



Foto: istockphoto.com

By pracowało się trudniej

CEZARY PAKULSKI

O pogłębiających się problemach Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) wszyscy wiemy od dawna – przykładami są karetki bez lekarzy medycyny ratunkowej, a ostatnio również bez ratowników medycznych, i wszystkie braki w funkcjonowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) oraz sytuacje, które na SOR nie powinny się wydarzyć. Oddziały ratunkowe, niedofinansowane i pozbawione właściwej obsady kadrowej, stały się jednostkami przepełnionymi niewłaściwymi chorymi trafiającymi w niewłaściwe miejsce i z nadmiaru pracy i obowiązków nieprzyjaznymi dla pacjentów.

Zasada 3W – właściwy pacjent trafiający we właściwym czasie do właściwego miejsca, która powinna być podstawą funkcjonowania oddziałów ratunkowych, w Polsce nie działa z wielu przyczyn. Podstawą polepszenia postrzegania SOR przez pacjentów i ich rodziny

są zasadnicze zmiany w organizacji pracy tych oddziałów i ich finansowaniu oraz poprawa sytuacji kadrowej. Nawet najlepszy program reformy systemu nie doprowadzi jednak do odczuwalnej poprawy w działaniu jego jednostek, w tym również SOR, bez równoczesnych zmian w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (NPL) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Wszystkie te działania są zależne od aktywności i decyzji Ministerstwa Zdrowia i całego rządu. W części dotyczącej POZ i AOS działania te były i pozostają pozorne. Zakończony pilotażowy program POZ Plus, wysoko oceniany nie tylko przez samych pacjentów, lecz także uczestniczących w nim lekarzy medycyny rodzinnej, w przyszłym roku nie będzie kontynuowany. W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na 2022 r. nie ma takiej pozycji jak program POZ Plus.

Jednocześnie jedynie minimalne zwiększenie środków przeznaczonych na POZ w tym planie nie daje szans na jakąkolwiek poprawę funkcjonowania tej najważniejszej części medycyny. A przecież już od października bieżącego roku działa program integrowania i koordynowania zadań leczniczo-profilaktycznych realizowanych w POZ. Poradnie lekarza rodzinnego mają się stać centrum organizacji kontaktów pacjenta z publicznym systemem ochrony zdrowia. Kto to robi i za jakie pieniądze? Wymienione elementy to właśnie działania pozorne, podobnie jak uwolnienie limitów na świadczenia specjalistyczne w ramach AOS przy tej samej czy wręcz zmniejszającej się liczbie lekarzy specjalistów, bez urealnienia wycen procedur. Na to wszystko potrzebne są odpowiednie środki finansowe.

Wobec wielu koniecznych działań reformatorskich dotyczących oddziałów ratunkowych kolejni ministrowie zdrowia – Konstanty Radziwiłł, Łukasz Szumowski i Adam Niedzielski – uznali, że całe zło związane z SOR wynika z problemów z właściwą segregacją przyjmowanych pacjentów oraz z braku powtórnej segregacji. W efekcie Ministerstwo Zdrowia swój pomysł na naprawę funkcjonowania oddziałów ratunkowych oparło na zapisach w ustawie o PRM dotyczących wprowadzenia programu obowiązkowego systemu segregacji medycznej pacjentów na szpitalnych oddziałach ratunkowych o nazwie TOPSOR (Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym). Uzupełnienie zapisów ustawy o PRM nastąpiło nie przez oczekiwaną, odrębną nowelizację tego ważnego aktu prawnego, ale przez wpisanie właściwych treści do Ustawy z dnia 24 czerwca 2021 r. o zmianie ustawy o Agencji Badań Medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2021 poz. 1559). Właściwe przepisy w formie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (Dz.U. 2021 poz. 1182) obowiązują od 1 lipca 2021 r.

Założenia programu TOPSOR według Ministerstwa Zdrowia to:

- implementacja jednolitych zasad prowadzenia segregacji medycznej na SOR,
- usprawnienie pracy SOR,
- zapewnienie łatwego dostępu do informacji o przewidywanym czasie oczekiwania na SOR,
- generowanie danych umożliwiających ewaluację czasu udzielania świadczeń na SOR.

Według Ministerstwa Zdrowia program TOPSOR został dobrze sprawdzony w trakcie pilotażu. Pilotaż, za który odpowiadał minister Łukasz Szumowski, przeprowadzono w czterech szpitalach: Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Brzesku i Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Raport

„Zasada 3W – właściwy pacjent trafiający we właściwym czasie do właściwego miejsca, która powinna być podstawą funkcjonowania oddziałów ratunkowych, w Polsce nie działa z wielu przyczyn”

z niego nigdy nie został opublikowany, ale to ostatnio typowa choroba programów pilotażowych w Polsce, których wyniki są wątpliwe, a chęć kontynuowania szczególnie silna (np. pilotaż Krajowej Sieci Onkologicznej).

Ministerstwo Zdrowia opublikowało jedynie wnioski z pilotażu:

- wprowadza się jednolite zasady segregacji medycznej,
- wszyscy pacjenci poddawani są segregacji medycznej,
- pacjent widzi, jak długo będzie czekał (wyświetla się czas oczekiwania), a więc praca SOR się usprawni,
- można lepiej zarządzać ruchem chorych na SOR.

Pierwsza dwa wnioski to w zasadzie założenia programu, a dla pozostałych dwóch nie przedstawiono uzasadnienia. W przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia prezentacji, która miała uzasadniać uruchomienie programu TOPSOR, przedstawiono statystykę wydanych biletów w zależności od pory dnia w każdym ośrodku uczestniczącym w pilotażu oraz liczbę biletów ze względu na pilność udzielenia pomocy w ujęciu procentowym. Podanie tych danych nie spełnia kryterium przedstawienia raportu z pilotażu.

Świat medyków ratunkowych w Polsce nie jest szczególnie wielki, więc na długo przed uchwaleniem koniecznych przepisów prawa i uruchomieniem systemu na SOR powszechnie wiedziano, że w przypadku TOPSOR nie mamy do czynienia z jakąś lepszą jakością, z rozwiązaniem przyjaznym personelowi. Wiedziano, że pilotaż TOPSOR wypadł źle. Można wręcz pokusić się o stwierdzenie, że TOPSOR to w obecnym kształcie rozwiązanie, które nie zrealizuje celów postawionych przez ustawodawcę – nie poprawi bezpieczeństwa pacjentów leczonych na SOR i nie skróci ich pobytu, natomiast pogorszy warunki pracy i w efekcie pogłębi problemy kadrowe, z którymi oddziały ratunkowe i tak się borykają.

Wydaje się, że jedynym ważnym i oczekiwanym przez wszystkich pracowników SOR efektem wprowadzenia przepisów o TOPSOR jest obowiązek usunięcia z oddziałów ratunkowych obszarów planowych przyjęć chorych do szpitala. Łączenie funkcji SOR i planowej izby przyjęć jest w polskich szpitalach nagminne. Ta zmiana faktycznie powinna zmniejszyć tłok chorych

„Wydaje się, że jedynym ważnym i oczekiwanym przez wszystkich pracowników SOR efektem wprowadzenia przepisów o TOPSOR jest obowiązek usunięcia z oddziałów ratunkowych obszarów planowych przyjęć chorych do szpitala”

oczekujących na SOR, ale tylko w godzinach dopołudniowych, czyli wtedy, kiedy działają planowe izby przyjęć, co jednocześnie powinno martwić, bo obecnie nikt nie weryfikuje wykonania tego zapisu.

O segregacji, czyli biletomatach

Ustawa o PRM oraz rozporządzenie w sprawie TOPSOR sprowadzają działanie SOR do organizacji urzędu z biletomatami, bo przecież segregacja chorych od początku istnienia oddziałów ratunkowych była na nich prowadzona. Wprowadzenie automatów do segregowania chorych i obowiązek ponownej segregacji medycznej nie zwiększy liczby lekarzy ani teraz, ani za 5 lat, nie pomoże personelowi i nie poprawi warunków realizowania świadczeń medycznych na SOR. Przeciwnie, TOPSOR nakłada na personel obowiązek nieustannego „klikania” na tabletach określonych czasów (rejestracji chorych, segregacji, rozpoczęcia badania lekarskiego, zakończenia badania, wydania karty informacyjnej), co powoduje dodatkowe utrudnienia w płynności ruchu pacjentów przy ciągle tej samej lub mniejszej liczbie personelu medycznego.

Wprowadzenie zasady ponownej segregacji medycznej wymaga wydzielenia dodatkowego personelu medycznego, którego już teraz brakuje. Zmiana wcześniej planowanego w ustawie o TOPSOR systemu segregacji Manchester na znacznie trudniejszy w obsłudze i w Polsce mało znany system ESI (*Emergency Severity Index*) spowodowała, że liczba osób certyfikowanych i przeszkolonych

na każdym SOR jest istotnie niewystarczająca nawet do zapewnienia realizacji zasady, że na każdym 12-godzinym dyżurze jest obecna jedna osoba z certyfikatem (a jeszcze są urlopy i zwolnienia lekarskie). Na każdym SOR do przeszkolenia w działaniu systemu ESI wyznaczono dosłownie po kilka osób o największym doświadczeniu zawodowym. To oznacza, że od dnia uruchomienia systemu ESI ten najbardziej doświadczony personel pełni funkcję osób segregujących, a zatem pomocy medycznej krytycznie rannym i chorym udzielają osoby z mniejszym doświadczeniem. W umowie o obsłudze systemu TOPSOR, którą szpital podpisuje z reprezentującym Ministerstwo Zdrowia Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, istnieje zapis, że osobą segregującą pacjentów może być lekarz, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny, którzy mają minimum pięcioletni staż pracy w systemie. To dodatkowo ogranicza liczbę osób, które mają uprawnienia do prowadzenia segregacji medycznej. Jeżeli w przypadku czwartej fali pandemii COVID-19 w szpitalach zostaną ponownie uruchomione obsługiwane przez personel SOR punkty drive-thru, dostępność ratowników medycznych i pielęgniarek systemu okaże się skończona.

Przez ostatnie lata podstawowym systemem segregacyjnym stosowanym na polskich oddziałach ratunkowych był system Manchester (*Manchester Triage System*). Ten sposób triażu był promowany i zalecany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej. Charakteryzuje się on prostotą polegającą na kwalifikowaniu chorych do jednej z pięciu kategorii w zależności od pilności udzielenia świadczeń zdrowotnych. Kolejnym stopniem pilności przyporządkowano jeden z pięciu kolorów. Czytając Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, a ściślej paragraf 6 punkt 9, nie można odnieść innego wrażenia niż to, że obowiązującym systemem segregacyjnym miał być właśnie system Manchester. Może o tym świadczyć opis kolorystyki oraz obowiązek stosowania czasów segregacji medycznej na SOR według systemu Manchester (tab. 1).

System ESI również jest pięcioelementowy, ale jego filozofia jest zupełnie inna. Opiera się na liczbie i zakresie zasobów, które będą musiały zostać włączone w proces diagnostyczno-leczniczy u pacjenta w obszarze SOR,

Tabela 1. System segregacyjny Manchester

Kolor	Opis	Czas oczekiwania na badanie
czerwony	pomoc natychmiastowa	bez oczekiwania na lekarza
pomarańczowy	pomoc bardzo pilna	do 10 minut
żółty	pomoc pilna	do 60 minut
zielony	pomoc odroczone	do 120 minut
niebieski	pacjent odroczone	do 240 minut

obecności odchyień w parametrach życiowych chorego i konieczności wykonania interwencji ratującej życie (tab. 2). System segregujący ESI podaje wynik triażu w cyfrach od 1 do 5 (ESI 1 – ESI 5), a nie w kolorach.

Zasoby, o których mowa w systemie ESI, to: badania laboratoryjne, badania obrazowe, plynoterapia dożylna, leki podawane dożylnie, domięśniowo oraz w nebulizacji, konsultacja specjalistyczna, wykonanie prostej procedury (szycie rany, założenie cewnika moczowego, itd.), złożone procedury.

To niedoskonałe przedstawienie skomplikowanego produktu, jakim jest system segregacyjny ESI. Polska wersja edukacyjna to przygotowana przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe prezentacja licząca 44 przeźrocza, dostępna w Internecie (https://szpital.mielec.pl/files/dokumenty/aktualnosci/TOPSOR_prezentacja.pdf).

Zgodnie ze wspomnianą już zasadą 3W na SOR nie powinni trafiać chorzy oceniani według systemu segregującego Manchester jako zieloni (pomoc odroczone) i niebiescy (chorzy odroczeni), czyli ESI 4 i ESI 5. System ESI nie będzie mógł ograniczyć konieczności udzielenia świadczeń tym chorym na SOR. Co prawda ustawa o PRM teoretycznie pozwala na odesłanie chorych w tych stopniach triażu do POZ i NPL, ale pamiętajmy, że w nowelizacji rozporządzenia o SOR z 28 maja 2021 r. prawodawca odroczył wymóg uruchomienia w szpitalach posiadających SOR punktu NPL do 30 czerwca 2022 r. Oznacza to, że większość szpitali, w których funkcjonuje SOR, jeszcze nie ma własnej NPL (bo jeszcze mieć nie musi).

W jaki sposób można zatem odesłać chorego już zarejestrowanego na SOR do NPL, np. w drugim końcu miasta, tak żeby było to prawnie bezpieczne? Zapisy ustawy o PRM wręcz nie pozwalają na przeniesienie czy odesłanie po segregacji chorego oznaczonego kolorem zielonym lub niebieskim do POZ lub NPL. Do rozliczenia w NFZ pacjent musi być zarejestrowany w systemie i otrzymać kartę informacyjną z pobytu na SOR. Musi zatem na oddziale przejść całą ścieżkę od przyjęcia i segregacji wstępnej po wypis. To kolejny argument wskazujący, że TOPSOR zamiast usprawnić pracę SOR i skrócić kolejki czekających pacjentów – przeciwnie – wydłuży je. Jednocześnie rozporządzenie w sprawie SOR zdefiniowało czas na udzielenie pomocy

pacjentom z nadanym priorytetem segregacyjnym, na przykład pierwszy kontakt lekarza z chorym, który na podstawie segregacji został oznaczony kolorem zielonym (ESI 4), powinien nastąpić w ciągu maksymalnie 2 godzin, a kolorem niebieskim – maksymalnie 4 godzin. To zadanie będzie szczególnie trudne do wykonania właśnie w przypadku koloru zielonego i niebieskiego.

Niezdefiniowane i bardzo ogólne wymagania dotyczące obsady SOR nie zapewniają możliwości dotrzymania narzuconych ram czasowych. Więcej, w sytuacji katastrofy kadrowej w polskiej medycynie ratunkowej realizacja takich wymagań czasowych nie jest możliwa. Jest więc oczywiste, że wprowadzenie systemu TOPSOR paradoksalnie pogarsza warunki i logistykę pracy na SOR, wprowadza większą agresję i niezadowolone pośród oczekujących w kolejce chorych w kolorze segregacyjnym zielonym i niebieskim, będzie też powodem roszczeń dotyczących wydłużenia czasu do pierwszego kontaktu z lekarzem. Przecież na monitorze było napisane, że lekarz zbada mnie za 15 minut, a minęły 2 godziny i nic się nie dzieje. To nic, że w ciągu tych 2 godzin wjechało na SOR trzech chorych, którym nadano kod ESI 1. Pacjenta z bólem pleców to nie interesuje.

Kolejnym czynnikiem, który utrudni przestrzeganie czasów segregacyjnych, jest niewystarczająca liczba monitorów, wyświetlaczy zbiorczych i stanowiskowych, terminali stanowiskowych, biletomatów, ale przede wszystkim tabletek medycznych dla osób przeprowadzających segregację medyczną. Wstępnie do szpitali dostarczono po dwa tablety segregacyjne. Zatem w tym samym momencie możliwe jest wykonanie segregacji medycznej lub segregacji powtórnej u tylko dwóch osób. Założenie zrealizowania badania segregacyjnego w ciągu jednej minuty często zawodzi. Nie da się na przykład w tak krótkim czasie wykonać segregacji medycznej u chorego z demencją starczą. A co w sytuacji, gdy w krótkich odstępach czasu na SOR będzie transportowanych kilkoro chorych? Przy 6–7 pacjentach ostatni z nich zostanie oceniony po upływie 15 minut. Oznacza to, że przy większej liczbie chorych na SOR łatwiej o popełnienie błędu na etapie badania segregującego.

Tabela 2. System segregacyjny ESI

Grupa	Opis
ESI 1	wymagana natychmiastowa interwencja ratująca życie
ESI 2	sytuacja wysokiego ryzyka lub ostry ból, lub ilościowe/jakościowe zaburzenia stanu przytomności ORAZ odchylenia w parametrach życiowych
ESI 3	konieczność zastosowania na SOR u pacjenta wielu zasobów (≥ 2)
ESI 4	konieczność zastosowania na SOR u pacjenta jednego zasobu
ESI 5	nie ma konieczności zastosowania na SOR u pacjenta któregoś z zasobów

” Raport z pilotażu TOPSOR nigdy nie został opublikowany, ale to ostatnio typowa choroba programów pilotażowych w Polsce ”



Fot. Adobe Stock

Ustawa TOPSOR może się za to okazać wspianiałym narzędziem dla NFZ, który na podstawie dowodów na przekroczenie czasu udzielenia pomocy na SOR od razu wskaże winę szpitala i jego pracowników w dowolnym zdarzeniu, a następnie obciąży go karami umownymi. Wśród samych założeń programu TOPSOR wymienione jest „generowanie danych umożliwiających ewaluację czasu udzielania świadczeń na SOR”. Jest oczywiste, że skoro dotychczas w konkretnym czasie udzielano pomocy ściśle określonej liczbie chorych i wciąż pozostawało wiele niezadowolonych osób czekających w kolejce, nie ma możliwości, żeby po ustawowym zwiększeniu obowiązkowych zadań wynikających z uruchomienia programu TOPSOR ta sama liczba lekarzy, pielęgniarek ratunkowych i ratowników medycznych mogła udzielić pomocy większej czy chociażby takiej samej liczbie chorych.

Według artykułu 33a punkt 4a ustawy o PRM administratorem systemu zarządzającego TOPSOR oraz administratorem przetwarzanych w nim danych jest NFZ. To oczywiście zasadne i zrozumiałe, jednak ani z cytowanej ustawy, ani z rozporządzenia w sprawie systemu TOPSOR nie wynika, gdzie wykonawca usługi ma zgłaszać wszelkie usterki, kto w takiej sytuacji powinien reagować i naprawiać system oraz jaki jest mechanizm zastępczego prowadzenia segregacji na SOR do czasu ponownego uruchomienia systemu TOPSOR.

Integracja, której... nie ma

Na koniec o największym problemie towarzyszącym projektowi TOPSOR. W wielu miejscach w Polsce wciąż nie ma „pełnej integracji systemu TOPSOR ze szpitalnymi systemami informatycznymi (HIS)”. Systemy te są ze sobą niekompatybilne. Pomimo zapewnień o integracji i opublikowania właściwego zarządzenia prezesa NFZ – integracji wciąż brak (Zarządzenie Nr 151/2020/DEF Prezesa NFZ z 30 września 2020 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców – integracja TOPSOR z HIS). Nie można się zresztą temu dziwić, bo NFZ nie doprowadził do integracji systemów, a jedynie dał na to fundusze. Jak bardzo to wszystko nie działa, świadczy fakt, że konieczne było wydanie kolejnego zarządzenia (142/2021/DEF), które wydłużało termin nabycia i sfinansowania przez uprawnionego

świadczeniodawcę usług integracji TOPSOR-HIS do 31 sierpnia 2021 r.

Wymóg „pełnej integracji” między obecnymi szpitalnymi systemami informatycznymi a systemem TOPSOR nie pojawił się w druku „przedmiot zamówienia”, a powinien to być kluczowy warunek wyboru. Dokument przetargowy mówił jedynie o umożliwieniu integracji wersji elektronicznej z urządzeniami zewnętrznymi i systemami a systemem TOPSOR. Drugim elementem, który od początku wskazywał na brak wymogu kompatybilności systemu TOPSOR z HIS, było wpisanie w przedmiot zamówienia tabletek, na których personel SOR prowadzący działania segregacyjne miał później pracować. W przypadku chorych w stanie zagrożenia życia, a przecież tylko tacy powinni być kierowani na SOR, brak tej kompatybilności oznacza wydłużenie czasu przyjęcia chorego do szpitala, opóźnienie momentu wykonania triażu i tym samym możliwości rozpoczęcia udzielania pomocy. To z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego ciężko chorego lub rannego pacjenta jest szczególnie niebezpieczna sytuacja. Nie jest możliwe rozpoczęcie wykonywania jakiegokolwiek procedury diagnostycznej czy leczniczej, np. wysłanie próbki krwi do oznaczeń laboratoryjnych, wykonanie badania tomografii komputerowej w opcji „politrauma” lub każdej innej, zamówienie i odebranie preparatów krwiopochodnych, bez uprzedniego zarejestrowania pacjenta w systemie szpitalnym.

Wpisanie chorego tylko w system TOPSOR nie oznacza pojawienia się go w systemie szpitalnym. Przepisy prawa i jednocześnie dobro chorego wymagają, żeby personel SOR wykonywał czynności rejestrujące chorych w obu systemach. Integracja systemu TOPSOR w moim miejscu pracy polega na tym, że w dokumentacji elektronicznej pacjenta, jako osobny „record” znajduje się dokument segregacyjny TOPSOR, możliwość jego wydruku, ale dane segregacyjne wprowadzone w ten dokument nie są zaciągane do pozostałej dokumentacji szpitalnej. Oznacza to konieczność wykonania podwójnej pracy, dwukrotnego wpisywania danych w różne części obowiązującej dokumentacji medycznej. Żeby tego opóźnienia uniknąć, gdy zespół ratownictwa medycznego z pacjentem w stanie bezpośredniego zagrożenia życia wjeżdża na

SOR, personel pobiera z automatu bilet w celu rejestracji godziny przybycia, rejestruje pacjenta w systemie szpitala, a potem wszystko dzieje się według zasad obowiązujących przed wprowadzeniem obowiązku stosowania TOPSOR (segregacja według systemu Manchester, zapisanie wartości parametrów życiowych w chwili przejścia opieki nad pacjentem, prowadzenie czynności przywracających i podtrzymujących funkcje życiowe, transport chorego na diagnostykę, w obszar bloku operacyjnego lub na OIT). Dopiero po zakończeniu udzielania pomocy wstecznie wypełniany jest dokument segregacyjny TOPSOR, w który wpisywane są parametry funkcji życiowych i wszystkie pozostałe niezbędne dane z konkluzją w postaci określenia priorytetu segregacyjnego według ESI.

Czwarta fala a TOPSOR

System TOPSOR obowiązuje od 1 lipca 2021 r. i wzbudza wśród pracowników oddziałów ratunkowych przeważnie nieprzychylnie reakcje. Został wprowadzony w najgorszym momencie, bo pomiędzy trzecią a czwartą fazą pandemii COVID-19, gdy trudno sobie wyobrazić funkcjonowanie SOR w jednostkach covidowych z zachowaniem obowiązku segregowania

powinien pozostać dla szpitala w pewnym sensie miejscem eksterytorialnym, z którego chory po postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym może zostać:

- przyjęty do szpitala,
- wypisany do domu z kartą informacyjną SOR i właściwym wpisem w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP) – bez konieczności zakładania dodatkowej dokumentacji szpitalnej,
- przeniesiony do jednostki organizacyjnej innego szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych właściwych w konkretnej sytuacji, bez konieczności wypisywania go ze szpitala i z możliwością wykorzystania transportu medycznego, na przykład karetki systemowej.

Taka forma organizacji pracy SOR oznaczałaby, że chory w trakcie pobytu przez cały czas pozostaje pacjentem systemu. Pewna forma niezależności SOR pozwoliłaby na odstąpienie od obowiązku rejestrowania chorego w systemie szpitalnym z chwilą jego wejścia w system TOPSOR, natomiast rejestracja w systemie segregującym następowałaby natychmiast.

To ważne, bo system segregujący ESI, jak wcześniej już podano, jest pozbawiony możliwości współpracy z systemami informatycznymi szpitali. Nie chcę tu sugerować, że prowadzenie segregacji medycznej na SOR według opartego na ESI systemu TOPSOR należy zakończyć ani że system segregujący trzeba zmienić na prostszy i bardziej przyjazny. Państwo wydało kwotę 39 mln zł (33 mln zł to środki unijne), więc z uwagi na prosty argument gospodarności niestety musimy brnąć w ten obcy polskiej medycynie ratunkowej system segregacyjny. Ale może warto na chwilę włączyć przycisk *stand-by*, chociażby po to, żeby przeszkolić istotnie większą liczbę ratowników medycznych i pielęgniarek w obsłudze systemu segregującego ESI. Może warto zmienić rozporządzenie o SOR i wydłużyć czasy pierwszego kontaktu z lekarzem dla chorych według segregacji wstępnej w kolorze zielonym (ESI 4) do 4 godzin, a w kolorze niebieskim (ESI 5) do 8 godzin. Może wreszcie warto zezwolić lekarzom na odsyłanie z SOR chorych zakwalifikowanych do grupy niebieskiej i zielonej do właściwej poradni lekarza rodzinnego lub punktu NPL – bez konieczności wystawiania wymaganej w systemie TOPSOR dokumentacji, pod warunkiem wykonania procedury segregacji chorego i po wstępnej ocenie jego stanu. Może warto upoważnić do tych czynności również pielęgniarki ratunkowe (ze specjalizacją w dziedzinie medycyna ratunkowa) i ratowników medycznych ze stażem pracy powyżej 5 lat, oczywiście z prawem do konsultowania tej decyzji z lekarzem obecnym na dyżurze.

„Założenie zrealizowania badania segregacyjnego w ciągu jednej minuty często zawodzi”

chorych według klasyfikacji ESI. Zarządzający systemem ochrony zdrowia przed wprowadzeniem każdej trudnej zmiany powinien w pierwszej kolejności poprawić funkcjonowanie wszystkich jego stykowych elementów. Przed uruchomieniem systemu TOPSOR należało wprowadzić zmiany w POZ, NPL i AOS, żeby przejęły one większą niż obecnie grupę chorych trafiających na oddziały ratunkowe i tym samym uwolniły SOR od napływu nadmiernej liczby chorych, którzy nie powinni się tam znaleźć. Oddziały ratunkowe powinny pozostać właściwymi miejscami, do których we właściwym czasie trafiają właściwi chorzy. Podobnie do wprowadzenia zmian powinien zostać przygotowany system PRM. Szpitalny oddział ratunkowy nie powinien być tylko kolejnym oddziałem szpitala. SOR to przecież przede wszystkim jednostka systemu PRM. Ten fakt powinni zaakceptować wszyscy: zarządzający szpitalem, pracownicy, ale również funkcjonariusze systemu PRM. Przyjęcie pacjenta na SOR nie powinno automatycznie oznaczać przyjęcia do szpitala. SOR

Dr hab. n. med. Cezary Pakulski, lekarz kierujący Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych w SPSK nr 1 w Szczecinie, członek zespołu medycznego Instytutu Strategii 2050