Fot. Andrzej Zgiet

Rozmowa z prof. Jerzym Robertem Ładnym, wojewódzkim konsultantem ds. medycyny ratunkowej

SOR nie dla każdego

Co to jest szpitalny oddział ratunkowy (SOR)?

Szpitalny oddział ratunkowy jest komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie.

Ustawowe zadania SOR to:

* udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, a w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dorosłych i dzieci;

* udzielanie świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w pkt. 1, poszkodowanym w stanach wyjątkowych i katastrofach;

* dokonywanie zabezpieczenia medycznego pacjentów oraz organizowanie transportu do innych zakładów opieki zdrowotnej w razie konieczności leczenia specjalistycznego.

Czyli na SOR powinni trafiać pacjenci z nagłym zagrożeniem życia i zdrowia?

Tak. Nagłe zagrożenie zdrowotne jest to nagłe i niespodziewane zagrożenie stanu zdrowia prowadzące do jego gwałtownej degradacji lub grożące śmiercią - wymagające wdrożenia natychmiastowego leczenia. Szpitalne oddziały ratunkowe udzielają jednak świadczeń zdrowotnych wszystkim zgłaszającym się pacjentom z zachowaniem obowiązujących standardów. Udzielają je więc

również osobom, które nie znajdują się w stanie zagrożenia zdrowotnego, a więc nie kwalifikują się do takiej formy pomocy. Jak wykazała to kompleksowa kontrola NIK - Działanie takie stanowi naruszenie art. 3 pkt 9 oraz art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Sytuacja ta stwarza zagrożenie dla pacjentów, którzy faktycznie potrzebują pomocy ze strony SOR i grozi likwidacją tych oddziałów w sytuacji, gdy na skutek wzrostu kosztów stają się deficytowe dla szpitali. Powoduje również nieuprawnione pokrywanie ze środków przeznaczonych na finansowanie lecznictwa zamkniętego kosztów diagnostyki i leczenia osób, które ze względu na swój stan zdrowia powinny korzystać z podstawowej oraz specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W poszczególnych kontrolowanych szpitalach stanowiły one szacunkowo od 30% do 80% zgłaszających się.

Na czym polega integracja systemu ratownictwa?

Integracja systemu ratownictwa polega na integracji fazy przedszpitalnej z fazą szpitalną w łańcuchu kolejnych działań zmierzających do uratowania osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W fazie przedszpitalnej odnosi się to do integracji działań społeczeństwa, służb publicznych i pogotowia ratunkowego, w fazie szpitalnej – szpitalnego oddziału ratunkowego, oddziału intensywnej terapii, bloku operacyjnego, oddziałów szpitalnych i rehabilitacji. Krótko mówiąc lekarz czy ratownik, który jedzie na miejsce zdarzenia, ma być tak samo wyszkolony, jak ten, który przyjmuje pacjenta w SOR, ma podejmować takie działania, których lekarz w szpitalu nie zaneguje. Integracja polega na tym, aby udzielanie pomocy miało charakter łańcucha logicznie następujących po sobie działań.

Jak wygląda system ratownictwa medycznego w woj. podlaskim?

System ratownictwa medycznego w województwie podlaskim działa w oparciu o Plan Działania Systemu, aktualizowany raz w roku i wspólnie ze Służbami Wojewody Podlaskiego staram się o każdorazowe wzbogacanie tego systemu o nowe elementy. Obecnie mamy 54 ambulanse nastawione na udzielanie pomocy i świadczenia medyczne w stanie nagłego zagrożenia zdrowia oraz jako jedno z dwóch województw w kraju - dwa śmigłowce ratunkowe. W woj. podlaskim jest też 9 spełniających wszelkie wymogi SOR-ów oraz lokalne centra powiadamiania ratunkowego, na które można się dodzwonić wybierając numer 112. Wojewódzkie CPR ma ruszyć 1 stycznia 2013. Ze względu na przyzwyczajenie społeczeństwa nie będziemy likwidować numeru 999 do wzywania pomocy, będzie on dalej obowiązywać, obok numeru 112.

Jak wygląda organizacja SOR-u?

Każdy pacjent trafiający na SOR podlega wstępnej ocenie – triage (segregacji medycznej) . Od razu decydujemy o tym, jaki ma priorytet. Czerwony zmusza nas do natychmiastowych działań ratowania życia, żółty – to działania odroczone, gdy stan pacjenta pozwala nam na rozciągnięcie naszych działań w czasie do 15 min., a obszar zielony to obszar przyjęć planowych, bo SOR jest też izbą przyjęć dla szpitala. Pacjenci z priorytetu czerwonego wymagają działań natychmiastowych, tu liczy się każda sekunda czy minuta, oni nie czekają w kolejce na przyjęcie. To pacjenci przywożeni przez pogotowie. Z reguły zespół ratownictwa uprzedza SOR, że wiezie pacjenta, i przygotowywany jest dla niego obszar resuscytacyjny, gdzie kontynuowane są działania ratunkowe. Resuscytacja to przywrócenie pacjentowi czynności krążenia i oddychania, bez przywrócenia świadomości. Reanimacja, to też przywrócenie czynności krążenia i oddychania, ale z przywróceniem świadomości pacjenta.

Na SOR często trafiają jednak pacjenci nie będący w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

Jak wspomniałem, wrześniowa kontrola NIK wykazała, że w całym kraju, SOR-y w 30-80 procentach udzielały świadczeń medycznych w nieuzasadnionych przypadkach, w sprzeczności z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym . W ocenie NIK sytuacja ta była konsekwencją ograniczonej dostępności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz braku skutecznego mechanizmu pozwalającego na ograniczenie świadczeń dla osób, które nie znajdowały się w stanie zagrożenia zdrowotnego.

Osobom tym powinny być udzielone świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych lub nocnej i świątecznej pomocy doraźnej. Należy pamiętać, że Oddział ratunkowy jest przeznaczony dla pacjentów wymagających pomocy w stanie nagłym i nie zastępuje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ani lekarza poradni specjalistycznej. Ze świadczeń opieki świątecznej oraz oddziału ratunkowego nie należy korzystać w celu uzyskania: wizyty kontrolnej w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem, recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym, rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia, skierowania do specjalisty.

Ile osób zgłasza się do SOR w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku?

W ciągu doby to ok. 300 pacjentów, ale tylko ok. 40 z nich wymaga leczenia stanów nagłych, dla których powołano SOR. Pozostali to przyjęcia planowe lub ci, którzy zgłosili się na SOR celem diagnostyki lub konsultacji specjalistycznej. W tym momencie wyręczamy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy innych specjalistów w ich pracy, jak też ponosimy koszty diagnostyki, na którą przecież lekarze POZ otrzymują środki z NFZ. Na swój użytek prowadzimy rejestr nieuzasadnionych zgłoszeń do SOR. To np. ktoś, kto ma skierowanie z powodu bólu brzucha od półtorej tygodnia, albo np. gorączkę 38 st. C z prośbą o diagnostykę. To przypadki, które mógłby wyjaśnić i leczyć lekarz rodzinny, ale chorzy kierowani do SOR nie posiadają wyników nawet podstawowych badań. Statystyki z roku na rok pokazują, że wzrasta w SOR-ach liczba pacjentów kierowanych tu bez żadnej dodatkowej diagnostyki. Np. w 2010 roku 17 proc. pacjentów kierowanych do SOR-u miało wykonane jakiekolwiek badania, w 2012 roku –już niecałe 8 proc. Czyli 90 proc. pacjentów trafiało na SOR bez żadnych badań! Np. w listopadzie br. dla pacjentów kierowanych przez lekarzy rodzinnych wykonaliśmy 40 zdjęć RTG, 50 badań USG, 70 konsultacji specjalistycznych i ok. 400 badań laboratoryjnych. Te wszystkie badania i konsultacje powinny być w gestii lekarza rodzinnego i poradni specjalistycznych. Wykonywanie tych badań i konsultacji powoduje, że kolejka na przyjęcie na SORze jest długa, pacjenci muszą czekać. Ale nie da się np. wykonać więcej niż 4 badania na tomografie komputerowym w ciągu godziny.

Czy na SOR można zgłosić się bez skierowania?

Można, nieraz wydarzy się coś nieprzewidzianego i najbliżej jest właśnie szpital. Gdy np. ktoś złamie nogę czy zasłabnie pod szpitalem, trudno aby szedł do przychodni, jak w pobliżu ma SOR.

Czy można odmówić wykonania rezonansu magnetycznego na SORze, jeśli lekarz rodzinny czy specjalista uznał, że jest taka potrzeba?

Skoro lekarz uznał, że jest potrzeba, powinien na to badanie skierować. Ale nie na SOR, tylko w normalnym trybie, gdzie jest kolejka. Na pewno gdy jest wskazanie do jakiegokolwiek badania w trybie nagłym, nie odmawiamy jego wykonania w SORze.

Co zrobić jak lekarz nie chce przyjąć do szpitala, mimo wystawionego skierowania?

Nie ma podjęcia decyzji o dalszych losach pacjenta bez jego zbadania. Pacjent ze skierowaniem do szpitala, bez określenia oddziału, zawsze jest badany przez dyżurnych internistów czy lekarzy specjalności zabiegowych, albo w stanie nagłego zagrożenia przez specjalistę medycyny ratunkowej. I to oni decydują, czy osoba kwalifikuje się do hospitalizacji, czy też po udzieleniu pomocy jest zwolniona do domu i ewentualnie umawiana na przyjęcie planowe, jeśli są ku temu wskazania. Na SORze zawsze jest możliwość konsultacji specjalistycznych.

Czy każdy lekarz, który przyjmuje na SORze jest w stanie rozpoznać zawał i zastosować odpowiednie leczenie?

Każdy z naszych lekarzy, niezależnie od specjalności, potrafi rozpoznać zawał na podstawie obrazu klinicznego, wyniku badania ekg i na podstawie wyników badań biochemicznych (troponina, enzymy). W wątpliwych przypadkach zawsze konsultują nas kardiolodzy. Jeśli pacjent z podejrzeniem zawału trafia do nas transportowany karetką pogotowia ratunkowego, powinien mieć dodatkowo wykonaną teletransmisję ekg do ośrodka kardiologii interwencyjnej. Tam lekarz dyżurny wie, czy pacjent ma zawał.

Jacy pacjenci najczęściej niesłusznie trafiają na SOR?

Czasem SOR traktowany jest jako spokojna przystań dla pijanych, głodnych, brudnych i zmarzniętych. To nie jest miejsce, gdzie powinni się znaleźć, o ile nie są w stanie nagłego zagrożenia zdrowia. Druga grupa to chorzy niezasadnie omijający lekarzy poz, specjalistów czy ambulatoria pogotowia. Uważają, że na SOR otrzymają wszystkie badania i konsultacje.

Czyli jak kogoś od miesiąca boli w krzyżu to nie jest to przypadek dla SORu?

Nie. To pacjent dla lekarza poz, tam powinny być wykonane mu badania, konsultacje specjalisty, a dopiero gdy sytuacja tego wymaga, chory może być skierowany do szpitala. Niestety, często sytuacja jest odwrotna, pacjent który ma bóle w krzyżu, trafia na SOR i domaga się rezonansu. Są przypadki, że pacjenci są instruowani przez lekarzy, co mają mówić, aby mieć wykonaną tomografię głowy. Kłamiąc że doznał urazu głowy, chory będzie miał tomografię, która może nic nie wykazać, a jednocześnie opóźni się diagnostykę pacjenta urazowego.

Co to są centra urazowe?

centrum urazowe - wydzielona funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania określone w ustawie. Pacjent urazowy - osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Jedyne centrum urazowe w woj. podlaskim znajduje się w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym