

Nagłe zdarzenia zdrowotne – problem nie do rozwiązania

# Czarna dziura

Przemysław Guła



foto: PAP/Grzegorz Michalowski

Problem opieki nad pacjentami w stanach nagłych jest jednym z tych, których nie udało się rozwiązać przez lata prób budowania systemu oraz reformowania tego, co zostało stworzone. Niezależnie od doskonałych założeń budowania systemów medycyny rodzinnej i ratownictwa medycznego wydaje się, że pozostała luka, do której wypełnienia nie pali się ani ratownictwo medyczne, ani szpitalne oddziały ratunkowe.

Do zapewnienia opieki w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego (zgodnie z literą ustawy) stworzono system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Do realizacji tych zadań powołane są zespoły ratownictwa medycznego (specjalistyczne – z lekarzem, oraz podstawowe – z ratownikami medycznymi) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). Problemem jest jednak to, że ustawowa definicja z racji znacznej ogólności nie daje odpowiedzi, co jest „stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego”. Stąd też niezmiernie trudno stosować kryteria segregacyjne. Dotyczy to zarówno dyspozytorów medycznych, jak i personelu SOR.

## Procedury

Wyjściem z sytuacji miały być procedury postępowania dla dyspozytorów medycznych. Problemem jest

to, że wprawdzie wprowadzają one schemat zbierania wywiadu przez dyspozytora, ale nie dają twardych argumentów pozwalających na odmówienie wysłania zespołu. W dobie ogromnej roszczeniowości, a zarazem ewidentnej nagonki medialnej, nie należy więc oczekiwać istotnej zmiany w funkcjonowaniu zespołów ratownictwa. Z trudności formalnych, jakie są związane z odmową przyjęcia pacjenta, doskonale zdaje sobie sprawę również każdy z pracujących na SOR-ze.

## Audyt

Prowadzony przez wiele lat (do roku 2012) na podstawie badań ankietowych oraz wizytacji audyt Centrum Monitorowania Jakości w Systemie Ochrony Zdrowia wykazał, że większość kierujących SOR-ami w Polsce określa liczbę chorych spełniających kryteria

leczenia na oddziale na 20–30 proc. Podobnie autorzy publikacji odnoszących się do działań przedszpitalnych wskazują na ogromne nadużywanie systemu. Procedura, jaką jest założenie linii IV, była wykonana u połowy pacjentów, lecz zaledwie 20 proc. z nich wymagało podawania leków. Czy takie dane uzasadniają utrzymanie tak wyrafinowanego systemu ratownictwa medycznego?

Drugą stroną systemu jest opieka lekarzy rodzinnych oraz nocnej i świątecznej opieki lekarskiej (NPL). Zdecydowanie sytuacja nie jest prosta i jednoznaczna. W wielu miejscach funkcjonuje znakomicie. Jednak w sporej części kraju mamy do czynienia z przerwaniem niechcianego pacjenta pomiędzy jednym a drugim systemem. Na to wszystko oczywiście dodatkowo nakłada się kwestia transportu medycznego, czyli kolejnego gracza w tym zagmatwanym układzie.

Zapewne w celu jeszcze większego skomplikowania życia pacjentom stworzono w Polsce dodatkowe ogniwospektakularnie przedłużające czas podejmowania decyzji o udzieleniu pomocy, czyli centra powiadamiania ratunkowego 112.

### Gdzie są problemy

Doświadczenie uczy, że część pacjentów nie zna zasad i możliwości oferowanych przez lekarzy rodzinnych (jak wspomniałem, system ten nie jest idealny w całym kraju). Większość nie jest świadoma istnienia NPL i nie posiada numerów telefonu do dyżurujących. Często pierwszą decyzją pacjenta, który w swoim (lub rodziny) odczuciu rozpoznaje u siebie nagły niepokojący stan zdrowotny, jest telefon „do pogotowia”, brzmiący: „chcę zamówić lekarza”. Niestety, tłumaczenie struktury i roli ratownictwa medycznego powinno być raczej elementem kampanii społecznej, a nie zadaniem dyspozytorów, którzy mają do czynienia z bardzo roszczeniowo nastawionym wzywającym. Często problemem są także relacje pomiędzy dyspozytorami medycznymi a NPL, które przypominają grę w ping-ponga (dla jasności – rolę piłeczki przypisano pacjentowi).

Znaczna część wezwań ZRM jest więc ograniczona do przewiezienia chorego z miejsca zamieszkania do SOR (izby przyjęć), gdyż – jak powszechnie wynika z praktyki dyspozytorskiej – jesteśmy społeczeństwem o skrajnie niskim współczynniku nieograniczonego dostępu do pojazdów. Ponadto z punktu widzenia pacjenta transport do SOR jest korzystny z innego powodu – trafia on na oddział szybciej niż w wypadku, gdyby chciał dotrzeć tam na własną rękę.

### Rozczarowanie SOR

Tu następuje rozczarowanie. Jeśli pacjent nie jest w stanie zagrożenia, i tak będzie musiał czekać. Polskie SOR-y, choć bardzo liczne (ponad 200), są małymi oddziałami w większości takimi *miniemergency departments*. Ich zaletą jest stosunkowo małe obciążenie. Nie-

wiele naszych oddziałów obsługuje 100 pacjentów przez dobę. Równocześnie nikt nie pomyślał, aby rozporządzenie o ich funkcjonowaniu określało normy kadrowe. Nierzadko więc na dyżurze mamy jednego lub dwóch lekarzy i trzy, cztery pielęgniarki – to naprawdę niewiele. Zważywszy na zjawisko określane na świecie jako *access block* normą jest, iż w godzinach popołudniowych, poza bieżącym napływem pacjentów, tworzy się kolejka oczekujących na konsultację lub przyjęcie do oddziału docelowego.

„ W sporej części kraju mamy do czynienia z formą przerwania niechcianego pacjenta pomiędzy POZ a NPL ”

### Czy tylko my mamy problemy?

Z jednej strony, można odnieść wrażenie, że doszliśmy do perfekcji w identyfikowaniu trudności, ale nie w ich rozwiązywaniu. Jest w tym trochę racji. Jednak żaden z naszych problemów nie stanowi zjawiska, które już gdzieś nie wystąpiło i nie znalazło rozwiązania.

Jedynie do decydentów z Ministerstwa Zdrowia mam żal z powodu ich niezmiennej tendencji do odkrywania koła (na wszelki wypadek zaznaczam, że już to zrobiono) oraz niechęci do czytania, szczególnie tego, co napisali inni.

Poniżej kilka uwag dotyczących innych krajów.

1. Nagłe stany zagrożenia zdrowotnego występują w każdym systemie.
2. System ratownictwa przedszpitalnego stanowi w coraz większym stopniu element interwencji socjalnych (bezdomni, osoby bez opieki, pacjenci pod wpływem środków psychoaktywnych i uzależnieni, osoby z zaburzeniami psychicznymi).
3. Oddziały ratunkowe na świecie stały się ofiarami własnego sukcesu, z powodu świadczenia szybkiej i często kompleksowej diagnostyki, a także umożliwianiu dostępu do leczenia, przez co stały się formą *bypassów* dla „normalnego trybu” leczenia.
4. Z powodu postępu technologii diagnostycznych i oczekiwania konsultacji specjalistycznej model lekarza rodzinnego staje się coraz mniej atrakcyjny (zwłaszcza gdy nie jest on łatwo i szybko dostępny).
5. Żadnemu SOR-owi na świecie nie udało się odciąć od wzrastającego natężenia ruchu chorych (szacuje się, że w ciągu ostatniego dziesięciolecia zwiększyło się ono o 100 proc.).
6. Przeciążenia SOR wszędzie powodują trudności w wewnątrzszpitalnych relacjach (duży odsetek pa-

centrów nieplanowych, przeciążenia konsultacjami, *access block*, wzrost kosztów).

### Od czego można zacząć

W wielu systemach udało się wypracować sporo cennych rozwiązań. Może warto zacząć od najprostszych?

Z punktu widzenia lekarza, dyspozytora, organizatora systemu mamy świadomość nadużyć. Jednak czy można mieć o to pretensje do ludzi, którzy uważają, że potrzebują pomocy? Nie było żadnej rzetelnej kampanii informującej m.in. o zasadach funkcjonowania systemu i o numerach alarmowych. A przecież przeprowadzono nieskończoną liczbę kampanii dotyczących o wiele mniej „życiowo ważnych” spraw. Brak kampanii kończy się postawą: „należy się wszystko, kto nie daje, jest winny”. Szkoda, że poza bardzo nośnym medialnie tematem karetek, które nie zostały wysłane do gorączki, nie mówi się o sytuacjach, gdy

proc. zgłoszeń zostanie odrzucone. Odpowiedź intuicyjna jest prosta – raczej nic. Czas jednak pokaże, czy jest to społecznie akceptowane.

Wprowadzenie infolinii medycznej. W wielu krajach (wzorem brytyjskiego NHS-direct) pacjenci i rodziny mają stały dostęp do podstawowych porad medycznych, a także do informacji o sposobie postępowania, numerach telefonicznych przychodni, lokalizacji właściwych dla problemu placówek medycznych. W wielu krajach przez lata system ten potężnie zredukował nie tylko liczbę interwencji ambulansów, lecz także wizyt lekarzy pierwszego kontaktu.

Optymalizacja wykorzystania lekarzy w działaniach przedszpitalnych. Istnieje wiele różnych modeli organizacyjnych, jednak z punktu widzenia naszego kraju optymalnym wydaje się przejście modelu *rendez-vous*, czyli dojazd lekarza niezależnym od ambulansu pojazdem. Przy właściwych kryteriach dysponowania i alokacji takich zespołów pozwoli to na obecność lekarzy ratunkowych w większości sytuacji, które tego wymagają.

Zmiana modelu organizacji SOR. Obecne założenia konstrukcji SOR w Polsce (wynikające z rozporządzenia) stanowią odzwierciedlenie archaicznej koncepcji belgijskiej. Większość *emergency departments* konstruuje się na podstawie koncepcji wielokrotności uniwersalnych stanowisk bez podziału na funkcje (poza stanowiskami resuscytacja/trauma). Najbardziej newralgicznymi elementami każdego oddziału są miejsca do obserwacji i krótkotrwałej terapii pacjentów lub też oczekiwania na przyjęcie.

Należy także skorelować obsadę personalną SOR z poziomem faktycznych potrzeb, być może z elastycznością czasu dyżurów (największe obciążenia w SOR notuje się od godz. 10.00 do 23.00).

### Dodatkowe czynniki

Dodatkowymi czynnikami usprawniającymi jest przyjęcie jednolitego modelu segregacji i zasad kolejowania, a także – być może – zasady *fast track*, czyli osobnej szybkiej ścieżki dla pacjentów wymagających minimalnej opieki. Część z nich może potrzebować jedynie opieki pielęgniarskiej, co znane jest w powszechnej praktyce naszych SOR pod hasłem „wyjęcia kleszcza”.

Osobiście nie mam nic przeciwko własnym oryginalnym krajowym pomysłom, pod jednym tylko warunkiem – że są dobre. Gdy zaczynałem pracę w pogotowiu ratunkowym (przed 22 laty), dyspozytorzy mieli do dyspozycji zespoły R oraz wyjazdowe (zwykłe), ale także tak zwane wizytowe i transportowe. Mimo braku sprzętów i standardów, wydaje się, że było to optymalne rozwiązanie. Jeden ośrodek decyzyjny i trzy różne instrumenty, a zarazem brak posądzania o to, że ktoś na kogoś zrzuca pracę.

Może czasem warto wracać do własnych dobrych rozwiązań? ■



for. Sebastian Adamus/Agencja Gazeta

„Doszliśmy do perfekcji w identyfikowaniu problemów, a nie ich rozwiązywaniu”

z powodu gorączek nie było żadnej karetki, która mogłaby wyjechać do wypadku – ale nikomu niczego nie odmówiono. Podobnie szkoda, że nikt uczciwie nie przyzna, iż dzwonienie na numer ratunkowy za pośrednictwem centrów 112 przedłuży o kilka minut czas dotarcia pomocy.

### Jakie rozwiązania przejąć

Bez wątplenia cenną inicjatywą jest wprowadzenie procedur postępowania dla dyspozytorów. Jednak należy powiedzieć wprost: dyspozytorzy nie mieli nigdy problemu ze skierowaniem zespołu do pacjenta, ale z odmową wysłania karetki. W tym mają pomóc procedury. Rodzi się pytanie, co się stanie, gdy 30–40