie i świadczenie usług zdrowotnych oraz opieki społecznej. Dane osobowe, które przekażesz, zostaną przetwarzone przez Zarząd Zdrowia, ponieważ jest to niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym, jakim jest konsultacja. Stanowi to prawnie uzasadnioną podstawę przetwarzania zgodnie z przepisami o ochronie danych.

Zarząd Zdrowia przetworzy wszelkie informacje, których udzielisz w odpowiedzi na tą konsultację zgodnie z obecnymi przepisami o ochronie danych. Zarząd Zdrowia zachowa informacje osobiste, które zostaną podane, przez okres nie dłuższy niż rok od momentu sfinaliowania decyzji.

Ogólne tematy poruszane przez społeczności na kanałach mediów społecznościowych Zarządu Zdrowia, ale nie dane osobowe, będą zbierane, aby mogły zostać uwzględnione w raporcie końcowym.

Oświadczenie o prywatności – Uniwersytecki Zarząd Zdowia Hywel Dda

Pełne oświadczenie o prywatności można znaleźć na naszej stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/privacy-notices**

Słuchamy

Wiemy, że ważne jest, żeby ciebie na bieżąco informować, szczególnie kiedy poświęciłeś/aś swój czas, żeby podzielić się z nami swoimi opiniami i poglądami.

Raport dotyczący tego, co usłyszeliśmy podczas tej drugiej fazy konsultacji zostanie opublikowany, w pełni rozważony oraz omówiony na zebraniu Zarządu Zdrowia później w tym roku.

Zebrania Zarządu Zdrowia są zebraniami publicznymi. Ludzie mogą na nie przyjść osobiście lub oglądać je przez internet. Ogłosimy to zebranie na naszej stronie internetowej oraz mediach społecznościowych. Dane dotyczące zebrań naszego Zarządu można znaleźć na stronie internetowej: **hduhb.nhs.wales/about-us/your-health-board**

Członkowie Zarządu rozważą wszystko, co usłyszeli zarówno przed, jak i w trakcie, wszystkich etapów konsultacji, w tym oceny wpływu na równość, dokumenty wspierające i dane, które zebraliśmy i odniosą się do tego w tym dokumencie. Zostaną również rozważone wszelkie nowe informacje, które mogą wyjść na jaw podczas rozmów z naszymi społecznościami.

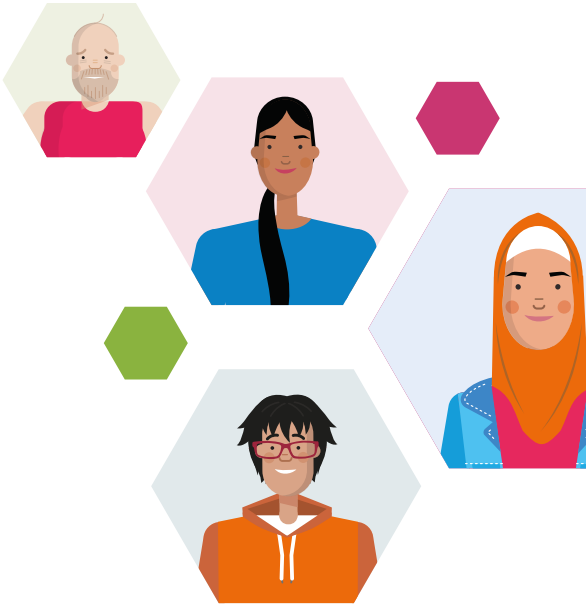
Jak będziemy ciebie informować

Informacje uzyskane w trakcie tego okresu zaangażowania oraz finałowy raport z tej fazy konsultacji Planu Świadczeń Klinicznych będzie opublikowany na naszej stronie internetowej. Oficjalnie ogłosimy, kiedy to będzie dostępne.

Te raporty będą udostępniane ludziom, którzy mieszkają na naszym obszarze i poprosili, żeby ich na bieżąco infomować o postępach, tak szeroko jak będzie to możliwe. Aktualizacje również będą udzielane za pośrednictwem naszych kluczowych interesariuszy, w lokalnych mediach i na mediach społecznościowych.

Jeżeli chcesz otrzymywać te aktualizacje, dołącz do naszego programu konsultacji i zaangażowania Siarad Iechyd / Talking Health poprzez:

- wysłanie emaila: **hyweldda.engagement@wales.nhs.uk**
- dzwoniąc na: **0300 303 8322 (opcja 5) opłata jak za rozmowy lokalne**
- pisząc do nas na: **FREEPOST HYWEL DDA HEALTH BOARD**



Diolch yn fawr | Dziękujemy