

CHILDREN'S EMERGENCY DEPARTMENTS WORK ORGANISATION: THE ASSUMPTIONS AND REALITY

Waldemar Tyrek

MD, PhD, Polonia University in Czestochowa, e-mail: zdrowiuwtyrek@o2.pl, Poland

Michał Tyrek

student of V year, 1st Faculty of Medicine, Medical University of Warsaw,

e-mail: mmtyrek@gmail.com, Poland

Magdalena Sejder

MD, Regional Specialist Hospital in Czestochowa Department of Radiology,

e-mail: magdalenasejder@gmail.com, Poland

Abstract. ED (Emergency Department) also known as A&E (Accident & Emergency Department) or ER (Emergency Room) is a highly specialised and well equipped medical facility within a hospital which, in assumptions, should provide every needed medical help to the most injured patients and all those whose condition do not allow to wait. Doctors who work in ED should be well educated, experienced and have the ability to work under high pressure but they also should be provided with every work comfort such as equipment, well trained personnel, resting place and time to make a decision that could save someone's life.

Unfortunately, reality is different. How does it look in real life? Lots of paperwork, staff shortage, complying patients who try to force their unfounded demands and lack of time to think and sleep. This is an everyday work in ED. Also, constantly rising number of lawsuits and full responsibility for every action and medical records make this job extremely difficult and demanding. Are there any actions to take to improve work of Emergency Departments? Does the solution for such a problem exist? There are many questions to ask. In this article the authors give a brief view to a matter with a space to consider.

Keywords: ED/A&E/ER – Emergency Department/ Accident & Emergency Department/ Emergency Room, present situation, proposed changes, questions

DOI: <http://dx.doi.org/10.23856/1906>

Wstęp

SOR- Szpitalny Oddział Ratunkowy - jak wskazuje nazwa u podstaw organizacji SOR było założenie, że oddział ten będzie udzielał świadczeń w zakresie nagłych, zagrażających życiu zdarzeniach zdrowotnych. Praca zatrudnionego w SOR personelu z pełną uwagą i skupieniem miała być ukierunkowana na nagłą wysokospecjalistyczną pomoc medyczną. Nie bez znaczenia jest tutaj podkreślenie znaczenia pracy w skupieniu i spokoju ponieważ SOR jest miejscem gdzie decyzje należy w większości przypadków podejmować natychmiast, nagle i nie można popełnić przy ich podjęciu błędów, ponieważ są one najczęściej nieodwracalne lub błędne przynoszą niepożądane poważne następstwa.

W znacznej liczbie przypadków do SOR trafiać powinni pacjenci z wypadków komunikacyjnych, wypadków z udziałem maszyn rolniczych lub wręcz katastrof zbiorowych. Są to więc pacjenci z urazami wielonarządowymi wymagającymi wielospecjalistycznej pomocy medycznej w tym operacyjnej. W gotowości dla przyjęcia i leczenia pacjentów z tego

rodzajami obrażeń obok wyszkolonego /ponad przeciętną/ personelupozostajetakże w pełnej gotowości bardzo drogispzęt,całe zaplecze medyczne i logistyczne szpitala /w tym sale operacyjne, stanowiska intensywnej terapii medycznej i transport sanitarny/.

Praca i organizacja SOR została w założeniu zaplanowana takby w możliwie krótkim czasie móc udzielić pomocy wszystkim potrzebującym. W tym celu został między innymi opracowany system START. Służy on do segregacji chorych /poszkodowanych/ pod względem ciężkości obrażeń /stanów/ poprzez nadawanie chorym odpowiedniego koloru – a zatem służy do ustalania priorytetu przyjęcia/Triage/. System ten w niewielkiej modyfikacji obowiązuje na wszystkich Oddziałach Ratunkowych oznaczając chorym kolejności czas przyjęcia. Kolor czerwony oznacza najwyższy priorytet – przyjęcie natychmiastowe, kolor żółty – przyjęcie pilne, kolor zielony – tryb odroczoney – oczekiwanie w godzinach. Dokonanie oceny wstępnej stanu zdrowia pacjenta w zdecydowany sposób ukierunkowuje, usprawnia sposób udzielania świadczeń i nadaje tym samym uporządkowanie w podejmowaniu decyzji, ustaleniu bezbłędnych rozpoznań i planowaniu leczenia. Należy podkreślić jeszcze jeden bardzo ważny aspekt pracy personelu Oddziału Ratunkowego, od którego zależy zdrowie i poprawność prowadzenia procesu leczenia pacjentów – to prowadzenie dokumentacji medycznej. Na ten proces należy spojrzeć z bardzo dużą uwagą szczególnie dlatego, że każdy etap diagnostyki i leczenia pacjenta odbywa się w różnych obszarach SOR i jest on prowadzony i nadzorowany przez różny personel Oddziału Ratunkowego. Błąd w dokumentacji pacjenta na którymkolwiek etapie leczenia może skutkować zamianą badań, diagnoz lub wręcz udzieleniem pacjentowi odmiennego od wymaganego świadczenia leczniczego /dotyczyć może np. niewłaściwej strony występowania objawów/. Aspekt ten należy rozważać mając na uwadze, że często mamy do czynienia z pacjentem nieprzytomnym lub z dzieckiem bez współpracy. Należy uwzględnić także bardzo ważne elementy pracy w Oddziale Ratunkowym- stres, gotowości ciągła presja podejmowania decyzji. Praca personelu SOR, szczególnie długo współpracującego zespołu, wyrabia pewien automatyzm i standaryzację zachowań i wykonywanych czynności. Praca w takim zespole oparta jest na wzajemnym zaufaniu, wzajemnym zrozumieniu i pomocy. Kontakt z pacjentem i jego rodziną musi być uprzejmy, zrozumiały, wysoce profesjonalny i wzbudzający zaufanie. Personel musi wykazywać empatię, troskę, spokój i opanowanie, /czego oczekują a wręcz wymagają pacjenci i ich rodziny/ Obraz tak profesjonalnie pracującego Oddziału Ratunkowego utrwalany jest w szeroko rozpowszechnionych mediach społecznościowych, popularnych programach telewizyjnych czy serialach i utrwała się w społeczeństwie jako obraz pożądany, wzorcowy i wymagany. Jest to obraz iluzoryczny wręcz fantastyczny, w którym równocześnie w SOR znajduje się najwyżej trzech pacjentów, którymi zajmuje się co najmniej trzech lub czterech lekarzy i około pięciu pielęgniarek. Chorzy w tych obrazach najczęściej wymagają nagłej uzasadnionej pomocy, a otoczenie chorego jest uprzejme, współpracuje z zespołem SOR, jest wyrozumiałe i stosuje się do poleceń.

A jak wygląda rzeczywistość ?

W lawinowym wręcz tempie rośnie liczba skargi tym samym liczba niezadowolonych pacjentów z udzielonych im świadczeń w SOR. Zdziwienie personelu budzi fakt, że zażalenia wpływają nawet od tych rodziców, którzy z Oddziału Ratunkowego wychodzą pozornie zadowoleni z diagnostyki i leczenia ich dzieci. Lecz następnie, dalsze, często długotrwałe leczenie wywołuje u nich zmęczenie, niezadowolenie i chęć zrzucenia odpowiedzialności na któryś z wcześniejszych etapów diagnostycznych. Taka postawa rodziców jest szczególnie widoczna w tych wypadkach, do których pośrednio przyczynili się sami rodzice lub

opiekunowie przez nieuwagę lub brak wyobraźni np. w oparzeniach u dzieci. Tutaj występuje wyraźny syndrom przetrucenia odpowiedzialności zaistniały wypadek. Zastępczo rodzice okazują wtedy wysoki poziom nadopiekuńczości, szczególnie w zakresie reakcji na każdą czynność personelu lub jej brak. W tych przypadkach deficyt potrzeb świadczeń medycznych dla oparzonego dziecka w oczekiwaniu rodziców jest znacznie większy od otrzymywanego, a otrzymywany jest odbierany jako niestaranny i niewystarczający.

Coraz częściej organizacje lekarskie i pielęgniarskie wychodząc naprzeciw potrzebom Oddziałów Ratunkowych organizują szkolenia i prelekcje z zakresu zachowań interpersonalnych. Roszczeniowa postawa rodziców bardzo często towarzyszy już pierwszemu kontaktowi z personelem medycznym. Postawa ta często podyktowana jest już pierwotnie złym nastawieniem rodziców wynikającym z ogólnie utrwalonej złej opinii o służbie zdrowia, albo rzekomo złym doświadczeniem „znajomych”. Bardzo często obraz SOR promowany w programach telewizyjnych mija się z rzeczywistym, zastany na miejscu obrazem SOR co powoduje irytację i zniecierpliwienie. Zamiast pustej poczekalni i trzech pacjentów jest tu tłum oczekujących. Dzieci przebywają w Oddziałach Ratunkowych wraz z rodzicami, dziadkami i bliskimi co powoduje gwar, tłok, chaos i wzmacnia jeszcze stan napięcia oczekujących. Tak ogromna liczba dzieci wymagających zbadania przy coraz skromniejszej obsadzie personelu / z powodów ekonomicznych i bardziej jeszcze niedoboru kadr / powoduje wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie. Nadal panuje wśród rodziców przekonanie, że w SOR podobnie jak w przychodniach rejonowych o czasie przyjęcia decyduje kolejność przybycia do SOR, a nie pilność udzielenia pomocy. Ten zwyczaj jest tak dalece utrwalony, że jest on powodem sporów i agresywności rodziców nawet w stosunku do zespołów ratunkowych przywożących chorych z poważnymi urazami wypadkowymi. Rodzice ignorują całkowicie oznaczenia kolorów nadawane przy rejestracji nie przyjmując do wiadomości okresu oczekiwania, domagając się przyjęcia natychmiastowego poprzez krzyk, awanturowanie się i zastraszanie personelu / najczęściej telewizją lub prasą / . Oczekiwanie bywa bardzo częstą przyczyną awantur. Rodzice na co dzień pracujący do godzin wieczornych poszukują w SOR miejsca do uzyskania pomocy w najdrobniejszych schorzeniach swoich dzieci po to aby ominąć kolejki w przychodniach rejonowych lub po prostu nie chcą absencji w swojej pracy zawodowej w dniu następnym. Liczne doświadczenia różnych Oddziałów Ratunkowych potwierdzają te zachowania rodziców. Z takim nastawieniem, zmęczeni po pracy rodzice chcą aby ich dziecku pomoc była udzielona natychmiast, szybko, bez oczekiwania w kolejce. W takiej atmosferze udzielania świadczeń wystarczy, że personel okaże zmęczenie lub udzieli niezadawalającej wypowiedzi lub skieruje pacjenta do leczenia w przychodni rejonowej / a rodzic właśnie tego chce uniknąć / i już staje się to powodem nieporozumienia awantury lub odgrążania się personelowi. Udzielanie pomocy przez personel medyczny w tak narastającym napięciu staje się powodem dezorganizacji pracy, rozkojarzenia, zdenerwowania i może stać się powodem błędów. Coraz większa liczba personelu rezygnuje z pracy w Oddziałach Ratunkowych, przez co obsada dyżurów lekarskich w SOR staje się coraz bardziej utrudniona. Wiele Oddziałów Ratunkowych poszukuje lekarzy w ogłoszeniach w całej Polsce, a przyjmowani do pracy lekarze mają coraz mniejsze doświadczenie i kwalifikacje. Obecnie obowiązujące przepisy uniemożliwiają odmowy udzielenia świadczenia pacjentowi nawet w najbardziej błahym zachorowaniu, a przypadki wizyty w SOR z okresowym bólem stopy trwającym od dwóch tygodni lub urazem palca z przed dwóch dni są nagminne. Mimo funkcjonowania przychodni rejonowych i nocnych to i tak SOR Dziecięcy jest głównym miejscem usuwania kleszczy. Utrudniony dostęp do specjalistów zmusza rodziców do omijania systemu - rodzice posiadają skierowanie dla dziecka do specjalisty od lekarza POZ,

ale nie zgłaszają się do poradni specjalistycznej. Zgłaszają się do SOR ukrywając skierowanie i podając nieprawdziwe okoliczności urazu /jako świeży uraz, a nie sprzed tygodnia/ wymuszając tym samym przyjęcie przez lekarza. Często ukrywają nawet uprzednio wykonane badania diagnostyczne aby uzyskać świeże wyniki z zamiarem sprawdzenia poprawności wcześniej postawionej diagnozy. W myśl obowiązujących przepisów lekarz ma obowiązek przebadać każdego pacjenta, który zgłasza się do SOR i mimo dokonanej wstępnej segregacji negatywnej przez ratownika medycznego, ocenie schorzeń przez wykwalifikowaną pielęgniarkę i kwalifikacji ich do leczenia w przychodni rejonowej jako drobne urazy, rodzice i tak domagają się badania lekarskiego. Taki stan rzeczy powoduje konieczność ponadnormatywnego obciążania pracą lekarza SOR, który w ciągu dyżuru musi przyjąć około 60-70 pacjentów. To bardzo duże obciążenie pracą powodujące nadmierne zmęczenie co radykalnie zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia błędu.

Biorąc pod uwagę rozdźwięk między założeniami, a rzeczywistym funkcjonowaniem SOR wydaje się nieodzowne dokonanie zmian w funkcjonowaniu systemu udzielania świadczeń w Oddziałach Ratunkowych i nasuwają się podstawowe pytania kierunkowe :

Czy Oddziały Ratunkowe - wysokospecjalistyczne, kosztochłonne oddziały nie przejęły czasem roli całodobowych, bardzo drogiej przychodni opłacanych ryczałtowo przez NFZ?

Czy Oddziały Ratunkowe- wysokospecjalistyczne, kosztochłonne oddziały są jeszcze nadal wysokospecjalistyczne, skoro z powodu braku kadr zatrudnia się w nich personel o coraz mniejszym doświadczeniu zawodowym i często nie spełniający wymogów kwalifikacyjnych takiego oddziału?

Czy Oddziały Ratunkowe- wysokospecjalistyczne, kosztochłonne oddziały nie powinny udzielać świadczeń tylko z zakresu medycyny ratunkowej i leczyć pacjentów tylko otrzymujących w segregacji wstępnej miano przypadków nagłych i pilnych ?

Czy nie wystarczyłoby przywrócić całodobowych Szpitalnych Izb Przyjęć zamiast Nocnych Przychodni Rejonowych, które i tak nie udzielają świadczeń specjalistycznych i po badaniu wstępnym ograniczają swoje działania tylko do wypisania skierowania do SOR?