



Fot. Alan Rogerson/ImageZoo/Corbis

To bólączka nie tylko Polski – w całej Europie lawinowo wzrasta liczba świadczeń udzielanych przez szpitalne oddziały ratunkowe. Niby wszędzie jest pomoc wieczorowa czy doraźna, a jednak... bez SOR nie da rady.

I dzieje się tak, mimo że wizyta na szpitalnym oddziale ratunkowym wcale nie należy do łatwych i wymaga od pacjenta cierpliwości i kondycji. Zdarza się, że na pomoc trzeba czekać kilka, a nawet kilkanaście godzin na krzeselku w izbie przyjęć. Każdemu, kto to przeżył – a spotkało to przecież większość Polaków: z urazem, chorych, ze skierowaniem w kieszeni lub bez – włos się jeży na głowie na samo wspomnienie. Dlaczego więc mimo tych utrudnień i niedogodności decydujemy się na stanie w wielogodzinnych kolejkach?

Trudno się oprzeć wrażeniu, że powodem są poważne niedomogi modelu pomocy doraźnej i wieczorowej. Niby ona funkcjonuje, ale na ogół jej działanie sprowadza się do funkcjonowania kilku gabinetów lekarskich ze słabym zapleczem sprzętowym. Potrzebna pilna konsultacja ze specjalistą? Specjalisty w placówce pomocy doraźnej nie ma. Trzeba odesłać na SOR. Potrzebna bardziej skomplikowana diagnostyka? Sprzętu nie ma. Trzeba odesłać na SOR. W ten sposób pomoc doraźna zamiast rozwiązywać problemy na miejscu – generuje nowych pacjentów SOR.

Nie trzeba dodawać, że taka praktyka zrodziła głębokie przekonanie pacjentów, że wizyta w placówce pomocy doraźnej czy wieczorowej to strata czasu, bo i tak trzeba będzie pojechać do szpitala i odstać swoje w poczekalni izby przyjęć.

Jak rozwiązać ten problem? Są dwie koncepcje. Pierwsza zakłada, że z obowiązującym trendem, jakim jest moda na SOR, należy się pogodzić. Czyli nie rozbudowywać centrów pomocy doraźnej czy wieczorowej – ba, wręcz je likwidować. Uzyskane rezerwy finansowe i kadrowe przeznaczyć na rozbudowę SOR, a ściślej ich segmentów preselekcyjnych, by w przyszpitalnych ambulatoriach dokonywać segregacji chorych na tych poszkodowanych mniej lub bardziej. Pierwszych po udzieleniu pomocy odsyłać do domu, a drugich kierować na SOR właściwy.

Jest też postulat odwrotny: takie wzmocnienie pomocy doraźnej i wieczorowej, by odzyskała swój właściwy sens. By pacjenci uwierzyli, że uzyskają tam skuteczną pomoc bez odsyłania do szpitala. Wymagałoby to zrewolucjonizowania systemu pomocy po godzinach urzędowania POZ, być może wydłużenia czasu pracy lekarzy rodzinnych.

Czy Polskę stać na takie rozbudowanie pomocy doraźnej? Dotychczasowe doświadczenia i obserwacje wskazują, że raczej nie. Za mało kadr, za słaba wycena pomocy, zbyt wielkie zapotrzebowanie na inwestycje w sprzęt. Na kolejnych stronach „Menedżera Zdrowia” prezentujemy, jak sobie z tym problemem radzą inne kraje europejskie.

Redakcja