

Co dalej ze szpitalnymi oddziałami ratunkowymi

# Sorry, takie mamy SOR-y



Fot. PAP/Grzegorz Michalowski

W czasie rozmowy z amerykańskim lekarzem ratunkowym zapytałem, co by zrobił w przypadku ostrej infekcji dróg oddechowych – czy skorzystałby z pomocy lekarza rodzinnego, czy też zgłosiłby się na oddział ratunkowy. Odpowiedział krótko: „Nie mam czasu na korzystanie z pomocy lekarzy rodzinnych”.

Oczywiście stwierdzenie takie jest swoistym wkładaniem kija w mrowisko (nie tylko w USA, jak łatwo się domyślić). Paradoks jest być może tym większy, że podstawy medycyny ratunkowej w jej kolebce, czyli właśnie USA, tworzyli lekarze rodzinni.

## Dlaczego pacjenci kochają szpitale

Nawet w takich krajach jak Izrael, gdzie zarówno dostęp do lekarza rodzinnego, jak i ambulatoryjnego trybu świadczeń specjalistycznych i diagnostyki jest bardzo szybki, oddziały ratunkowe zmagają się z falą pacjentów, którzy spokojnie mogliby być leczeni poza nimi. Z czego wynika to zjawisko?

*Institute for Leadership in Emergency Medicine* (powołany przy *Harvard Medical School*) w swoich analizach wykazał, że obciążenie oddziałów ratunkowych na całym świecie w ostatnich 10 latach wzrosło dwukrotnie. Podobne analizy wykonywane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia potwierdzają, że w naszym kraju skala zjawiska jest podobna.

Odpowiedź jest dość prosta: pomimo narzekania na SOR-y stają się one ofiarą własnego sukcesu, o czym świadczy wybór lub też właściwie napór pacjentów. Założenie twórców systemu ratownictwa medycznego w Polsce oparte na powołaniu go do działania w „nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego” okazało się

niewiele zbyt entuzjastyczne. System nie jest odporny na napływ pacjentów „nienagłych” (według badań CMJ mogą oni stanowić nawet 80 proc.). Problemem jest też efektywne radzenie sobie w stanach zagrożenia życia, zwłaszcza w małych SOR-ach.

### Naczynia połączone

Nie tylko w Polsce medycyna ratunkowa jest zaledwie jednym z naczyń układu połączonego. Można założyć, że liczba pacjentów odczuwających pilną potrzebę widzenia się z lekarzem, a także tych, którzy ulegają faktycznie nieszczęśliwym zdarzeniom lub nagłym stanom zdrowotnym, pozostaje na podobnym poziomie w większości krajów rozwiniętych. Potrzeba ta musi być w jakiś sposób zaspokojona. W zasadzie pozostają dwa wyjścia: po pierwsze, skorzystać z pomocy praktyki lekarzy rodzinnych, po drugie, udać się na oddział ratunkowy. Argumentem, który często przesądza na rzecz SOR-u, jest w przekonaniu pacjentów szybka droga do konsultacji i badań specjalistycznych, a także możliwość hospitalizacji. Przekonanie to jest podobne w większości krajów.

### Jak z tym walczyć

Pozostaje pytanie, czy warto z tym przekonaniem walczyć. Zwłaszcza w dobie zwiększających się oczekiwań pacjentów i coraz większego poziomu roszczeń. Mimo wszystko SOR ma znacznie większe i lepsze zaplecze aniżeli gabinet nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Co ciekawe, nawet system dopłat przez pacjenta (stosowany np. w Izraelu ekwiwalent 100 USD) nie odstrasza przed wyborem tej właśnie drogi.

Poza wszelką dyskusją (tu różnimy się od większości krajów) w Polsce w znacznym stopniu nadużywany jest system ratownictwa medycznego (zespoły ratownictwa), wykorzystywany jako najtańsza – bezpłatna, forma taksówki.

Skoro nie można stworzyć mechanizmu zaporowego dla SOR-ów, należy raczej pogodzić się ze zjawiskiem rosnącej liczby pacjentów i szukać efektywnych sposobów radzenia sobie z tym problemem.

### Zagrożenia

Pojawia się jednak kilka istotnych elementów, które mogą utrudniać właściwe funkcjonowanie SOR-ów w Polsce. Jak zwykle na każde zagadnienie można spojrzeć z różnych punktów widzenia. Optymistyczny aspekt jest taki, że posiadamy dość gęstą sieć SOR-ów (nieco ponad 200), ich wyposażenie i podstawowe założenia organizacyjne zostały ujednolicone i opisane w rozporządzeniu do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, no i są to w większości oddziały o niskim obciążeniu (oddziałów leczących rocznie powyżej 60 tys. pacjentów jest zaledwie kilkanaście).

Paradoksalnie każdy z tych elementów jest równocześnie stroną słabą. Gęsta sieć powoduje dominację małych SOR-ów, często z jednym lekarzem i 2, 3 pie-

” Na całym świecie oddziały ratunkowe zmagają się z falą pacjentów, którzy zupełnie spokojnie mogliby być leczeni poza nimi ”

łgniarkami, w szpitalach o dość ograniczonych możliwościach działań specjalistycznych. Dla pracujących na co dzień w ratownictwie medycznym nie jest tajemnicą, że część z nich nie jest wydolna w leczeniu ciężkich obrażeń ciała (zwłaszcza u dzieci), ostrych zespołów wieńcowych, udarów mózgu i wielu innych stanów. Równocześnie działania zespołów ratownictwa medycznego są ograniczane do macierzystych rejonów operacyjnych, a przecież śmigłowiec HEMS nie zawsze jest dostępny. Jak ma się to do oczekiwanych standardów czasowych?

” Jeśli pogodzimy się z nieuchronnym, czyli nie tylko pacjentami w kategorii natychmiastowej, lecz także absolutnie nieratunkową większością – pora szukać rozwiązań ”

Rozporządzenie o organizacji SOR-ów de facto jest katalogiem wyposażenia i przelicznikiem liczby gniazdek elektrycznych i tlenowych na metr kwadratowy, nie reguluje zaś np. podstawowego elementu, jakim jest skorelowanie liczby personelu z ruchem pacjentów i wielu innych parametrów wpływających na jego pracę. Mówiąc wprost: jest złe.

### Wąskie gardła

Nie jest też odkryciem, że wąskim gardłem zawsze są stanowiska w obszarze obserwacji, a prowadzenie działań z wykorzystaniem aparatu do znieczulenia lub opieka nad pacjentem wymagającym intensywnej opieki (np. z wentylacją zastępczą) na oddziale z jednym lekarzem, czasem chirurgiem, czasem internistą, co najmniej narusza standardy bezpieczeństwa.

Małe obciążenie SOR-u generuje próby oszczędzania, zwłaszcza na liczbie personelu, co stanowi kolejne zagrożenie. W zasadzie tyle. Nie jest to jednak element technologii kosmicznych. Większość tych problemów została dawno rozwiązana i przerobiona.

„Argumentem, który często przesądza na rzecz SOR-u, jest w przekonaniu pacjentów szybka droga do konsultacji i badań specjalistycznych, a także możliwość ewentualnej szybkiej hospitalizacji”

Jeśli musimy się uporać z masą pacjentów, należy zatwierać kilka podstawowych spraw. Pierwsza to rzetelna segregacja (większość SOR-ów podaje, że ją prowadzi, dlatego użyłem słowa „rzetelna”). Ma ona kilka zalet, niezależnie od tego, czy opiera się na systemie trój- czy pięciostopniowym i czy nazywa się *Manchester* czy też *Emergency Severity Index* (ESI). Otóż pozwala ona na wyłonienie pacjentów zagrożonych na podstawie obiektywnych kryteriów i oceny przez doświadczoną pielęgniarkę. Jest również podstawą tak zwanego systemu kolejowania (w USA, Wielkiej Brytanii i wielu innych krajach nikogo nie dziwi kilkugodzinny czas oczekiwania).

### Szybka ścieżka

Po trzecie, w wielu krajach przyjęto rozwiązanie określane jako *fast track*. Paradoksalnie polega ono na tym, że im „łżejszy” jest pacjent i im mniejszego wymaga zaangażowania, tym szybciej jest zaopatrywany w ścieżce oddzielonej od głównego ciągu SOR (ponownie wymogiem jest segregacja).

Po czwarte, określenie zakresu procedur wykonywanych na SOR-ze. Do dziś w Polsce nie zostało to wykonane. W uproszczeniu, w części ośrodków pacjent z bólem głowy ma wykonywane badanie TK głowy oraz konsultację neurologiczną/neurochirurgiczną, w innych zaś otrzymuje „tabletkę”. Nieco przejawskawiony przykład ilustruje potrzebę standaryzacji procedur postępowania na SOR-ze. Im „cięższy” pacjent, tym lepiej wiemy, co z nim robić. Natomiast masa pacjentów nienagłych egzekwuje często bardzo rozbudowany i kosztowny proces diagnostyczny (podobnie jak osoby pod wpływem alkoholu).

Po piąte, rozwiązanie problemu przepływu pacjentów – *patient flow*. Każdy znający realia SOR-u doskonale wie, o jakiej porze oraz w które dni powstają zatory. Pomijając zdarzenia nadzwyczajne, poruszamy się w pewnych widełkach obciążenia. W określonych sytuacjach przestoje są generowane obciążeniem pracowni radiologicznych, laboratorium, dostępnością konsultantów, a na koniec zjawiskiem określanym jako *access block*, które każdy praktyk SOR-u zna jako bezsilne próby „położenia” pacjenta na oddziale. Co ciekawe, *access block* jest także zjawiskiem ogólnym i powodem dużej rozbudowy bazy łóżek na SOR-ach, a nawet

tworzenia oddziałów określanymi jako *observation units*, w których czas hospitalizacji przekracza 24 godziny.

Także zjawisko traktowania SOR-ów jako elementu obcego w stosunku do reszty szpitala nie jest niczym nowym. Zawsze istniała różnica pomiędzy wiecznie czegoś chcącym *emergency* a uporządkowanym światem *floor*. Jednak i tu pragmatyka przesądza. Szpitalny oddział ratunkowy nie jest wrogiem, lecz linią obrony oddziałów specjalistycznych przed niepotrzebnymi hospitalizacjami.

Zawsze leczenie kolki nerkowej lub objawów rwy kulszowej na SOR-ze będzie tańsze aniżeli wykorzystanie w tym celu potencjału oddziału urologicznego lub neurologicznego (o ile brak innych wskazań). Niestety tych kosztów nikt u nas nie liczy.

### Pogodzić się z nieuchronnym

Jeśli pogodzimy się z nieuchronnym, czyli nie tylko pacjentami w kategorii natychmiastowej, lecz także absolutnie „nieratunkową” większością, pora szukać rozwiązań. Muszą one także uwzględnić wstydliwie skrywane zjawisko, że w każdym kraju *emergency* to także pomoc osobom pod wpływem alkoholu i innych środków psychoaktywnych, bezdomnym oraz stałym klientom *frequent flyers*.

W jednym z ostatnich raportów NIK odnoszących się do zagadnień reformy systemu edukacji podniesiono zarzut, że kolejne reformy są wdrażane bez podejmowania próby oceny skutków już wcześniej wdrożonych. Jeśli tak oceniono edukację, odnoszę wrażenie, że ochrona zdrowia jest o wiele mil dalej. Całkowicie pomijamy proces oceny i analizy, tylko wdrażamy.

W ostatnich latach w Polsce ukazało się całkiem sporo publikacji książkowych oraz prac podnoszących kwestie organizacji pracy SOR-ów. Na świecie problem ten stał się jednym z najistotniejszych przedmiotów badań w obszarze zdrowia publicznego. Dlaczego? System ten pochłania ogromne fundusze. Równocześnie SOR jest jednym z najbardziej niebezpiecznych miejsc pracy. Skąpa wiedza o pacjencie, brak dostępu do wcześniejszej dokumentacji, często utrudniony kontakt w konfrontacji z obciążeniem personelu pracą.

Po raz kolejny jedynym wnioskiem jest apel o obiektywne spojrzenie na system, bo wiele elementów można naprawić w szybki i prosty sposób. Najprawdopodobniej najwięcej czasu zajmie stworzenie potencjału kadrowego, czyli grupy wyszkolonych lekarzy ratunkowych. Dziś liczba specjalistów w tej dziedzinie nie pozwoli na równoczesne obsadzenie wszystkich ambulansów specjalistycznych i oddziałów ratunkowych, aby na jednej zmianie w każdym z nich był choćby jeden specjalista. Marnym pocieszeniem jest to, że koleżanki i koledzy z łatwością znajdują pracę w innych krajach europejskich.

Przemysław Guła  
Autor jest ekspertem medycyny ratunkowej  
Wojskowego Instytutu Medycznego.