

Niektóre założenia sieci szpitali trzeba realizować bez względu na sytuację polityczną

# Nie wylewajmy dziecka z kąpielą

Maciej Murkowski

W Polsce jest zaledwie 5 proc. minimalnej liczby łóżek niezbędnych do leczenia osób z oparzeniami. Wyprzedzają nas wszystkie kraje Unii Europejskiej, a nawet Białoruś. To kolejny przyczynek do rozważań nad zaproponowanym przez resort zdrowia kształtem sieci szpitali, na którego temat ukazało się ostatnio wiele krytycznych opinii (w tym dwie mojego autorstwa). Niezależnie jednak od losu ministerialnego projektu (październikowe wybory, zmiana rządu), nie powinniśmy tracić czasu i rozpocząć stopniowe realizowanie bezdyskusyjnych – moim zdaniem – elementów tego przedsięwzięcia.

Jak już pisałem (*W sieci niekompetencji*, *Menedżer Zdrowia* 4/2007), jednym z najważniejszych zadań szpitali jest ratowanie pacjentów zagrożonych utratą życia (szpitale ratunkowe).

## Trauma center

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ciężko poszkodowanych, czyli zagrożonych utratą życia, jest zadaniem wyjątkowo skomplikowanym. Dotyczy to zwłaszcza osób z urazami wielonarządowymi (które powinny być poddane terapii w regionalnych ośrodkach leczenia urazów – *trauma center*) oraz pacjentów z oparzeniami. Tych ostatnich należy hospitalizować w regionalnych ośrodkach leczenia oparzeń (bo tylko tam mogą otrzymać pomoc wysokospecjalistyczną), a nie na oddziałach chirurgii ogólnej, jak sugerowano w akceptowanych przez Ministerstwo Zdrowia materiałach Państwowego Zakładu Higieny.

Przyjrzyjmy się, jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o możliwości zapewnienia specjalistycznej pomocy porażonym np. podczas wypadków przy pracy czy ofiarom prawdopodobnych ataków terrorystycznych.

### Epidemia wypadkowości

Na świecie przyjmuje się, iż na milion obywateli należy przygotować przynajmniej 60 łóżek leczenia oparzeń w regionalnych centrach specjalistycznych. W związku z nasileniem terroryzmu wskaźnik ten systematycznie wzrasta. Biorąc pod uwagę te minimalne potrzeby, w Polsce powinno być ok. 2 tys. tego rodzaju łóżek (jedno na 20 tys. osób). Obecnie taki potencjał posiadamy np. w szpitalnych oddziałach dermatologicznych, choć większość hospitalizowanych na tych oddziałach może być leczona w warunkach ambulatoryjnych i dziennych.

Jeśli chodzi o specjalistyczne leczenie oparzeń, mamy 25 łóżek w Klinicznym Oddziale Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Leczenia Oparzeń w Wojskowym Instytucie Medycznym (CSK MON) w Warszawie, 52 w Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich, 11 w szpitalu w Gryficach (zachodniopomorskie), 5 w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi i 11 w szpitalu na Nowym Mieście w Poznaniu. Razem to 104 łóżka, czyli 1/20 minimalnych potrzeb.

Należy podkreślić, iż te specjalistyczne miejsca są zaledwie w pięciu województwach. Nic dziwnego, iż znajdujemy się pod tym względem na ostatnim miejscu wśród krajów europejskich – wyprzedza nas nawet Białoruś! W dobie nasilającego się terroryzmu i epidemii wypadkowości jest to skrajna beztroska wszystkich instytucji za ten stan odpowiadających.

### Uwład polityki zdrowotnej

Jest wiele przyczyn tej trudnej i niebezpiecznej dla zdrowia Polaków sytuacji. Jedną z najpoważniejszych to obserwowany od lat uwład rządowej polityki zdrowotnej. Należy bowiem pamiętać, że wysokospecjalistyczne i drogie ośrodki nie powstaną samorzutnie. Wymagają poważnych nakładów zarówno na etapie inwestycyjnym, jak i w trakcie eksploatacji (odpowiedni kontrakt z NFZ). Kolejny problem to deficyt wysoko wykwalifikowanej kadry, której jest równie mało, jak anestezjologów.

Z tych względów upieram się przy wielokrotnie powtarzanej przeze mnie tezie, że tworzenie sieci szpitali powinno się podzielić na etapy. Pierwszym i najważniejszym musi być zbudowanie sieci ośrodków (szpitali) ratujących życie w stanach jego ekstremalnych zagrożeń. Do takich placówek należą przede wszystkim regionalne ośrodki leczenia oparzeń.



foto: Jerzy Umiński/PAP

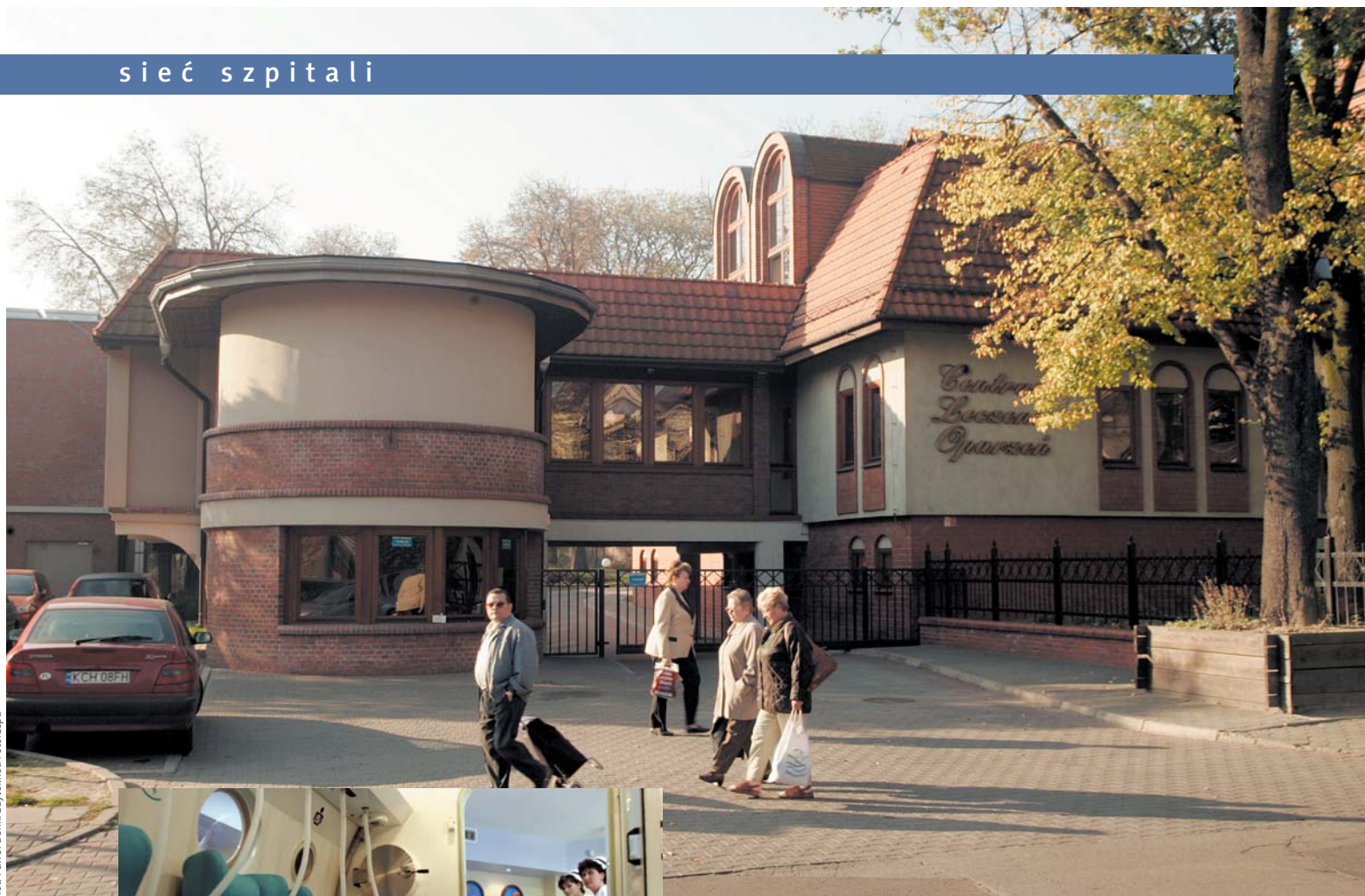
„ Na świecie przyjmuje się, iż na milion obywateli należy przygotować przynajmniej 60 łóżek leczenia oparzeń. Tymczasem w całej Polsce mamy ich zaledwie 104 ”

### Ściana wschodnia

Jest szansa, że w niedalekiej przyszłości sytuacja zmieni na lepsze na tzw. ścianie wschodniej. Otóż, zgodnie ze stanowiskiem zarządu województwa lubelskiego, a także porozumieniem z zarządami województw podlaskiego i podkarpackiego oraz pozytywną opinią lubelskiego NFZ, w Szpitalu Powiatowym w Łęcznej (będącym jeszcze w trakcie budowy) powstanie regionalny ośrodek leczenia oparzeń dla chorych z wymienionych województw. Inicjatywa zarządu powiatu i dyrekcji SPZOZ Łęczna, poparta porozumieniem zarządów trzech województw i Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie zasługuje na udzielenie maksymalnego wsparcia. Należy jednak podkreślić, że taki ośrodek musi sprostać określonym wymogom (niekiedy bardzo ostrym). W wypadku placówki w Łęcznej jest to możliwe, pod warunkiem że dokonane zostaną określone zmiany w projekcie.

Do mocnych punktów tej koncepcji można zaliczyć centralne położenie ośrodka na wspomnianej ścianie wschodniej, odpowiednie fundusze, a także to, że bu-





Siemianowice Śląskie. Centrum Leczenia Oparzeń

dowa nie została zakończona, co umożliwi korekty dotychczasowego programu architektury placówki. Ponadto w pobliżu może powstać lądowisko dla helikopterów, a niewielka odległość od Lublina gwarantuje dojazd wykwalifikowanej kadry i wysoki poziom zarządzania szpitalem.

Słabe punkty zaś to potrzeba dokonania dość istotnych zmian w projekcie (a budowa jest zaawansowana) oraz to, że w tym regionie nie ma tradycji (brak szkoły) leczenia w tym bardzo wysokospecjalistycznym profilu świadczeń medycznych.

Ośrodek leczenia oparzeń w Łęcznej mieściłby się na strategicznej parterowej kondygnacji szpitala (co jest bardzo istotne), w bezpośrednim sąsiedztwie SOR z izbą przyjęć, OIT i zapleczem diagnostycznym. Istotne jest jednak, aby zadbano o bliskie sąsiedztwo i dobre skomunikowanie centralnego bloku operacyjnego, w którym byłyby co najmniej 3–4 sale operacyjne (jedna w stałej rezerwie dla potrzeb SOR, druga dla potrzeb ośrodka oparzeń).

### Wzorzec z Łęcznej

Ośrodek powinien mieć 10–12 łóżek w pokojach 1–2-osobowych z węzłami sanitarnymi oraz łazienkę ogólnodostępną z 2 wannami (o gabarytach wanny do masażu podwodnych) do kąpeli leczniczych.

Należy podkreślić, iż w pokoju o powierzchni 16,4 m<sup>2</sup> może być hospitalizowany tylko jeden pacjent. W tym profilu (oparzenia) konieczny jest dostęp do chorego ze wszystkich stron i wymaga to większej przestrzeni (pokój 2-łóżkowy musi mieć 22–24 m<sup>2</sup>).

Ośrodek musi mieć też pomieszczenia dla ordynatora, lekarza dyżurnego, oddziałowej i wszystkie inne niezbędne na każdym samodzielnym oddziale szpitalnym. Konieczne jest również zapewnienie sali intensywnej terapii (2–3 łóżka).

Ośrodek musi mieć także zapewnioną bezpośrednią komunikację z SOR-em, gdyż to tam pacjenci z oparzeniami otrzymają pierwszą kwalifikowaną pomoc medyczną (potem są przekazywani do leczenia specjalistycznego w ośrodku leczenia oparzeń).

Niezależnie od wyprowadzania ze wstrząsu i wykonania najbardziej elementarnych zabiegów w SOR, pacjenci z oparzeniami kwalifikują się do kolejnych zabiegów operacyjnych w warunkach najwyższej sterylności. Zabiegi te powinny być przeprowadzane na bloku operacyjnym (sala tylko dla potrzeb ośrodka).

Ponadto ważne jest, aby można w każdej chwili przeprowadzić dializę pozaustrojową. Równie istotna sprawa to pełnoprofilowy gabinet zabiegowy. W niektórych zachodnich ośrodkach w takich gabinetach są

„ Ośrodki leczenia oparzeń nie powstaną samorzutnie. Wymagają bowiem wielu nakładów zarówno na etapie inwestycyjnym, jak i w trakcie eksploatacji ”

wanny, co umożliwi przeprowadzanie zabiegów fizykoterapeutycznych. Gabinet powinien mieć co najmniej 30 m<sup>2</sup>. Wszystkie wymienione pomieszczenia muszą oczywiście być klimatyzowane.

Należy też podkreślić, że przy organizacji opisanej jednostki (i tych, które powinny powstać), pożyteczne będzie przeprowadzenie konsultacji z nadzorem specjalistycznym w medycynie ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz leczenia oparzeń.

#### Źródło inspiracji

Mam nadzieję, iż przedstawiony w skrócie przykład ośrodka w Łęcznej może być inspiracją dla in-

nych regionów kraju. Jedną z możliwości jest wykorzystanie i adaptacja (podobnie jak w Łęcznej) szpitali będących w trakcie budowy. Wykorzystując proces restrukturyzacji i łączenia szpitali, można oczywiście realizować inne warianty uzyskania odpowiednich pomieszczeń.

Najważniejszy jednakże jest impuls centralny, który powinien być zainicjowany przez współpracę w tym zakresie ministerstw zdrowia, spraw wewnętrznych oraz administracji i Komendy Głównej Straży Pożarnej. Uzasadnieniem tego wniosku jest fakt, iż sieć regionalnych ośrodków leczenia oparzeń powinna być integralnym członem krajowego systemu ratownictwa. ■