



fot. PAP/Grzegorz Michalowski

Uciec z SOR-u

Rozmowa ze Stanisławem Biernackim, p.o. ordynatorem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Wojewódzkiego Centrum Szpitalnego Kotliny Jeleniogórskiej w Jeleniej Górze

Co robić, aby na SOR-ach było lepiej?

Istnieją dwie zasadnicze kwestie – finansowanie i przeciążenie SOR-ów. Może zespół powołany przez NFZ zmieni coś, jeśli chodzi o płatności, wiążemy z nim spore nadzieje. Ale przede wszystkim trzeba edukować społeczeństwo. Potrzebne są kampanie społeczne, które podpowiedzą, dokąd ma się zgłosić chory człowiek. Równocześnie jednak w Polsce nie podnosi się składki osobom, które zgłaszają się bezzasadnie na SOR po raz piąty, palą papierosy czy są pod wpływem alkoholu. A z doświadczenia wiemy, że takie zakazy i obostrzenia są skuteczne. Pacjenci są też bardzo roszczeniowi. Oskarżają, choć sami nie postępują dobrze.

To będzie lepiej czy nie będzie?

Nie wiem. Na razie nie jest dobrze. Głównym problemem jest nadmiar pacjentów. Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że 80–85 proc. osób zgłaszających się na SOR nie powinno trafiać na ten oddział, lecz do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej – SOR ma działać w stanach nagłego zagrożenia życia, a tak nie jest.

Czy nocna i świąteczna pomoc lekarska powinna być umiejscowiona przy SOR-ach?

I tak, i nie. Z jednej strony to dobry pomysł, bo mogłaby odciążyć SOR-y. Ale z drugiej strony, jeśli NiŚPL

z powiatów zostanie przeniesiona do szpitali wojewódzkich, bo tam są zazwyczaj SOR-y, chorzy mogą mieć problem z dojazdem w weekendy i w nocy. Poza tym, znowu SOR-y będą miały więcej pacjentów, gdyż trafią tam osoby wymagające pilnej hospitalizacji. Następnie trzeba będzie im znaleźć miejsce w szpitalu lub odwieźć z powrotem do szpitala w miejscu zamieszkania. A gdyby zgłosiły się u siebie do NiŚPL i wymagały hospitalizacji, zostałyby w miejscowej placówce.

Czy pacjenci lubią SOR-y?

Nie lubią. Ale wiedzą, że w tym miejscu najszybciej mogą uzyskać pomoc. I to mimo faktu, że muszą czekać przez wiele godzin w kolejce. Problemem są lekarze POZ kierujący do nas pacjentów. Chorzy na skierowaniach mają takie rozpoznania, że musimy ich przyjąć, a chodzi jedynie o diagnostykę. Na przykład podejrzenie zapalenia płuc u młodej dziewczyny. Pacjentka nie zgodziła się na badanie i otwarcie przyznała, że chodzi jej jedynie o zdjęcie, z którym wróci do lekarza POZ. Kolejny przykład to trwające od pięciu dni bolesne oddawanie moczu. Jakie to wskazanie do skierowania na SOR? Ale lekarz POZ odsyła pacjenta właśnie do nas, choć powinien na właściwy oddział szpitalny. Tu chodzi o zrzucenie z siebie odpowiedzialności oraz o finansowanie. Dlatego uważam, że lekarz

POZ powinien być obciążany kosztami diagnostyki przeprowadzanej na SOR-ze, jeśli pacjent nie musi zostać w szpitalu.

A dlaczego obwinia pan lekarzy POZ, że zrzucają z siebie odpowiedzialność?

Bo lekarz POZ nie musi podejmować sam decyzji odnośnie do chorego. Jeśli coś mu się stanie, odpowiedzialność ponosi lekarz SOR-u. A my musimy wszystkich przyjąć, nawet jeśli rozpoznanie nie uzasadnia zgłoszenia na SOR.

Co można zrobić w takiej sytuacji?

Nic. Federacja Porozumienie Zielonogórskie jest za silna i nawet jeśli byłyby rozmowy na ten temat w Ministerstwie Zdrowia, resort wycofa się ze wszystkiego pod jej wpływem. Nikt w naszym kraju nie przejmuje się tym, co dzieje się na SOR-ach.

Z czego wynika takie postępowanie lekarzy POZ?

Między innymi z kolejek do specjalistów. Na SOR-ze można uzyskać konsultację, jest ona co prawda niepełna, ale jest. Czeka się kilka godzin, ale nie kilka miesięcy. I tak się dzieje na przykład, jeśli chodzi o konsultacje neurologiczne. To wszystko kosztuje grube miliony złotych.

A jak rozliczany jest SOR?

Ryczałtem. Takim, że nasz oddział miał 3 mln zł straty w ubiegłym roku. NFZ płaci także za chorych wypisanych do domu, nie płaci za tych przekazanych na oddziały szpitalne, których leczenie jest rozliczane przez te oddziały, choć koszty diagnostyki ponosi SOR. Stąd zadłużenie oddziałów ratunkowych. Dyrektorzy szpitali także wolą takie rozliczanie, a moim zdaniem SOR-y są niesłusznie obciążane. Ponadto taki system dopinguje do przyjmowania pacjentów zgoła odwrotnie do założeń działania SOR – za chorego w stanie nagłego zagrożenia zdrowia i życia, którego przecież nie wyleczymy w ciągu kilku godzin, nikt SOR-owi nie płaci. Płaci się natomiast za wypisanego do domu, który – skoro można było mu udzielić pomocy ambulatoryjnej – nie powinien w ogóle trafić na SOR.

Pacjent nie jest w centrum uwagi.

Nie jest, skoro nawet kroplówkę odwodnionej starszej osobie podaje się na SOR-ze, mimo że powinien to zrobić lekarz w domu chorego. No, ale jeśli na wizytę domową trzeba czekać trzy dni, a odwodnienie dla starszego pacjenta może być niebezpieczne, nie jest dziwne, że trafia on na oddział ratunkowy.

Znowu winni są lekarze POZ?

Tak, ale nie wszyscy są właśnie tacy. Niektórzy kierują do nas pacjenta tylko wtedy, gdy jest on niestabilny lub kiedy naprawdę mają wątpliwości. Nie można mówić, że wszyscy są źli.

„Głównym problemem jest nadmiar pacjentów. NIK twierdzi, że 80–85 proc. pacjentów SOR-ów nie powinno trafiać na ten oddział, lecz zgłaszać się do nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej”

Trudno pracować na SOR-ze?

Trudno. Z medycyny ratunkowej odchodzą najlepsi specjaliści. Ja sam od pół roku szukam lekarza medycyny ratunkowej do swojego szpitala i nie mogę znaleźć. Rocznie na naszym oddziale przyjmujemy ok. 35 tys. pacjentów. Przeciętnie więc każdemu z nich możemy poświęcić ok. 15 minut, pracując całą dobę przez 365 dni w roku. Jak działać w takich warunkach? Do tego dochodzą oskarżenia pacjentów, dziwne opinie biegłych, ciągły stres i pośpiech. Mam wrażenie, że SOR jest wielką soczewką skupiającą wszystkie błędy systemu.

Na przykład?

Była u nas dziewczyna ze złamaniem. Opatrzyliśmy ją, nałożyliśmy opaskę, pojechała do domu. I oskarża nas, że po dwóch tygodniach gips źle zabezpieczał obrażenie, gdy tymczasem ona powinna po przyjeździe do miejsca zamieszkania zgłosić się do swojego lekarza, co miała zaznaczone w karcie wypisu. My jesteśmy od udzielania pomocy doraźnej. Albo pacjent z podejrzeniem OZW OSW, u którego wykluczyliśmy to schorzenie, ale zmarł, ponieważ miał tętniaka aorty. Biegły pisze, że u wszystkich pacjentów z bólem w klatce powinno się wykonywać badanie rezonansu magnetycznego klatki piersiowej lub USG przezprzelykowe. To chore i niewykonalne, i nieobecne w żadnych zaleceniach.

Nie ma standardów postępowania na SOR-ach?

Nie ma i nikt nie jest nimi zainteresowany. A wystarczyłoby zapisać, że w leczeniu schorzeń kardiologicznych należy stosować standardy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Zdarzają się sytuacje, że przebieg choroby jest niepomysłny. Zastosowanie standardów stanowiłoby tarczę ochronną.

Dużo jest spraw z oskarżeniami lekarzy?

Trochę jest. Pacjenci mogą nas skarżyć do wielu instytucji: do dyrekcji, izby lekarskiej, Rzecznika Praw Pacjenta, prokuratury. Większość spraw kończy się umorzeniem, jednak trzeba sobie zdawać sprawę, że w takim pędzie i stresie każdy może popełnić błąd.

Rozmawiała Marta Koblańska