

Presja na oddziały ratunkowe,
wyzwania dla systemów
ochrony zdrowia w UE

RATUNKOWE

CZY OD WSZYSTKIEGO

Jak z presją na oddziały ratunkowe radzą sobie różne kraje europejskie? Jaka jest skala zjawiska? Prezentujemy wybrane fragmenty raportu Europejskiej Federacji Szpitali HOPE 2015 pod redakcją naukową Jarosława J. Fedorowskiego, prezesa Polskiej Federacji Szpitali.

EUROPEJSKIE SYSTEMY OPIEKI ZDROWOTNEJ

SĄ SKRAJNIE NIEJEDNOLITE,

CO ZNAJDUJE ODZWIERCIEDLENIE

W SPOSOBACH POSTĘPOWANIA

W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWIA

Systems and Policy Monitor Europejskiego Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej. Platforma ta prezentuje różne systemy opieki zdrowotnej i zawiera aktualne informacje na temat reform istotnych z punktu widzenia tworzonej polityki.

Celem badania nie jest przedstawienie danych liczbowych, prezentacja wszystkich systemów byłaby przedsięwzięciem zbyt trudnym i czasochłonnym. Europejskie systemy opieki zdrowotnej są skrajnie niejednolite, co znajduje odzwierciedlenie w sposobach postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia.

W celu uzyskania odpowiedzi na pytania zawarte w części pierwszej opracowania przeanalizowano informacje dostępne w części HSPM poświęconej doraźnej opiece medycznej (*Emergency care*). W poszukiwaniu informacji na temat istniejących rozwiązań (dobrych praktyk) oparto się na treści zawartej w częściach „Analiza ostatnich reform” (*Analysis of recent reforms*) oraz „Przyszłe zmiany” (*Future developments*).

Na potrzeby pierwszej części opracowania pod uwagę wzięto wyłącznie informacje dotyczące leczenia szpitalnego. W odniesieniu do studiów przypadku i dobrych praktyk uwzględniono także informacje dotyczące transportu i opieki przedszpitalnej.

Węgry

Na Węgrzech w ostatnim czasie zwiększyła się liczba przyjęć pacjentów w stanach nagłych na oddziały ratunkowe. Mimo to wciąż na wysokim poziomie utrzymuje się odsetek przyjęć nagłych w innych placówkach, a zróżnicowanie regionalne w wykorzystaniu oddziałów ratunkowych jest duże. W istocie tylko nieliczne oddziały ratunkowe spełniają wszystkie wymagane standardy zawodowe, najczęściej borykając się z problemem niedoborów kadrowych.

Liczba (odsetek) przyjęć po udzieleniu pomocy doraźnej: Przyjęcia pacjentów w stanach nagłych za pośrednictwem oddziałów ratunkowych – wzrost z 61 proc. w 2006 r. do 78 proc. w 2008 r.

Personel oddziałów ratunkowych i specjaliści medycyny ratunkowej: W 2008 r. w wyniku kon-

Temat badania został wskazany jako priorytet na rok 2014 przez Radę Gubernatorów HOPE, która dostrzegła jego rosnące znaczenie, zwłaszcza w kontekście panującego kryzysu związanego z nadmierną presją na oddziały ratunkowe. Podjęta problematyka wiąże się także z innymi zagadnieniami: możliwości leczenia poza szpitalem, przewlekłości chorób, starzenia się i opieki zintegrowanej.

Zebrane informacje pochodzą od organizacji członkowskich HOPE lub – w miarę dostępności – pozyskano je za pośrednictwem platformy informacyjnej *Health*

trolu przeprowadzonej przez Krajową Służbę Zdrowia Publicznego i Lekarzy (NPHMOS) stwierdzono, że jedynie 22 jednostki (oddziały) medycyny ratunkowej z 45 spełniają wszystkie wymagane standardy profesjonalne.

Studium przypadku

Od roku 2007 do 2013 projekty rozwojowe dotyczyły infrastruktury, organizacji oraz koordynacji działania służb składających się na węgierski system pomocy doraźnej.

Cele:

- centralizacja świadczeń (usług) realizowanych poza godzinami pracy;
- ustanowienie w szpitalach kompleksowych jednostek ratunkowych służących jako pojedynczy punkt przyjęć (interfejs) dla pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowia;
- rozwój wspólnej służby dyspozytorskiej dla wszystkich trzech działających lokalnie świadczeniodawców pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpitale, lekarze udzielający świadczeń poza godzinami pracy).

Podjęte działania: Wdrożono wiele różnych projektów, w tym związane z reformą systemu dyspozytorów medycznych oraz ustanowieniem nowych (i modernizacją istniejących) oddziałów ratunkowych.

Narzędzia wdrożeniowe i koszty wdrożeń: Rozwój infrastruktury odbywał się przy użyciu instrumentów współfinansowania (*matching grants*) oraz dotacji warunkowych pochodzących zarówno ze źródeł lokalnych, jak i funduszy strukturalnych Unii Europejskiej. Na finansowanie poszczególnych projektów, w tym tych, które wymieniono wyżej, przyznano łącznie 35 mld forintów (ok. 1,3 mln euro). Na rozwój świadczeń doraźnej pomocy medycznej przeznaczono także fundusze uzyskane dzięki reformom systemu płatności. Dodatkowe środki związane z centralizacją i ustanowieniem wspólnych centrów dyspozytorskich przeznaczono na wsparcie reorganizacji systemu świadczeń udzielanych poza godzinami pracy. Rząd wprowadził także komponent opłaty stałej w płatnościach za świadczenia oddziałów ratunkowych.

Uzyskane wyniki: Rozwój wspólnej służby dyspozytorskiej dla wszystkich trzech działających lokalnie świadczeniodawców doraźnej pomocy medycznej postępuje powoli – do 2009 r. w strukturach wspólnej służby dyspozytorskiej zintegrowano zaledwie 7 proc. scentralizowanych placówek udzielających świadczeń poza godzinami pracy (Państwowy Urząd Kontroli 2009 r.).

Holandia

Celem ubezpieczycieli w Holandii jest zmniejszenie liczby szpitalnych ośrodków pomocy doraźnej i redukcja związanych z nimi kosztów. Holenderska Federacja Szpitali przeprowadziła badanie na temat wpływu centrów opieki doraźnej na działalność szpitali w kontekście finansowym. Przedmiotem badania był również związek pomiędzy skalą (liczbą) świadczeń opieki doraźnej a jakością opieki. W wyniku badania stwierdzono, że 95 proc. świadczeń opieki doraźnej nad pacjentami nie ma złożonego charakteru, a świadczenia tego rodzaju można usprawnić przez ich koncentrację. W wyniku podjętych działań szpitale uzyskały zgodę organu ochrony konkurencji na cofnięcie proponowanych przez grupę ubezpieczycieli planów zmniejszenia liczby ośrodków pomocy doraźnej. Wszystkie zaangażowane strony prowadzą rozmowy dotyczące opracowania jakościowych wskaźników pomocy doraźnej, z których zakłady ubezpieczeniowe będą korzystać przy zawieraniu umów.

Omawiane kwestie powstały m.in. z powodu dążenia do redukcji kosztów oraz poprawy jakości złożonych świadczeń pomocy doraźnej.

Jeśli jednak chodzi o system segregacji medycznej (wdrożenie i funkcjonowanie), coraz więcej holenderskich szpitali włącza lekarzy pierwszego kontaktu w struktury szpitalnych ośrodków doraźnej pomocy dla pacjentów. Dzięki temu personel pielęgniarski podczas procedury segregacji medycznej może kierować przyjmowanych pacjentów do lekarza pierwszego kontaktu lub do działającego w szpitalu centrum po-



Jerzy Gryglewicz
ekspert Uczelni Łazarskiego

Skoro szpitalne oddziały ratunkowe cieszą się tak dużą popularnością, trzeba wyciągnąć z tego wnioski. Można by je po prostu wzmocnić, zrezygnować z pomocy wieczorowej czy doraźnej i przenieść ją na oddziały ratunkowe. Przemawia za tym kilka argumentów. Po pierwsze, pacjenci wiedzą, gdzie jest szpital, a nie zawsze wiedzą, gdzie jest punkt pomocy wieczorowej. Kolejne argumenty: szpitale mają sprzęt diagnostyczny, a przychodnie niekoniecznie, więc w wypadku potrzeby pilnej diagnostyki i tak odsyłają pacjentów do szpitali. Na dodatek nasz system pozostaje niewydolny, do specjalistów ustawiają się wielotygodniowe kolejki. Sposobem na ich ominięcie jest więc właśnie wizyta na SOR. I nie sposób pacjentom tych wizyt zabronić, mało: lekarz SOR nie ma prawa odmówić skierowania na takie badania, jakie są konieczne. Reasumując: skoro już mamy określoną praktykę i nawyki, może pora oddziały ratunkowe wzmocnić o ambulatoria. Bo budowa od podstaw alternatywnych rozwiązań będzie kosztowna i potrwa długo.

mocy doraźnej. Oczekuje się, że rozwiązanie to pozwoli zmniejszyć liczbę niepotrzebnych świadczeń drogiej opieki doraźnej w szpitalu.

Hiszpania

W ostatnich latach w szpitalach hiszpańskich odnotowano znaczący wzrost świadczeń opieki w pilnych przypadkach. Szacuje się, że nadużywanych jest od 24 do 79 proc. świadczeń z zakresu pomocy doraźnej. W 2011 r. szpitalne oddziały ratunkowe odnotowały ponad 26 mln przypadków jej udzielenia. Liczba ta, choć niższa niż w 2009 r. (-1,7 proc.), oznacza, że na każde 10 osób aż 6 zostało przyjętych na szpitalny oddział ratunkowy. Obserwowana tendencja może wynikać z rosnącego zaufania ludności do oddziałów ratunkowych i nadziei na szybsze otrzymanie pomocy, a także z ciężącego na oddziałach ratunkowych obowiązkowego leczenia pacjentów ze schorzeniami niewymagającymi pilnej pomocy. Niektóre szpitale odnotowują ponad 70 proc. takich przypadków.

Liczba osób, którym udzielono pomocy doraźnej: Całkowita liczba przypadków udzielenia pomocy doraźnej w szpitalach publicznych wzrosła z 16 775 180 w 2000 r. do 20 847 675 w 2008 r. Zgodnie z danymi za 2011 r. nastąpił spadek o 1,7 proc. w porównaniu z 2009 r. Tendencja ta zaznacza się w Hiszpanii również obecnie.

Rodzaje pomocy doraźnej: W hiszpańskim systemie ochrony zdrowia nie dokonuje się tego rodzaju rozróżnień. Większość pacjentów korzysta z pomocy doraźnej w sposób spontaniczny. Szacuje się, że 80 proc. przypadków pomocy w stanach nagłych jest inicjowane przez pacjentów, bez skierowania. Dostępne są jednak informacje dotyczące najczęściej leczonych rodzajów schorzeń.

Liczba (odsetek) przyjęć po udzieleniu pomocy doraźnej: Około 80 proc. pacjentów jest wypisywanych do domu. W 2011 r. większość wizyt (21 mln) odbywała się w sieci szpitali publicznych, a na każde 100 przypadków 10 wymagało hospitalizacji. Odsetek ten nieznacznie się zmniejsza.

Czas oczekiwania: Zaleca się, aby oddziały ratownicze stosowały system segregacji medycznej umożliwiającą szybką klasyfikację pacjentów w zależności od stopnia obrażeń wraz ze wskazaniem maksymalnego czasu oczekiwania na pomoc. Zgodnie z badaniem *Estudi sobre L'Activitat i L'Organització dels Serveis D'Urgències Hospitalaris* przeprowadzonym przez *Departament de Salut, Generalitat de Catalunya* średni czas oczekiwania na segregację medyczną od przybycia pacjenta na oddział ratunkowy wyniósł 13 min 59 s ($\pm 16,4$), czas od przybycia pacjenta do konsultacji lekarskiej wyniósł 66 min 7 s ($\pm 84,01$), a czas od wizyty do wypisania pacjenta – 173 min 4 s ($\pm 316,1$).

Wiek pacjentów: Z danych pochodzących z tego samego źródła wynika, że 20 proc. przypadków pomo-

cy doraźnej dotyczyło pacjentów poniżej 15. roku życia, a 19 proc. pacjentów powyżej 64. roku życia.

Sezon: Odnotowuje się okresy szczytowe o charakterze sezonowym, np. epidemie grypy zimą lub pogorszenie astmy oskrzelowej wiosną.

Personel oddziałów ratunkowych i specjaliści medycyny ratunkowej: Mimo że w Hiszpanii nie ma oddzielnej specjalizacji w zakresie medycyny ratunkowej, na oddziałach ratunkowych zawsze pracują pielęgniarki, położne, ginekolodzy, położnicy, chirurdzy, chirurdzy urazowi, pediatrzy, radiolodzy itd. Personel ten działa w zespołach multidyscyplinarnych, aby zagwarantować najwyższy poziom bezpieczeństwa pacjentów, jakości oraz wydajności. W kategoriach ilościowych ok. 10 proc. zatrudnionych w szpitalach lekarzy pracuje w obszarze medycyny ratunkowej (co obejmuje odbiór zgłoszeń alarmowych).

Ścieżki opieki zdrowotnej dla pacjentów: Większość pacjentów korzysta ze świadczeń pomocy doraźnej w sposób spontaniczny. Szacuje się, że 80 proc. przypadków pomocy w stanach nagłych jest inicjowane przez pacjentów, bez zewnętrznego skierowania. Skierowanie może także wystawić pacjentowi każdy lekarz, jeśli uzna, że jego problem zdrowotny ma charakter pilny.

Segregacja medyczna – wdrożenie i funkcjonowanie: Stosowany jest system segregacji medycznej,



Fot. Wojciech Okrusnik / AG

Krzysztof Kuszewski niezależny ekspert zdrowia publicznego

Mocno broniłbym szpitalnych oddziałów ratunkowych przed nadmiarem pacjentów. Szpitale powinny się zająć ratowaniem życia, najcięższymi przypadkami. Izby przyjęć to nie są miejsca, gdzie pacjenci z wielonarządowymi urazami powinni się mieszać z osobami, które przyszły leczyć katar. Obecna sytuacja SOR wynika m.in. ze słabości podstawowej opieki zdrowotnej. W założeniach reformy placówki POZ powinny być czynne do 21.00 czy nawet do 22.00. Nie są. Dlatego nie dziwię się, że w wypadkach nagłych pacjenci szukają pomocy w szpitalach. To niewydolności innych segmentów ochrony zdrowia pchają ich na SOR. I o te inne segmenty powinniśmy lepiej zadbać, wtedy rozładują się kolejki do szpitalnych izb przyjęć. I jeszcze jeden aspekt – brak empatii pacjentów. Szpitalne oddziały ratunkowe nie są jedynymi instytucjami, które cierpią na skutek nadużywania przez pacjentów swych praw. Podam przykład pogotowia ratunkowego, które też często jest wzywane w przypadkach, w których wzywane być nie powinno.

który uznaje się za elastyczny, łatwy do odtworzenia i możliwy do kontroli. Z tych względów ma on istotne znaczenie w kontekście zarządzania jakością oddziałów ratunkowych. W Hiszpanii wdrożono system segregacji medycznej MST (*Medical Strike Team*), system Andorran (*Web_e-pat*) oraz stosowaną w pediatrii wersję kanadyjskiego systemu medycznej segregacji pacjentów. Każdy z tych systemów podlega walidacji. Organizacja *Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* (SHEMESH) oficjalnie wspiera stosowanie hiszpańskiego systemu segregacji medycznej (SET) opartego na systemie Andorran. System segregacji medycznej KARPAX znajduje się w fazie eksperymentalnej.

Szwecja

Do głównych obszarów zainteresowania w kontekście szwedzkiego systemu leczenia pacjentów w stanach nagłych należą rozwiązania usprawniające współpracę między różnymi podmiotami na ścieżce opieki zdrowotnej nad pacjentami, a także kwestia obecności lub braku lekarzy specjalistów w zakresie medycyny ratunkowej.

Szpitalne oddziały ratunkowe nie zawsze są przestrzegane jako część ogólnego procesu przepływu pacjentów, mimo iż działając w systemie całodobowym, zajmują się napływem dużej liczby pacjentów do szpitali, nie mając jednocześnie wpływu na ich odpływ. Sytuacja ta szybko prowadzi do dużego nagromadzenia pacjentów na oddziałach ratunkowych, skutkując utratą bezpieczeństwa pacjentów, nieprawidłowym środowiskiem pracy itp. W związku z tym w Szwecji musi nastąpić poprawa współpracy jednostek systemu pomocy doraźnej z pozostałymi podmiotami zarówno

w szpitalach, jak i poza nimi, w tym np. ze służbami opieki podstawowej i opieki środowiskowej.

Konieczna jest także pogłębiona debata na temat optymalnego poziomu opieki dla poszczególnych grup pacjentów. Wielu chorych może preferować leczenie w środowisku domowym, a nie w izbie przyjęć. W większym stopniu niektórzy pacjenci mogliby zostać przyjęci bezpośrednio na oddział z pominięciem etapu izby przyjęć.

Zwiększa się odsetek pacjentów próbujących skorzystać z pomocy doraźnej w stanach niezagrożających życiu, by otrzymać natychmiastową pomoc lekarską. W ich przypadku należy omówić i opracować zasady właściwej opieki, jako że nie ma wielu innych możliwości otrzymania natychmiastowej pomocy.

Liczba osób, którym udzielono pomocy doraźnej: W 2013 r. całkowita liczba takich przypadków wyniosła ok. 2,4 mln.

Liczba (odsetek) przyjęć po udzieleniu pomocy doraźnej: Średnio ok. 1/3 pacjentów w wieku 20 lat lub więcej.

Czas oczekiwania: W 2013 r. średnia długość pobytu wyniosła 2 godz. 46 min, przy czym w tym zakresie występują duże różnice pomiędzy szpitalami. Podobne różnice dotyczą czasu oczekiwania na przeprowadzenie badania przez lekarza.

Rozkład przyjęć wg kategorii wiekowej pacjentów: 20–29 lat – 15 proc., 30–39 lat – 11 proc., 40–49 lat – 12 proc., 50–59 lat – 13 proc., 60–69 lat – 16 proc., 70–79 lat – 15 proc., 80 lat lub więcej – 18 proc. W zestawieniu nie uwzględniono dzieci, jako że niektóre szpitale oferują pomoc doraźną przeznaczoną specjalnie dla tej grupy wiekowej.

Sezon: Nie zachodzą lokalne różnice o charakterze sezonowym, świątecznym itd. Szpitale szwedzkie dysponują informacjami na ten temat.

Segregacja medyczna – wdrożenie i funkcjonowanie: W większości izb przyjęć stosowane są różne systemy segregacji medycznej pacjentów. Obecnie wiele szpitali próbuje jednak ograniczyć wykorzystanie segregacji medycznej do sytuacji, gdy mają do czynienia z kolejką, a pacjenci nie mogą skorzystać z porady lekarza natychmiast.

W latach 2012–2013 Szwedzki Związek Władz Lokalnych i Regionalnych (SALAR) realizował projekt pod nazwą *Akut Förbättring* (Ostra Poprawa).

Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii w ostatnim 10-leciu można było zauważyć stale rosnące obciążenie systemu opieki zdrowotnej, szczególnie opieki doraźnej. Dostępne materiały wskazują, że taka presja wynika z kilku złożonych problemów i że nie stoi za nią jeden główny czynnik determinujący.

Opieka doraźna udzielana jest przez wiele różnych ośrodków. Dostęp do różnych form opieki doraźnej



Maciej Murkowski
ekspert rynku ochrony zdrowia

Odpowiedzią na obciążenia SOR powinien być model brytyjski. W całej Anglii praktyki lekarzy rodzinnych się integrują. I mniej

więcej na 50 tys. osób przypada ośrodek czynny całą dobę. Jest tam i lekarz, i odpowiedni personel, i sprzęt. Nadto – jest odpowiednia dokumentacja pacjenta. Lekarz, udzielając pomocy w stanach nagłych, nie musi zatem od podstaw przeprowadzać wywiadu i diagnostyki, wiele może wyczytać z dokumentacji. Zachowana jest też ciągłość opieki. Szpitalne oddziały ratunkowe nie powinny być wykorzystywane do zajmowania się banalnymi przypadkami, lecz tymi najcięższymi. W Polsce potrzebna jest zatem odbudowa sprawności i zaufania do pomocy wieczorowej i doraźnej.



Foto: iStockphoto.com

zależy od obszaru geograficznego, w którym ośrodek pomocy doraźnej jest zlokalizowany. Wyjątkiem jest Irlandia Północna, która ma wspólny system opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej. W Anglii oddziały ratunkowe (OR), nazywane także oddziałami pomocy doraźnej (OPD), znajdują się w szpitalach. W zależności od zakresu świadczonej pomocy doraźnej mogą to być oddziały pomocy doraźnej typu 1 (wiele specjalności) lub typu 2 (jedna specjalność). Wiele innych placówek, zwykle mniejszych i prowadzonych przez lekarza lub pielęgniarkę, to ośrodki zajmujące się obrażeniami lekkimi (drobne urazy), otwarte przychodnie (*walk-in centres*), ośrodki świadczące ambulatoryjną opiekę medyczną oraz inne – określa się je jako ośrodki pomocy doraźnej typu 3 lub typu 4. Mogą one stanowić część większych szpitalnych oddziałów pomocy doraźnej lub mogą być zlokalizowane w dzielnicach zamieszkałych przez daną społeczność. Znaczna część opieki doraźnej jest zarządzana przez pracowników opieki podstawowej oraz środowiskowe ośrodki pomocy. Pogotowie ratunkowe udziela pomocy pacjentom w wypadkach nagłych oraz stanowi mobilny punkt dostępu, gdy konieczne jest udzielenie pomocy pilnej.

Przez 40 lat (do lat 2006–2007) liczba pacjentów przyjętych przez oddziały pomocy doraźnej w Anglii podwoiła się (z 6,8 mln do 13,6 mln), czyli w każdym roku na każde 1000 pacjentów przyjętych przez oddziały pomocy doraźnej liczba osób, którym udzielono pomocy po raz pierwszy, wzrosła ze 138 do 267. Od tego czasu tempo wzrostu liczby osób, którym pomocy

TAKŻE W SZWECJI ZWIĘKSZA SIĘ ODSETEK

PACJENTÓW PRÓBUJĄCYCH

KORZYSTAĆ Z POMOCY DORAŻNEJ

W STANACH NIEZAGRAŻAJĄCYCH ŻYCIU

doraźnej udzieliły oddziały pomocy doraźnej typu 1, spadło – w latach 2012–2013 było ich 14,3 mln. Z kolei gwałtownie wzrosła liczba korzystających z pomocy doraźnej w ośrodkach typu 3 – w latach 2014–2015 wzrost ten wyniósł 70 proc. w porównaniu z latami 2004–2005, sięgając 7,8 mln.

Podobnie jest w Szkocji, Walii i Irlandii Północnej. W Szkocji wskaźnik pomocy doraźnej udzielonej przez przychodnie na 1000 osób jest stabilny (1998–1999/2011–2012) i nieco niższy w Walii (2000–2001/2011–2012) i Irlandii Północnej (2005–2006/2011–2012) (*The Four Health Systems of the United Kingdom: How do they compare?*, Bevan G. i wsp. – raport *The Health Foundation and The Nuffield Trust*, kwiecień 2014, Londyn, UK). Nadal trudno jednak stwierdzić, jaki jest związek przyczynowo-skutkowy między modelami opieki doraźnej a działaniem systemu.

Wiele czynników determinujących wiąże się ze zwiększoną częstotliwością korzystania z systemu opieki w sytuacjach nagłych i pilnych. Wynikają one głównie ze zmieniających się potrzeb zdrowotnych ludności oraz podejmowanych decyzji w kwestii dostępu do usług. W dostępnych materiałach można znaleźć różne informacje, które nie wskazują na jakąkolwiek silną korelację między jednym czynnikiem determinującym a ogólną zmianą popytu – wskazują raczej na wielość czynników działających jednocześnie oraz na różny sposób postrzegania ich znaczenia w zależności od lokalnych realiów. Czynniki związane ze zwiększonym korzystaniem z opieki doraźnej są następujące:

- starzenie się społeczeństwa oraz rosnąca liczba słabych, starszych ludzi. Wśród pacjentów tej grupy są zarówno osoby, które upadły, jak i osoby z bardziej złożonymi schorzeniami, które są mniej zdolne do samoopieki. Znaczna część pacjentów w tej grupie bardzo często korzysta z ośrodków pomocy doraźnej;
- deprywacja i inne czynniki społeczno-ekonomiczne, takie jak samotność i brak wsparcia społecznego, ograniczony dostęp do transportu, przynależność do mniejszości etnicznych i ograniczone zrozumienie znaczenia zapobiegawczej i podstawowej opieki zdrowotnej oraz sposobu uzyskania do niej dostępu;
- zmiany w sposobie świadczenia opieki oraz szczególnie postrzegane ograniczenie podstawowej opieki zdrowotnej. Na przykład przyjmuje się, że dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej jest możliwy tylko w określonych godzinach (od 8.00 do 17.00 lub 18.00), a ogromna liczba ludności nie jest świadoma lub po prostu nie wie, jak uzyskać dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej poza tymi godzinami. Problemem jest także ograniczenie prawa do korzystania z systemu opieki społecznej;

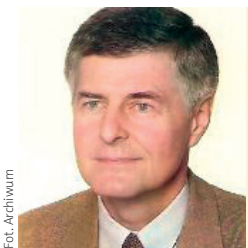
– wygoda i pewność. Pacjentom i w ogóle społeczeństwu trudno jest zrozumieć, jak działa system opieki doraźnej. Dlatego korzystają z systemu, do którego dostęp jest postrzegany jako łatwiejszy i gdzie na pomoc czeka się krócej. Pacjent często trafia tam, gdzie światła są włączone – w większości wypadków ośrodki pomocy doraźnej są jedynymi, które oferują dostęp przez całą dobę, siedem dni w tygodniu. Pacjenci, u których problemy ze zdrowiem nie pojawiają się w terminach zaplanowanych, a także ich opiekunowie cechują się dużą awersją do ryzyka. Nie mają pewności co do stanu swego zdrowia i dlatego z większym prawdopodobieństwem udadzą się po pomoc do ośrodka pomocy doraźnej niż do ośrodka udzielającego pomocy w przypadkach pilnych, szczególnie jeżeli pacjent jest dzieckiem lub osobą starszą;

– wysokie oczekiwania obywateli, zarówno jeśli chodzi o poziom, jak i dostęp do usług zdrowotnych.

Stanowiska pracowników oddziałów pomocy doraźnej i specjalistów medycyny ratunkowej: Na angielskich oddziałach pomocy doraźnej pracują osoby na stanowiskach specjalistów, specjalistów współpracujących, lekarzy, opiekunów pacjentów i lekarzy stażystów (1. i 2. rok stażu), a także pracownicy szpitala i osoby zajmujące inne stanowiska. Znaczna presja na udzielanie pomocy doraźnej wywierana jest aktualnie na specjalistów medycyny ratunkowej. Muszą oni ponadto rozwiązywać różne problemy, które są wspólne dla całej Wielkiej Brytanii, takie jak pełnienie dyżurów nocnych na oddziałach pomocy doraźnej przez lekarzy stażystów, co jest sprzeczne z ich rolą – stażyści powinni się uczyć, a nie udzielać pomocy.

W Anglii dokonywanych jest wiele analiz, a niektóre z nich mogą mieć implikacje dla całej Wielkiej Brytanii. Celem tych analiz jest zmiana modeli pomocy doraźnej oraz kategorii osób udzielających tej pomocy. W niektórych ośrodkach w całym kraju już wprowadzono niezbędne zmiany w odpowiedzi na konkretne potrzeby populacji, uwzględniając lokalnie dostępne zasoby. Ciągłe pojawiają się oraz wdrażane są nowe modele planowania zasobów kadrowych, lepiej wyposażonych i lepiej reagujących na lokalne potrzeby. Ciągłe jednak do rozwiązania pozostają pewne bariery strukturalne, konieczne są też programy motywacyjne adresowane do całego systemu, które pozwolą na szybkie wprowadzenie tych modeli na skalę odpowiednią do potrzeb.

Zgodnie z główną zasadą leżącą u podstaw różnych podejść osobą udzielającą pomocy doraźnej powinna być osoba wyszkolona w różnych zawodach medycznych, pracująca w systemie opieki zdrowotnej i społecznej. Takie stanowisko można objąć, będąc członkiem zespołu szybkiej diagnozy i leczenia pracującego pod kierunkiem lekarza specjalisty w wielu dziedzinach. W takich zespołach jest najczęściej jeden lekarz specja-



Krzysztof Czerkas
członek Rady Naczelnej
Polskiej Federacji Szpitali

Nie przesądzałbym, który model pomocy jest lepszy: wzmocnienie szpitalnych oddziałów ratunkowych czy wzmocnienie pomocy wieczorowej i doraźnej. Wiele zależy od specyfiki regionu, lokalnych potrzeb. O ile w dużych miastach pomoc wieczorowa i doraźna są niezwykle potrzebne w celu odciążenia szpitalnych izb przyjęć, o tyle w małych miejscowościach, gdzieś w Polsce powiatowej, być może bardziej opłaca się zainwestować w porządnie działający SOR z ambulatorium. Wszystko zostawiłbym decyzji czynników lokalnych. Jedno jest pewne – działać w tej sprawie trzeba szybko.

lista oraz doświadczona osoba odpowiedzialna za diagnozowanie pacjentów przyjętych na oddziały pomocy doraźnej oraz w innych newralgicznych chwilach ich leczenia. Taki model ułatwia nabycie nowych umiejętności przez wykwalifikowany personel opieki zdrowotnej, na przykład przez pielęgniarki, które mogą się zająć pacjentami z lżejszymi schorzeniami, co pozwoli specjalistom skupić się na bardziej skomplikowanych przypadkach.

Rozważa się także zmiany w stosunku do zakresu i roli usług świadczonych przez samorządy oraz pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, aby lepiej wesprzeć tradycyjne formy opieki doraźnej. Umożliwi to jednocześnie lekarzom ogólnym (odpowiednikom lekarzy rodzinnych) i innym pracownikom podstawowej opieki zdrowotnej rozwijanie umiejętności udzielania pomocy w nagłych wypadkach. Jako przykłady takiej nowej współpracy między lekarzami ogólnymi i służbami ratunkowymi można wskazać gabinety lekarzy ogólnych na oddziałach ratunkowych lub lekarzy ogólnych pracujących w zespołach multidyscyplinarnych. *Community Health Services* (środowiskowe służby zdrowia) są częścią Narodowego Systemu Zdrowia. Są organizowane w miejscu zamieszkania pacjenta lub w domu pacjenta i zaspokajają potrzeby zdrowotne i dobrobytowe lokalnej ludności. Świadczenia są różnorodne i wykonywane przez różnych specjalistów, np. udzielana jest pomoc pacjentom w powrocie do zdrowia po chorobie, prowadzone są akcje uświadamiające ukierunkowane na zapobieganie chorobom i poprawę dobrobytu. Świadczona jest też pomoc doraźna, głównie w ośrodkach zajmujących się lekkimi schorzeniami (drobnymi urazami) oraz w otwartych przychodniach. Swoją wartość mogą one podkreślać, świadcząc indywidualną i szybką pomoc doraźną, są bowiem ośrodkami szybko dostępnymi, w różnych miejscach, na przykład w szpitalach środowiskowych. Odgrywają ogromną rolę jako ośrodki profilaktyczne i uczące, jak unikać obrażeń czy schorzeń (ale nie leczące), które z reguły lokalna populacja traktuje jako przypadki wymagające doraźnej pomocy medycznej.

Jak wcześniej wspomniano, droga do medycznej pomocy doraźnej w Anglii jest nadal dość rozdrobniona – chociaż jest wiele punktów dostępu, pacjenci mają problemy z uzyskaniem pomocy doraźnej. Opcją domyślną w przypadku pomocy doraźnej są ciągle oddziały pomocy doraźnej lub oddziały ratunkowe i dlatego ważne jest wprowadzenie odpowiednich modeli segregacji medycznej, umożliwiających płynny przepływ pacjentów w szpitalu lub szybkie kierowanie do specjalistów pozaszpitalnych.

W ośrodkach medycznych stosuje się szereg różnych modeli segregacji medycznej. Niektóre z nich zakładają udział lekarza ogólnego, którego gabinet znajduje się „przy drzwiach” oddziałów pomocy doraźnej lub oddziałów ratunkowych. W większości pozostałych przy-



Fot. iStockphoto.com

**PACJENT CZĘSTO TRAFIA TAM,
GDZIE ŚWIATŁA SĄ WŁĄCZONE –
W WIĘKSZOŚCI WYPADKÓW
OŚRODKI POMOCY DORAŻNEJ
SĄ JEDYNYMI, KTÓRE OFERUJĄ
DOSTĘP PRZEZ CAŁĄ DOBĘ**

padków osobą pierwszego kontaktu jest pielęgniarka, która dokonuje wstępnej oceny (diagnozy) zgłaszających się pacjentów.

Studium przypadku

South Warwickshire NHS Foundation Trust

Podjęte działania: Po przejściu lokalnych środowiskowych ośrodków zdrowia w 2011 r. *South Warwickshire NHS Foundation Trust* powołał środowiskowy zespół pomocy doraźnej, odchodząc od łóżkowego modelu opieki i przyjmując mieszany model opieki środowiskowej. Konieczne były inwestycje w lokalnie dostępne zasoby, wyjęcie oddziałów szpitalnych spod

W SOUTH WARWICKSHIRE DOSTĘPNY

JEST ZESPÓŁ PIELEŃNIARSKI

ZAPEWNIAJĄCY „SZPITAL W DOMU”.

POMAGA ON PACJENTOM,

KTÓRYCH ODEŚLANO DO DOMÓW

PO POBYCIE W SZPITALU

władzy samorządów i opieki socjalnej, wkład samorządów w oddziały ratunkowe, nowy model wypisywania ze szpitala (wypis w celu oceny stanu zdrowia) oraz wprowadzenie siedmiodniowego systemu opieki.

Cele i wyniki: Takie mieszane podejście okazało się korzystne – zmniejszono presję wywieraną na oddziały pomocy doraźnej, poprawiono zarządzanie popytem na opiekę doraźną. Model wypisu w celu oceny okazał się nadzwyczaj korzystny – uczestniczą w nim pracownicy świadczący opiekę zdrowotną i socjalną, co zwiększa opcje dostępu pacjentów do służby zdrowia (uzależnione od potrzeb pacjenta w chwili wypisu). Dzięki temu lepiej rozumie się i łatwiej można zarządzać ryzykiem. Wczesne oceny modelu wskazują na jego pozytywny wpływ na zmniejszenie kosztów, lepszy przepływ pacjentów oraz poprawę jakości.

Narzędzia wdrożeniowe: Trust przyjął model zasobów ludzkich, który reaguje na potrzeby lokalnej ludności – pięć dni w tygodniu do dyspozycji pacjentów jest specjalista ds. opieki nad osobami starszymi, który podejmuje decyzje o przyjęciach doraźnych. Lokalna populacja składa się z dużej liczby osób słabych i starszych. Łącznikiem między opieką podstawową a specjalistyczną są osoby pełniące nowe funkcje, np. pielęgniarki medyczne. Modele „zobacz i lecz” są uzupełniane dostępem do lekarzy ogólnych w przypadku tych pacjentów, którzy przechodzą selekcję medyczną i nie potrzebują opieki specjalistycznej. Wykorzystanie jednego elektronicznego narzędzia oceny jest wsparciem dla pracowników „pierwszej linii” pracujących w różnych miejscach, pomaga im wspólnie zarządzać popytem i ogranicza powtarzanie tych samych czynności przez różne zespoły i agencje.

Uzyskane wyniki: Takie elastyczne i efektywne podejście, koncentrujące się na integracji opieki pierwszego kontaktu, poprawia wyniki i przyczynia się do zmniejszenia liczby przyjęć na oddziały pomocy doraźnej oraz przyjęć nieplanowanych. *Kent Community Health* i inne organizacje mogą śródk okresowo przejść na dalszą integrację ze wspólnymi rolami i mianowaniem, wspólną odpowiedzialnością, wspólnymi szkoleniami oraz wspólnymi zgromadzonymi zasobami.

Multidyscyplinarne oddziały pomocy doraźnej w Oxfordshire

Cele i podjęte działania: Multidyscyplinarny oddział pomocy doraźnej w *Abingdon Community Hospital (Oxford Health NHS Foundation Trust)* jest innowacyjnym rozwiązaniem w opiece zdrowotnej. Został opracowany w celu sprostania pilnym potrzebom diagnozowania i leczenia pacjentów cierpiących na liczne, często złożone schorzenia. Wielu z nich to osoby słabe i zaawansowane wiekowo. Oddział zapewnia wszechstronną ocenę (diagnozę) opieki medycznej, pielęgniarskiej, terapeutycznej i socjalnej. Wykorzystywana jest nowoczesna technologia diagnostyczna w punktach świadczenia pomocy, dzięki której wyniki badań są dostępne w ciągu kilku minut od przybycia pacjenta.

Narzędzia wdrożeniowe: Multidyscyplinarne zespoły zlokalizowane na multidyscyplinarnych oddziałach pomocy doraźnej (ratunkowych) zapewniają wszechstronną ocenę, diagnostykę stanów chorobowych wymagających pilnego leczenia oraz plan leczenia wspomagany stałą opieką nad pacjentami i wsparciem kierowanym do osób sprawujących opiekę podczas choroby, bez konieczności przyjmowania pacjentów wymagających opieki doraźnej do szpitala. Mieszcący się w szpitalu środowiskowym multidyscyplinarny oddział pomocy doraźnej szybko ocenia (diagnozuje) każdego pacjenta po jego pierwszym kontakcie z pracownikiem służby zdrowia (na przykład lekarzem ogólnym, pielęgniarką środowiskową lub ratownikiem medycznym), który uważa, że potrzebna jest dalsza ocena. Multidyscyplinarny oddział pomocy doraźnej ma pięć łóżek szpitalnych dla pacjentów, którzy muszą być zatrzymani na maksymalnie 72 godziny. Dostępny jest także zespół pielęgniarski zapewniający „szpital w domu”. Pomaga on pacjentom, których odesłano do domów, gdzie odzyskują siły po pobycie w szpitalu. Według wewnętrznego audytu, 65% pacjentów diagnozowanych przez oddział jest w stanie pozostać we własnym domu i tylko 17% chorych wymaga hospitalizacji.

Uzyskane wyniki: Oryginalny model oraz realizacja opieki to wynik pracy Departamentu Podstawowej Opieki Zdrowotnej na Uniwersytecie Oksfordzkim, *Oxford Health NHS Foundation Trust*, *Oxford University Hospitals NHS Trust* i Rady Hrabstwa Oxfordshire. Ich sukces jest wynikiem współpracy i integracji wszystkich, którzy świadczą usługi ochrony zdrowia – akademików i klinicystów, oddziałów chorób ciężkich i szpitali środowiskowych, służby zdrowia i służby socjalnej. Od początku w opracowanie systemu byli zaangażowani lekarze ogólni z South Oxfordshire, którzy cały czas otrzymywali wsparcie grupy *Oxford Clinical Commissioning Group*. Grupa jest obecnie odpowiedzialna za wprowadzenie multidyscyplinarnego oddziału pomocy doraźnej w Abingdon. Model jest obecnie wprowadzany w innych szpitalach środowiskowych w całym hrabstwie Oksford.

Opracował Jarostaw J. Fedorowski