



Medexpress, 2019-04-24 09:58

Bartosz Fiałek: Co z tymi SOR-ami?



Fot. Thinkstock

Czy działania MZ poprawią sytuację w SOR-ach i Izbach Przyjęć? Publikujemy komentarz Bartosza Fiałka, przewodniczącego Zarządu Regionu Kujawsko-Pomorskiego OZZL.

Szanowni Państwo,

pokrzyczeli, powyzywali, ponarzekali i skończyli. Nic się nie zmieniło, a powoli zaczyna się wyciszać. Może to nasza cecha narodowa, malkontenctwo, nie wiem, nieważne. Ważne, że narzekać i oczerniać lubi każdy, a do zmian nikt się nie garnie.

Ten wstęp podsumowuje niejako sytuację polskich Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Izb Przyjęć, to co się na nich w ostatnim czasie działo i na jakim etapie znajdujemy się obecnie.

Część obywateli straciło resztki zaufania do personelu medycznego, część straciło życie, część lekarzy pracę, w sprawie niektórych toczy się postępowanie prokuratorskie. A zmian jak nie było, tak nie ma.

Już w 2015 roku (obecnie szczerze wątpię, żeby było lepiej; pewnie jest jeszcze gorzej) wskaźnik zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej w Polsce był zdecydowanie powyżej europejskiej

średniej. Dla kobiet było to 121,5 wobec średniej unijnej na poziomie 97,5. Dla mężczyzn jeszcze gorzej – 229 wobec średniej UE na poziomie 158,2. Zgony możliwe do uniknięcia dzięki interwencji medycznej definiuje się jako przedwczesne zgony, których można było uniknąć dzięki terminowej i skutecznej opiece zdrowotnej.

To świadczy o poziomie polskiej publicznej ochrony zdrowia. Umieramy częściej w głównej mierze z powodu niedofinansowania systemu. Z powodu źle zorganizowanej opieki zdrowotnej. I winni takiej rzeczywistości nie są ani obywatele, którzy chorują, ani personel medyczny, który leczy w tak ułożonych realiach.

Co zrobiono z SOR-ami i Izbami Przyjęć z powodu tragicznych wydarzeń?

Działania Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Fundusze Zdrowia mają być lekiem na całe zło. A nie będą.

Kontrole SOR-ów zlecone przez MZ niczego nie wniosą, bo przecież każdy pracownik, który chociaż raz świadczył usługi w SOR doskonale wie, gdzie leży problem. Niedofinansowanie, za którym idą braki kadrowe, sprzętowe, lekowe, braki w dostępie do badań laboratoryjnych czy obrazowych etc. Ale tego decydenci przecież nie przyznają, ponieważ obciążałoby to ich konto. Z kontroli zatem nie wyniknie nic albo znaleziony zostanie kozioł ofiarny, który zostanie obarczony całą winą i odpowiedzialnością. Za niewydolność systemu.

Kolejny pomysł, tym razem zasłyszany z ust prezesa NFZ. Powrót do podziału na dyżury tępe i ostre. Ale to już było. I może dawniej nie było problemem, ale nie wyobrażam sobie teraz być dyżurnym podczas dyżuru „ostrego”. W skrócie konwencją dyżurów „ostrych” jest kierowanie wszystkich pacjentów do jednego szpitala, do tego, który takowy dyżur pełni. I nie byłoby w tym nic złego, gdyby nie rzeczywistość, której decydenci nie znają, bo dyżurowali wiele lat temu albo w ogóle nie pracowali w takich miejscach. Ja dyżurowałem i wiem, że taki podział będzie niebezpieczny. Wyobraźcie sobie Państwo sytuację, w której tylko jeden szpital pełni dyżur „ostry”. W mieście, w którym przed wyrzuceniem mnie z SOR pracowałem, „na ostro” dyżurują obecnie 3 duże szpitale. Średnio na dobę przyjmują łącznie około 500 pacjentów. Często zdarzało się, że na początku dyżuru otrzymywałem informację, że w 2 czy 3 oddziałach nie ma miejsc, pacjenci znajdują się na korytarzu. Dlaczego tak jest, to temat na osobny post. Teraz wyobraźcie sobie, że taki szpital, który dotychczas przyjmował na SOR 200 pacjentów (bo był jednym z trzech szpitali), będzie miał ich 500. Już abstrahuję od tego, że fizycznie jest to dla personelu medycznego nie do przerobienia. Gdzie położymy pacjentów, którzy będą wymagać hospitalizacji, skoro przy 200 pacjentach szpital jest niewydolny (ok. 20-30% wszystkich chorych w SOR wymaga hospitalizacji)? Czy po wstępnej diagnozie w SOR, z powodu braku miejsc, będziemy kierować ich do innych szpitali jak pacjenta z zawałem mięśnia sercowego z Wodzisławia Śląskiego?

I ostatni pomysł. Teraz już Ministra Zdrowia. Obowiązkowy triage (czyli segregacja pacjentów) w największych szpitalnych oddziałach ratunkowych w kraju. Czyli nadawanie kolorów pacjentom w zależności od ich stanu klinicznego. Niebieski, zielony, żółty, pomarańczowy i czerwony. Kolor oznacza czas w jakim lekarz powinien zobaczyć chorego. Czy to zmieni sytuację pacjentów? W żadnym wypadku. Przyczyną ostatnich wydarzeń w SOR-ach i Izbach Przyjęć nie jest brak koloru czerwonego czy niebieskiego. Po pierwsze ktoś będzie musiał usiąść w triażowni, a z powodu braków finansowych oraz kadrowych będzie to zapewne członek dotychczasowego zespołu, czyli ratownik medyczny lub pielęgniarka, którzy walczyli na froncie ramię w ramię z lekarzami. Bo nikomu nowemu się nie zapłaci, żeby usiadł i segregował chorych – bo skąd pieniądze. Poza tym nawet jak już te pieniądze się znajdą, to może się okazać, że kadra jest tak uboga, że nie będzie kim obsadzić wakatu w segregacji. Więc usiądzie członek już i tak wybrakowanego składu. Po drugie realizacja wynikających z koloru obowiązków będzie możliwa tylko w momencie odpowiedniego zaplecza ludzkiego, którego... nie ma. Bo przecież jak jeden lekarz dostanie 2 czerwone kolory – wymagające natychmiastowej interwencji – to kogo wybierze? Okrojony zostanie zespół walczący i przy okazji powstanie obowiązek nie do realizacji dla obecnej kadry. A

na tezę szefa MZ, jakoby teraz, kiedy nie ma triage, każdy pacjent był traktowany jednakowo odpowiadam. Pracowałem w SOR, w którym dopiero po jakimś czasie wprowadzono triage. Nie widzę żadnych korzyści ze zmiany. Może dlatego, że przed wprowadzeniem segregacji i tak każdego zarejestrowanego pacjenta „oglądałem” i sam segregowałem. Osoby z bolącą od kilku miesięcy nogą, katarem, czy bólem ucha były przyjmowane zawsze po bólach w klatce piersiowej, szybkich migotaniach przedsionków, bolesnych kolkach nerkowych czy urazach głowy z utratą przytomności. Nie potrzebowałem do tego kolorów. I mówię to ja – praktyk.

Tak więc, Szanowni, pozorne działania w żadnym razie nie poprawią funkcjonowania SOR-ów i Izb Przyjęć. Śmiem twierdzić, że tragiczne sytuacje będą się powtarzać. Względna cisza nie naprawi niewydolnej ochrony zdrowia. Fundamentem tej literatury grozy jest skrajne niedofinansowanie systemu. I od tego trzeba zaczynać. Reforma przy adekwatnym finansowaniu. W innym wypadku będziemy dryfować w dół, jeżeli jeszcze na dnie się nie znaleźliśmy. A po pieniądze musimy i mamy obowiązek zgłosić się my. Już nie tylko lekarze, personel medyczny. My – obywatele.