Sposób na kolejki do specjalistów: ostry dyżur

Ostry chleb nasz powszedni

Justyna Wojteczek

– *Co pani dolega?* – pyta lekarz. – *Od tygodnia boli mnie oko* – odpowiada pacjentka, która postanowiła wykorzystać istniejący w polskiej ochronie zdrowia absurd ostrego dyżuru. Ten absurd trwa w najlepsze, choć widać już pierwsze jaskółki zmiany. Nie ma się jednak co łudzić – długo poczekamy na jego likwidację.

fot. Images.com/Corbis

Pojęcie „ostry dyżur" oznacza gotowość do udzielania pomocy – najczęściej w szpitalu – w razie ostrych zachorowań, zagrażających bezpośrednio życiu lub grożących nagłym trwałym uszczerbkiem zdrowia. Tymczasem w poczekalniach szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć i stacji pogotowia ratunkowego można spotkać tłum pacjentów, z których nawet 80 proc. mogłoby być przyjętych przez lekarza w ambulatorium. Wytworzył się nawet swoisty żargon – np. „kaszlak" to pacjent (najczęściej dziecko) mający lekko podwyższoną temperaturę i kaszel. Chorzy ci są – łagodnie mówiąc – niechętnie widziani przez lekarzy ostrych dyżurów. Tak opisuje to na blogu www.ostrydyzur.pl jeden z nich: *Zgłaszają się wszak na pogotowie, gdzie słuchanie kaszlaków jest znienawidzoną działalnością uboczną lekarzy, którzy przychodzą tam dla pracy stricte ratowniczej... I którzy za sukces poczytują sobie takie obsłużenie kaszlaków, by choć połowa ich rodziców zastanowiła się nad jakąkolwiek alternatywą, gdyby przy kolejnej infekcji dziecka mieli w ogóle pomyśleć o wizycie na pogotowiu.*

fot. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

Spirala niezrozumienia

Nakręca się spirala niezrozumienia po obu stronach tej barykady. Pacjent jest (słusznie) oburzony obcesowym traktowaniem przez personel ostrego dyżuru, lekarz jest (słusznie) oburzony pretensjami pacjenta.

Zanim jednak potępimy niewyedukowanych, roszczeniowych, hipochondrycznych pacjentów, warto pomyśleć o misternej konstrukcji wielu bodźców zachęcających ich do takich zachowań, a także o stworzeniu systemu zapewniającego bezpieczeństwo tym, którzy mają rzeczywisty i uzasadniony powód do zgłoszenia się na ostry dyżur. Nie wiadomo, jak wielu pacjentów ponosi realny uszczerbek na zdrowiu wskutek systemu funkcjonującego w większości szpitali i stacji pogotowia ratunkowego. Nie wiadomo też, jakie straty generuje ten system. Wygodniej tego nie liczyć.

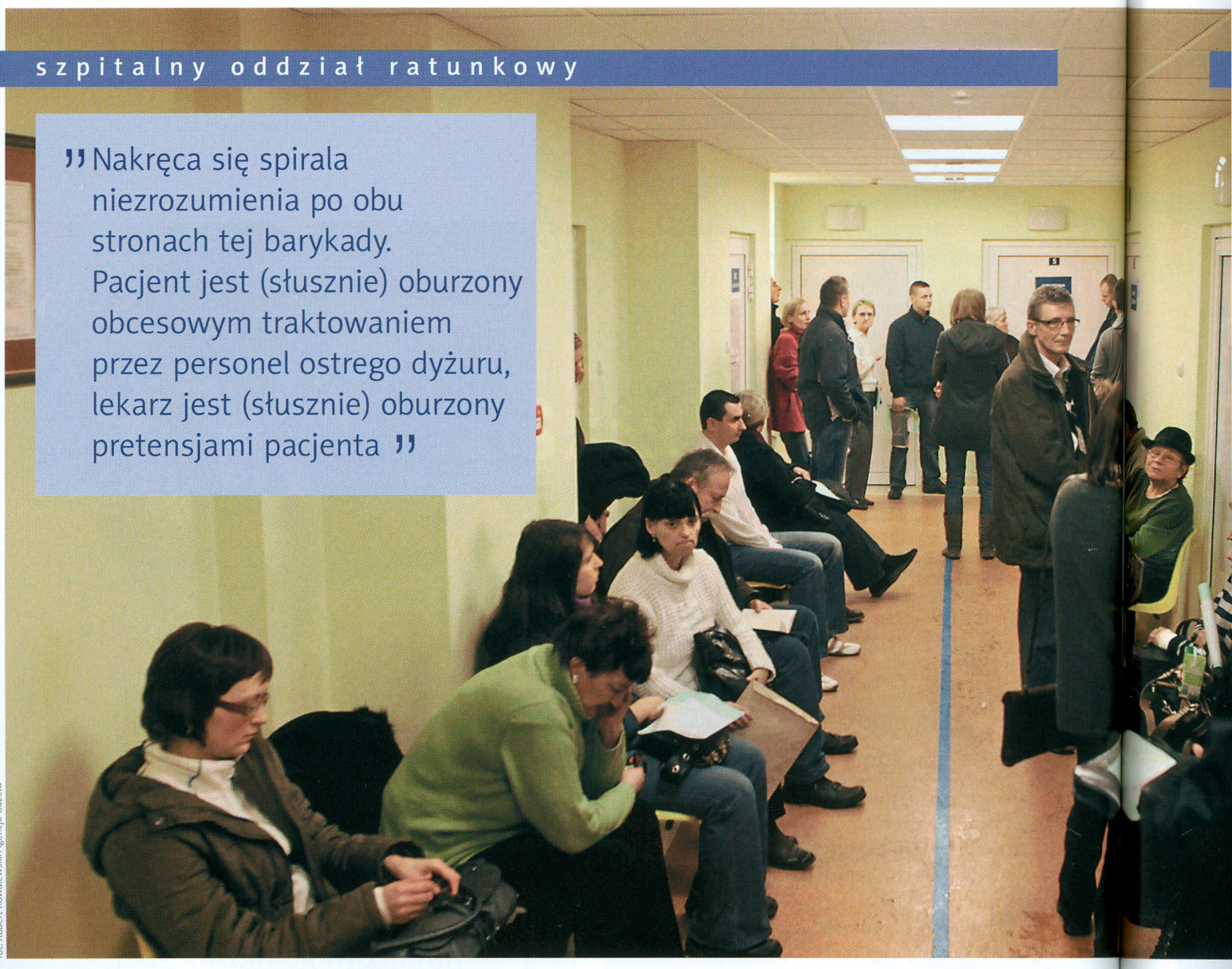
> „W poczekalniach szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć i stacji pogotowia ratunkowego można spotkać tłum pacjentów, z których nawet 80 proc. mogłoby być przyjętych przez lekarza w ambulatorium"

Model obecny

Aż dziw bierze, że *triage* jest stosowany w jednostkach pracujących w systemie ratownictwa medycznego – czyli w zespołach jeżdżących do wypadków i katastrof, a w znakomitej większości izb przyjęć, szpitalnych oddziałów ratunkowych i stacji pogotowia obowiązuje, niczym w kolejce po cukier, kolejność przyjścia. Pacjent oczywiście jest rejestrowany, bo w naszym kraju „bumaga" to rzecz święta, ale pielęgniarkę interesuje jedynie jego PESEL i dane osobowe. Czy ma duszność, otwarte złamanie, rozwijającą się posocznicę czy łagodne zapalenie oskrzeli – to nie jest istotne. Od takiej oceny jest lekarz, który zdiagnozuje problem, kiedy pacjent – po czterech, sześciu, ośmiu, dziesięciu godzinach – doczeka się audiencji w gabinecie. Ten czas nie jest wymyślony przez autorkę niniejszego tekstu – to autentyczne okresy oczekiwania na ostrych dyżurach: laryngologicznym w szpitalu kolejowym w Międzylesiu i okulistycznym w warszawskim szpitalu przy ul. Stępińskiej. Nic więc dziwnego, że zdarzyło się (w innym szpitalu), iż nastolatka zemdlała po trzech godzinach oczekiwania w kolejce i okazało się, że rozwijała się u niej sepsa. Może szybciej rozpoczęto by leczenie, gdyby rejestratorka zainteresowała się, dlaczego matka zgłosiła się na ostry dyżur z córką.

Powoli, ale idą zmiany

Kilka lat temu szefowa SOR w jednym z największych warszawskich szpitali, specjalistka medycyny ratunkowej, zapatrzona w modele obowiązujące w Stanach Zjednoczonych, chciała je przenieść na grunt polski. Zatrudniła ratownika medycznego, który był niejako bramkarzem oddziału i dokonywał *triage'u*. „Kaszlaki" i im podobni mieli być odsyłani do nocnej pomocy lekarskiej lub na następny dzień do lekarza rodzinnego, a SOR miał się zajmować osobami potrzebującymi pil-



> „Nakręca się spirala niezrozumienia po obu stronach tej barykady. Pacjent jest (słusznie) oburzony obcesowym traktowaniem przez personel ostrego dyżuru, lekarz jest (słusznie) oburzony pretensjami pacjenta"

fot. Robert Kowalewski/Agencja Gazeta

nej pomocy medycznej. Model nie został wprowadzony ze względu na opór wszystkich zainteresowanych oraz NFZ, który na piśmie przypomniał, że każdy pacjent zgłaszający się na SOR ma być konsultowany przez lekarza. – *I słusznie* – mówi dyrektor świdnickiego szpitala Latawiec. – *Pacjent ma prawo zawsze zgłosić się na SOR i otrzymać pomoc, to kwestia podstawowego bezpieczeństwa.*

Czy zatem wykluczony jest *triage* na oddziale ratunkowym? Nie – dziw bierze, że nie jest to powszechna praktyka, bo jej brak prowadzi do poważnych następstw medycznych.

W Latawcu pacjent w rejestracji przekazuje nie tylko dane osobowe. To rejestratorka przeprowadza wstępny wywiad na podstawie specjalnego formularza. – *Na SOR muszą pracować najlepsi fachowcy. Triage'u nie można powierzyć sekretarce medycznej* – podkreśla Jacek Domejko. Dane nie są zapisywane na papierze, lecz trafiają do systemu komputerowego. Na zakończenie pacjent otrzymuje widoczną opaskę: zieloną, żółtą lub czerwoną, i zostaje poinformowany o maksymalnym czasie oczekiwania na specjalistyczną pomoc, który zależy od koloru – np. w wypadku zielonej opaski jest to do sześciu godzin. Nie koniec na tym. Jak mówi Jacek Domejko, pracownicy SOR w Latawcu, świadomi, że stan pacjenta może się szybko zmienić, obserwują oczekujących. Na tym oddziale, gdzie stale przebywa internista i chirurg, w razie potrzeby konsultacji udzielają specjaliści z innych oddziałów, którzy mają obowiązek przyjść na SOR. Sprzyja temu odpowiedni system motywacji. – *Za samą gotowość nie płacę* – mówi Domejko.

Kwestia skali

– *U nas jest pięć stopni kwalifikowania pacjentów, w tym dwa nagłe, ale i tak kolejki na SOR są olbrzymie* – mówi dyrektor Szpitala Wolskiego w Warszawie Marek Balicki.

Przyczyna jest prosta – zgłasza się więcej pacjentów, niż SOR jest w stanie w rozsądnym czasie przyjąć. Kolejki byłyby krótsze, gdyby można zwiększyć obsadę dyżuru. – *To nie wchodzi w grę. I tak za ubiegły rok dopłacimy 2,5 mln zł do tego oddziału* – mówi Marek Balicki. Nie bez znaczenia jest fakt, że szpital w Świdnicy ma pod opieką ok. 150 tys. pacjentów mniej niż Szpital Wolski. Można też przypuszczać, że z uwagi na to, iż Świdnica jest mniejszym miastem, poradnie lekarzy rodzinnych i specjalistyczne po prostu lepiej działają niż w olbrzymiej Warszawie.

Warszawa jest chyba najbardziej jaskrawym przykładem dekompozycji systemu kompleksowej opieki zdrowotnej, której podstawą powinien być lekarz rodzinny i współpracujący z nim specjaliści innych dziedzin przyjmujący w poradniach. Są lekarze rodzinni, ale

w wielu wypadkach nie sposób się do nich zapisać. A kiedy konieczne jest badanie diagnostyczne, często sami instruują pacjentów, by poszli na ostry dyżur. To w warszawskich poradniach specjalistycznych dziennikarze robią poglądowe materiały na temat zapisów w dwóch pierwszych dniach stycznia na końcówkę roku – i to nie dlatego, że najwięcej dziennikarzy jest w Warszawie.

Nic dziwnego, że pacjent idzie na SOR, świadomy, iż swoje odstoi, ale w końcu otrzyma poradę, receptę albo badanie diagnostyczne. Wspomaga go w tym brak *triage'u* w większości tego typu oddziałów. Wystarczy uzbroić się w cierpliwość, a nerwy będą szarpać co najwyżej pacjenci z karetek – jedyna grupa przyjmowana poza kolejnością. Kółko się zamyka – następnym razem taki pacjent wezwie pogotowie, by oszczędzić sobie czekania.

– *Szpitalne oddziały ratunkowe stały się ściekiem, do którego wszyscy spychają pacjentów* – konstatuje były minister zdrowia.

Edukacja pilnie potrzebna

Minęło już tyle lat, a polski ubezpieczony wciąż nie wie, jak poruszać się w systemie wprowadzonym w 1999 r. Jacek Domejko analizuje skargi; jak mówi, nie po to, by kogoś karać, ale by wykryć przyczyny niesprawności i wprowadzić ułatwienia.

– *Większość skarg ma charakter emocjonalny, wynikają z poczucia zagrożenia i niewiedzy* – mówi. W razie potrzeby pracownicy mają możliwość skorzystania ze szkoleń, choćby z komunikacji. Nie koniec na tym – wydawany jest biuletyn dla pacjentów. W jednym z jego wydań można było przeczytać: *Na SOR będziemy prowadzić podział pacjentów za pomocą opasek identyfikacyjnych z rozróżnianiem na kolory (zielony, żółty, czerwony). Zostały zainstalowane tablice informujące pacjenta o udzielaniu świadczeń jedynie w przypadkach nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Przypominamy, że w przypadku nagłych zachorowań świadczenia udzielane są w godzinach od 8 do 18 w POZ, z których usług korzystają pacjenci, natomiast w godzinach od 18 do 8 rano przez Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy.* W lokalnej telewizji kablowej raz w miesiącu emitowany jest informator o szpitalu.

Przydałyby się jednak zmiany systemowe, czyli poprawa funkcjonowania POZ, o czym „Menedżer Zdrowia" pisał niedawno. A może pójść w ślady krajów, które miały podobny problem z nadmiarem pacjentów ambulatoryjnych na szpitalnych oddziałach ratunkowych i wprowadziły zasadę, że leki z recepty otrzymanej na SOR są dwukrotnie droższe niż te z recepty wypisanej przez lekarza rodzinnego?

Dyżur – nie dyżur

Ostre dyżury należą do kategorii przetrwałych już absurdów. Topimy w nich mnóstwo pieniędzy, a niewykluczone, że i ludzkiego zdrowia.

Andrzej Włodarczyk, dziś wiceminister zdrowia, kiedyś szef Okręgowej Izby lekarskiej w Warszawie, o sytuacji na ostrych dyżurach mówi wprost: winny jest system. – *Nocna pomoc lekarska istnieje tylko w teorii. Kiedy pacjent dzwoni do lekarza rodzinnego, ten radzi mu, by zgłosił się na ostry dyżur i mówił, że ból złapał go nagle, bo wtedy dostanie się do specjalisty. Przychodnie przerzucają koszty leczenia na szpitale. Do tego NFZ wciąż obcina pieniądze, więc specjalistów więcej nie będzie* – dodaje Włodarczyk.

Co na to NFZ? – *System ochrony zdrowia przewiduje okres oczekiwania na wizytę i pacjent musi zdawać sobie z tego sprawę* – uważa Barbara Misińska, dyrektor mazowieckiego NFZ.

– *Czy pani czekałaby miesiąc na wizytę u okulisty?* – pytamy. – *Oczywiście, trzeba czekać. Specjalistów jest tylu, na ilu mamy pieniądze. A miesiąc to nie tak długo* – odpowiada.

W poważnej klinice pediatrycznej w mieście C zaszokowało mnie coś innego. Otóż na ławeczkach kłębił się tłum rodziców z pociechami w najprzeróżniejszym wieku. Na tablicy świetlnej można przeczytać: „Czas oczekiwania na chirurga: 50 min, na pediatrę: 150 min". O godzinie 0.40! I wszyscy grzecznie i cierpliwie siedzą przy akompaniamencie kaszlącej dwudziestki dzieci. No, na mojej dyżurowej prowincji – w mieście D – rodzice urządzają dzikie awantury, kiedy obaj lekarze są na wyjazdach karetkami i trzeba na osłuchanie kaszlaka czekać pół godziny! ■