Pan Pielęgniarka

SOR – to jest [redacted] dramat

Pan Pielęgniarka

SOR – to jest dramat

SOR – to jest dramat
Mateusz Sieradzan

Redakcja i korekta:
Agnieszka Fijałkowska-Żydok

Skład:
Studio Grafpa | grafpa.pl

Zdjęcia:
Tomasz Tołłoczko, Mateusz Sieradzan

Okładka, grafika, layout:
Jan Lipiński | janlipinski.com

Wydawnictwo *POCZEKALNIA*

panpielegniarka.pl
facebook.com/panpielegniarka

ISBN 978-83-955793-1-8

Wszystkie prawa zastrzeżone.
Mateusz Sieradzan, Warszawa 2019

Dziękuję świetnym pielęgniarzom,
Pawłowi Wittowi i Maciejowi Latosowi,
za wsparcie przy powstawaniu tej książki.

Dziękuję mojej żonie Ani,
bez której absolutnie nic by się nie wydarzyło.

Zamiast wstępu

Zamiast wstępu

Do napisania tej książki namówili mnie znajomi, po tym, jak zacząłem wrzucać na Facebooka posty z życia pielęgniarki na oddziale ratunkowym. Niechętnie się za to brałem, bo żaden ze mnie wybitny znawca ani ekspert ratownictwa medycznego. Wszystkie dokumenty, ustawy i aspekty prawne naszego zawodu znam tylko w takim stopniu, by pracować bezpiecznie. Nie mam kosmicznego stażu pracy, bo dyplom ratownika medycznego uzyskałem w 2012, a pielęgniarki w 2014 roku. Własnego zawodu ciągle się uczę i (mam nadzieję) nigdy nie uznam, że wiem już o nim wszystko…

Jest jednak kilka powodów, które mnie przekonały. Kiedyś po dyżurze zastanawiałem się, co mnie najbardziej męczy w pracy z pacjentem. Doszedłem do wniosku, że awantury. Zacząłem więc kombinować, skąd się awantury biorą. Przyczyn jest zapewne kilka, ale główna z nich to brak informacji. Pacjent nie wie, co, jak i dlaczego się dzieje. Nie wie, kto jest kim, jakie są zadania SOR-u i poszczególnych pracowników. Umówmy się też, że powód, dla którego pacjent wybrał się do nas, sam w sobie jest stresogenny. W efekcie całe napięcie i frustracja są wyładowywane na nas. Na personelu. Mam nadzieję, że ta książka pozwoli pacjentom trochę zrozumieć, co, jak i dlaczego. Po drugie: podobno jako ratownik medyczny

i pielęgniarz z ciekawej perspektywy przedstawiam to, co widzę na oddziale, a przecież SOR nie należy do miejsc, które każdy z Was ogląda codziennie. Po trzecie: dużo się mówi o pacjencie, o jego komforcie, o tym, że jest podmiotem. To wszystko prawda, przy czym rzadko kto pamięta, że na SOR-ze nie pracują bezrefleksyjne maszyny. My też mamy swoje przemyślenia, swoje emocje, ale o nich nikt nigdzie nie mówi, a czasami wręcz odmawia się nam do nich prawa, bo „trzeba być profesjonalistą", bo „inaczej nie nadajesz się do tej pracy". A gdy jesteśmy nieczuli, aroganccy, nieprzyjemni, to nikt się nie zastanawia, z czego to wynika.

Kolejny powód powstania tej książki jest taki: w ostatnim czasie wyszło kilka bardzo dobrych tekstów-reportaży opowiadających o polskim ratownictwie. Każdy z nich wiernie oddaje realia naszej pracy, ale (o ile mi wiadomo) żaden nie został napisany przez osobę ze środowiska. W przypadku tej książki jest inaczej – wszystkie opisywane przeze mnie sytuacje wydarzyły się naprawdę. W większości z nich sam brałem udział, a pozostałe to np. relacje kolegów, którzy schodzili z dyżuru nocnego i przekazywali mi pacjentów. W ratownictwie medycznym znane są pewne niepisane zasady. Jedna z nich głosi, że twój kumpel zawsze ma do opowiedzenia ciekawszą historię z dyżuru niż ty, i ja się z tym całkowicie zgadzam. Zapytajcie jakiegokolwiek medyka, na pewno opowie Wam coś jeszcze lepszego niż ja. Zapytajcie moich koleżanek, które spędziły całe lata w pogotowiu, na izbach przyjęć. Moje historie przy ich opowieściach to nudy.

Jestem pielęgniarkiem i ratownikiem medycznym, więc na tych dwóch grupach zawodowych się skupię, bo choć na SOR-ze leczy lekarz, to jednak od nas zależy baaardzo wiele… Bardzo. Traficie w książce na trochę slangu, trochę branżowego bełkotu, będzie czasem śmiesznie, a czasem strasznie i obleśnie. „Prze-

kleiłem" tu też sporo postów z mojego bloga „Pan Pielęgniarka". Może ktoś nie czytał, a one dość zwięźle opisują zwykły dzień na SOR-ze. W książce są one wyróżnione i stanowią osobną narrację, luźno powiązaną z treścią rozdziału.

Nie będę się rozwodził nad sytuacją finansową, kadrową, polityczną SOR-u, ani nad zdarzającymi się tu krwawymi czy tragicznymi przypadkami. Mnóstwo takich rzeczy znajdziecie w innych tekstach. Nie ogłaszam też żadnych prawd objawionych. Wielu moich kolegów – o ile przeczytają tę książkę – pewnie się ze mną nie zgodzi w różnych kwestiach, ale wielu zapewne mi przytaknie. To będą moje prywatne spostrzeżenia na temat naszej pracy. Tych z Was, którzy poczują się zaniepokojeni, czy przypadkiem nie łamię tajemnicy zawodowej, uspokajam, że dopóki nie są ujawniane dane umożliwiające identyfikację pacjenta, to wszystko jest OK, a ja zmieniam czas, imiona, płeć, i to nie tylko pacjentów, ale też moich współpracowników. Nie da się opowiadać o SOR-ze, nie opowiadając o pacjentach. Chcę, żeby to, co opisuję, było prawdziwe, bez konfabulacji, a jak się pewnie domyślacie, my – personel medyczny – zachowujemy się różnie w tych ekstremalnych chwilach, jakie nas spotykają w pracy. Niestety, nie zawsze chwalebnie…

Opisane w książce sytuacje wydarzyły się na czterech SOR-ach, na których spędziłem najwięcej czasu w okresie studiów i pracy zawodowej. Uprzedzam, że to nie jest książka dla medyków* zajmujących się ratownictwem. Oni to wszystko znają z codziennej praktyki. Adresuję moje przemyślenia do tych z Was, którzy nie wiedzą, co jest za zamkniętymi drzwiami oddzielającymi poczekalnię od sal zabiegowych, obserwacyjnych, reanimacyjnych.

* W całej książce używam słowa „medyk" w odniesieniu do wszystkich przedstawicieli zawodów medycznych, tak jak się przyjęło w naszym środowisku.

Chcę, żebyście mogli na spokojnie, w kontrolowanych warunkach, dowiedzieć się, co i dlaczego, zobaczyć pacjentów oraz zrozumieć nas, pracowników. Chcę Was zaprowadzić do źródeł naszej frustracji…

Boże, jaki patos… „Będę Wergiliuszem, oprowadzającym Was po kręgach SOR-owskiego PIEKŁA!!!" Już widzę jednego z moich kumpli, który na te słowa podnosi wzrok znad telefonu, zaciąga się fajkiem na podjeździe dla karetek i, wypuszczając dym, mówi: „Tylko się nie zesraj tą zaszczytną funkcją, Wergiliuszu… A tak w ogóle, to twoja pacjentka z trzeciego łóżka sfajdała się po pachy, więc może skończ już się podniecać i weź się za robotę".

.....

— Pani Helena? Zapraszam.
Z tłumu w poczekalni wstaje około 50-letnia pani i razem ze mną przechodzi przez prawie stale zamknięte drzwi SOR-u. Wchodzimy do gabinetu.
— Proszę siadać. Słucham: co panią sprowadza w nasze progi?
— Panie doktorze…
— Nie jestem doktorem, tylko pielęgniarzem, ale to teraz nieistotne, proszę mówić…
— No dobrze… Wszystko jedno… Chodzi o to, że boli mnie kostka, o tu…
Podwija nogawkę i pokazuje mi zupełnie normalnie wyglądający fragment ludzkiej kończyny dolnej.
— No dobrze, ale był jakiś uraz? Przewróciła się pani? Źle stanęła czy coś?
— Tak. Jak byłam na działce, to niosłam koszyk z drewnem i się potknęłam, i teraz mnie boli.

Sprawdziłem parametry życiowe: ciśnienie, tętno, temperaturę, saturację krwi; oceniłem przytomność w skali Glasgow.

— A proszę powiedzieć: kiedy to było?

— Dwa tygodnie temu.

— I dzisiaj zgłasza się pani z tym na oddział ratunkowy???

Kobieta osłupiała, jakbym zapytał o coś oczywistego…

— Ale przecież mnie boli!

— Rozumiem, tylko czy pani wie, do czego służy oddział ratunkowy? My tu przyjmujemy pacjentów w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Zawały, krwawienia, ofiary wypadków. Ortopedzi tu zaopatrują świeże złamania, amputacje. Dla takich pacjentów jest przeznaczony oddział ratunkowy. Gdyby zgłosiła się pani w dniu urazu, to byłaby inna rozmowa, ale skoro dwa tygodnie po urazie przychodzi tu pani na własnych nogach, to znaczy, że nie jest to uraz zagrażający zdrowiu lub życiu i spokojnie poradzi sobie z nim lekarz pierwszego kontaktu. Była pani w przychodni?

— Nie byłam…

— Gdyby pani tam jednak poszła, to lekarz rozpocząłby jakieś leczenie, może zlecił rentgeny, skierował do poradni ortopedycznej, może w wyniku tej diagnostyki skierował do szpitala, a tak będzie pani siedziała u nas godzinami, czekając na ortopedę. On teraz konsultuje pacjenta, który spadł z rusztowania, a ma jeszcze dziesięć osób nieobejrzanych, ze świeżymi urazami.

— Szkoda, że o tym nie pomyślałam. Wie pan, dałam radę chodzić z tym dwa tygodnie, to jeszcze wytrzymam i pójdę jutro do przychodni. Nie będę wam tu zawracać głowy, bo i tak macie sporo roboty, poza tym są bardziej potrzebujący ode mnie. Do widzenia.

TAK NAPRAWDĘ TO NIE!!! (cytując youtube'owego klasyka). Wiecie, jak to było? Cofnijmy się o kilka linijek:

— Była pani z tym w przychodni?

— Panie! W jakiej przychodni? Co mi lekarz z przychodni pomoże na ból nogi?? Każe smarować Altacetem i da skierowanie do ortopedy! Wie pan, jakie są terminy w poradni ortopedycznej? Na za trzy miesiące! Ostatnio, jak byłam, to nawet nie oglądał, tylko powiedział, że mam iść na SOR.

— Z jednej strony panią rozumiem, bo zderzyła się pani z niewydolnością przychodni, więc szuka pani pomocy gdziekolwiek, ale z drugiej strony – SOR to nie oddział dla pani, bo nie jest pani w ciężkim stanie, a te dolegliwości trwają już dłuższy czas i, choć są uciążliwe, nie kwalifikują się do konsultacji „na ostro".

— Czyli co?! Nie przyjmiecie mnie?!

— Oczywiście, że przyjmiemy, lekarz panią zdiagnozuje, zaproponuje leczenie itd., ale dopiero gdy przyjmie pilniejszych pacjentów, którzy przyszli tu przed panią albo jeszcze przyjdą. Tu o kolejności przyjęcia nie decyduje numerek w kolejce, tylko realny stan pacjenta.

— To ile będę czekać?

— Według naszych wytycznych może pani czekać do czterech godzin na konsultację lekarską. Potem możemy po raz kolejny ocenić pani stan i zdecydować, czy może pani czekać dalej. Wszystko zależy od tego, ilu będzie pacjentów w cięższym stanie, bo jeśli jakimś cudem się zdarzy, że nie będzie „cięższych przypadków", to lekarz poprosi panią.

— Chyba pan żartuje!!! Ja nie będę tyle czekać!!! Cztery godziny?? Rozumiem, że dopiero jak sobie urżnę nogę siekierą, to mnie przyjmiecie szybciej, tak??

— Droga pani. Czekała pani dwa tygodnie, by udać się do jakiegokolwiek lekarza, więc chyba cztery godziny więcej nie zrobią pani różnicy? Poza tym, może to zabrzmi brutalnie, ale dokładnie tak to działa. Jeśli obetnie sobie pani nogę siekierą, to nie będzie pani musiała w ogóle czekać.*

---

* …A przy okazji otrzyma pani dodatkową (choć przymusową) konsultację psychiatryczną!

— To jest jakiś absurd!!! Tyle lat płacę składkę zdrowotną i nie mogę się dostać do lekarza.

— Zgadzam się z panią całkowicie. To jest absurd. Niestety, moim zadaniem w tym miejscu jest ocenić, który pacjent może czekać, a który musi do nas wejść natychmiast. Jesteśmy jedyną jednostką ochrony zdrowia w tym kraju, która panią kompleksowo zdiagnozuje i rozpocznie specjalistyczne leczenie w ciągu kilku godzin, dlatego trafia do nas tyle ludzi. W większości nie powinni do nas trafić, ale odbili się od przychodni, a nas – personelu – jest za mało, żeby wszystkim natychmiastowo pomóc.

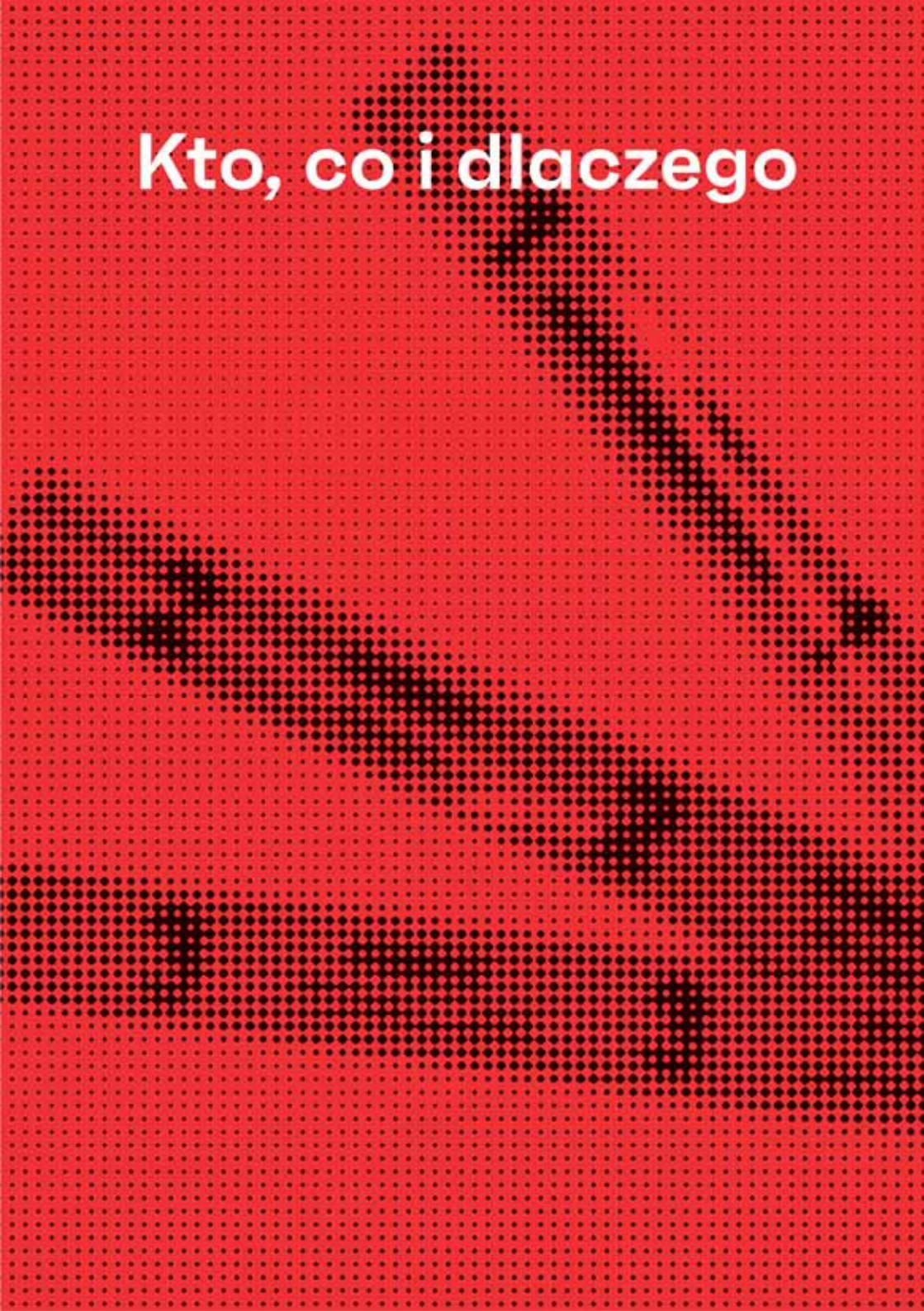
— Wie pan co? Ja w ogóle nie chcę tego słuchać. To są żarty!!! To się nadaje do telewizji!!! Jak można tak traktować człowieka?? (td., itd…).

Oburzona, wychodzi. Ale wykład zrobiłem! Rzadko pacjent uzyskuje tutaj tak wyczerpujące informacje. W tym czasie na SOR zgłosiły się kolejne cztery osoby.

Tego typu rozmów przeprowadziłem setki. To właśnie było takie SOR-owskie „Dzień dobry, co u ciebie?" – branżowo nazywane triażem (triage), ale może wyjaśnijmy wszystko po kolei…

.....

Kto, co i dlaczego



Kto, co i dlaczego

Jak pewnie się zorientowaliście z powyższej rozmowy, SOR to nie gabinet pielęgniarki szkolnej, to nie punkt mierzenia ciśnienia, taki jak w aptece. Przynajmniej z definicji… Oficjalnie jesteśmy jedną z jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Mamy sprzęt, ludzi i możliwości, by ogarnąć każdego z Was, niezależnie od tego, czy rozjechał Was walec, czy boli Was w klatce, czy wypadliście z okna przed Wielkanocą, czy może postanowiliście zakończyć swoje życie za pomocą żyletki, prądu albo Rutinoscorbinu (nie, jeszcze nie słyszałem, żeby komuś się udało zabić Rutinoscorbinem, ale miałem pacjenta, który próbował).

Możecie się też spotkać z dawnym określeniem: Izba Przyjęć. Ta nazwa wciąż funkcjonuje i dotyczy szpitali, które nie mają wszystkich oddziałów wymaganych w ustawie. Żeby się dostać do jakiegokolwiek szpitala, trzeba przejść przez SOR lub Izbę Przyjęć. Różnica polega na tym, że każdy SOR jest Izbą Przyjęć, ale żadna Izba Przyjęć nie jest SOR-em. Na przykład szpital o profilu tylko ginekologiczno-położniczym (w Warszawie jest takich sześć), musi mieć Izbę Przyjęć, by się jakoś orientować w stanie zgłaszających się kobiet i decydować o kolejności ich przyjęcia. Raczej

nie pomoże 50-letniemu mężczyźnie z zawałem, który dotrze tam na własnych nogach. Zapewne nie będą mieli sprzętu ani specjalistów. Natomiast jeśli w jakimś szpitalu jest SOR, a nie ma porodówki, to z samej definicji SOR ma obowiązek przyjąć pacjentkę, która zaczyna rodzić, bo tamtejszy personel musi umieć sobie z tym poradzić. To dlatego na naszym SOR-ze mamy pakiet porodowy. Mamy też zestaw do reanimacji dzieci, mimo że jesteśmy szpitalem przeznaczonym tylko dla dorosłych. W każdej chwili może wpaść do nas rodzic z duszącym się dzieckiem na rękach i co wtedy? Przecież nie powiemy: „Panie! To szpital dla dorosłych! Zabieraj pan swoje duszne* dziecko i jazda na SOR pediatryczny". Trzeba będzie człowiekowi jakoś pomóc.

SOR ma właściwie dwa zadania:

1. w miarę możliwości utrzymać pacjenta przy życiu
2. zdecydować, co robić z nim dalej.

Pierwsze zadanie jest dosyć wymagające, bo czasami nie mamy żadnego wpływu i jedyne, co doktor może zaproponować pacjentowi, to: *Anielski orszak*.... Trudno to zaakceptować, ale czasami choćbyśmy nie wiem co zrobili, to i tak pacjent umrze. Nie wszyscy wiedzą, że reanimacja to próba przywrócenia do życia już właściwie martwego człowieka. Wiecie, ile osób w Wielkiej Brytanii „przeżywa" NZK (nagłe zatrzymanie krążenia), które nastąpiło poza szpitalem? Czyli, ile osób przeżywa mniej lub bardziej udaną reanimację? Jest to zależnie od różnych czynników 2-12 procent. A co? Pewnie myśleliście, że jak jest reanimacja, to pielęgniarka, obsrana z przejęcia, krzyczy: „doktorze, tracimy go!", lekarz przykłada „te dwa żelazka", strzela prądem, pacjent wygina się w łuk, monitor robi „pik, pik, pik", a potem wszyscy

* Duszny pacjent to po naszemu taki, który się dusi.

oddychają z ulgą i poklepują się po ramieniu? :) Raczej nie. O reanimacji jeszcze Wam opowiem.

Drugie zadanie jest znacznie prostsze. Lekarz dyżurny SOR-u musi po zakończonej diagnostyce zdecydować, czy trzeba Was przyjąć do szpitala na jeden z oddziałów, czy odpisać do domu z zaleceniami.

Zuza jest lekarzem. Miała kiedyś pacjentkę z bólem nerki. Gdy zebrała do kupy wszystkie wyniki, uznała, że pacjentka może iść do domu.

— Tu ma pani ode mnie kartę wypisową, zalecenia, receptę na antybiotyki i skierowanie do urologa. Dalsze leczenie w ramach przychodni.

Pacjentce towarzyszył akurat zestresowany mąż. Gdy Zuza wszystko wyjaśniła, z wyraźną ulgą i radością zapytał:

— Czyli żonie nic nie dolega?

— Nie, proszę pana. Dolega. Żona jest chora i trzeba ją leczyć. Tylko w przychodni. Ja stwierdzam, że w tym momencie nie ma zagrożenia życia, oraz że nie ma wskazań do hospitalizacji. W tej chwili nic ją nie boli, moja robota skończona.

I to mi się podoba. Tak działa SOR. Nasze zadanie to ustabilizować stan chorego, a jeśli jest bardzo źle, przyjąć go na oddział, gdzie będzie leczony. Pacjenci często myślą, że jak już trafią do nas, to my ich przeskanujemy od góry do dołu. Że czule się pochylimy nad każdym wrastającym paznokciem, a skończymy na próchnicy. Opowiadają nam szczegółowo historie swoich chorób i dziwią się, że lekarz nie wszystkim się interesuje. U nas nie ma czasu na pełny wywiad lekarski. Potrzebujemy tylko informacji niezbędnych do diagnostyki. To dlatego karta wypisowa z SOR-u często składa się z pięciu za-

ledwie zdań, podczas gdy ta z interny potrafi zająć pełne dwie strony tekstu.

Kiedyś pacjent, który uderzył się w głowę w autobusie, zapytał mnie, czy możemy mu przy okazji zrobić kolonoskopię, bo on jest na jutro zapisany, to może by tak za jednym zamachem wszystko razem pyknąć… No nie. Nie pykniemy. W przypadku tego pacjenta kolonoskopia nie jest zabiegiem ratującym życie. Chociaż w pewnym sensie jest, bo daje szanse na wykrycie raka jelita grubego. Umożliwia też zahamowanie krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Ale fakt, że pacjent znalazł się na SOR-ze, nie oznacza, że zajmiemy się wszystkim, co człowiek ten gromadzi w opasłym worku z napisem „Moje zdrowie".

My zrobimy tylko to, czego potrzebujemy, by wywiązać się z naszych zadań. Był uraz głowy? Zatem, w zależności od objawów, będzie badanie neurologiczne, zabezpieczenie uszkodzeń skóry, CT (tomografia komputerowa) głowy i odcinka szyjnego kręgosłupa, może anatoksyna przeciwtężcowa, i tyle. Jeśli wyniki są OK, to gratulujemy szczęścia, życzymy zdrowia i radzimy odpocząć w domu przed jutrzejszym ekscytującym badaniem. I tu nie chodzi o to, że jesteśmy nieuprzejmi czy złośliwi. Po prostu my mamy TYLKO ratować życie. Nie możemy odwalać roboty za wszystkich. I tak łatamy dziury w naszej ochronie zdrowia i przez to ledwo zipiemy z przeciążenia. Poza tym, za każde badanie, które wykracza poza koszyk „świadczeń ratunkowych", zapłaci lekarz zlecający, z prywatnych pieniędzy (o ile ktokolwiek w szpitalu się przejmie niepotrzebnie wydanymi pieniędzmi). Na pewno nie zapłaci za to NFZ. A jeśli nie zapłaci NFZ, to musi zapłacić dyrektor szpitala – dyrektor kasy nie ma, więc dług rośnie.

Uważam, że jednym z największych problemów SOR-u jest niewydolność POZ (podstawowej opieki zdrowotnej). Gdyby udało się skrócić terminy wizyt w przychodniach, zwiększyć tam finansowanie, zatrudnienie oraz poprawić zarządzanie, to momentalnie byśmy odżyli, a razem z nami – nasi ciężko chorzy pacjenci. Przecież każdy z Was wolałaby przyjść na umówioną godzinę do lekarza rodzinnego niż czekać pół dnia w SOR-owskiej poczekalni tylko dlatego, że nie ma kto Was przyjąć w przychodni, no nie? Oczywiście mówimy tu o problemie medycznym, który nie jest stanem zagrożenia życia. A pacjentów trafiających z takim problemem na oddział ratunkowy jest – luźno licząc – 70 procent.

Często trafia do nas pacjent ze skierowaniem od lekarza POZ. To normalne, bo do zadań lekarza z przychodni należy także decydowanie, na jaki oddział ma pacjent trafić, jeśli stan chorego jest na tyle zły, że nie można go leczyć w domu. Niestety, zdarza się nagminnie, że lekarze POZ wystawiają skierowania zamiast kompleksowo poprowadzić pacjenta. I trafia do nas np. chory z bólem kręgosłupa, który nigdy nie dostał skierowania do ortopedy czy neurologa. Zdarzały się skierowania „na SOR" (co już jest absurdem, bo lekarz kieruje na oddział docelowy, a SOR takim oddziałem nie jest), a poniżej tekst: „Proszę o wykonanie badań laboratoryjnych i diagnostykę bólów brzucha", czyli: „Proszę o wykonanie badań, których sam nie zleciłem, i znalezienie, co chorego w brzuchu boli, bo ja tego nie sprawdziłem".

Być może spotkaliście się kiedyś z taką sytuacją, że poszliście do przychodni, a lekarz, gdy usłyszał, na czym polega Wasz problem, nawet na Was nie spojrzał, tylko rzucił: „To na SOR", i już po badaniu… Ja takich historii słyszę dużo i to bardzo często od pacjentów, którzy nie są w tak ciężkim stanie, żebyśmy musieli się nimi zajmować. Jasne, że my, pracownicy SOR-u, mamy

większe możliwości przeprowadzenia szybkiej diagnostyki i łatwo nam powiedzieć, co lekarz powinien zrobić w przychodni. Jasne, że „leczenie skierowaniem" jest czasami podyktowane brakiem terminów na wykonanie badań obrazowych albo na wizytę u specjalisty. Możliwe też, że jeśli w ciągu dnia pracy możesz przyjąć jako lekarz rodzinny tylko 30 pacjentów, a zgłasza się do ciebie 50 osób, to łatwiej powiedzieć „na SOR!" niż próbować wszystkich zbadać.

Dobrze mnie zrozumcie. Nie wszyscy z POZ się nami wysługują. Na SOR-ze dyżurują też przecież specjaliści, którzy na co dzień pracują w przychodniach. Myślę, że większość lekarzy z POZ sumiennie podchodzi do swojej pracy, świetnie prowadzi pacjentów, ale zdarzają się i tacy, którzy nie widzą problemu w odsyłaniu chorych na SOR, nawet bez skierowania. To dość powszechne zjawisko. Kiedyś mieliśmy bardzo rozczulającą sytuację. Dzwoni do nas pani doktor z przychodni. Po głosie słychać, że młoda. I mówi: „Dzień dobry, jestem lekarzem z przychodni X. Mam tu taką pacjentkę, przytomną, w niezłym stanie, która przyszła do mnie z nadciśnieniem 195/120. Podałam 25 mg Captoprilu, 20 mg Nitrendypiny i po pół godzinie nie ma prawie żadnej poprawy, więc podałam jeszcze 20 mg Furosemidu dożylnie. Wykonałam pacjentce EKG, nie wyszło nic niepokojącego, ale niestety, bardzo mi przykro, muszę ją do państwa odesłać, bo moje możliwości bezpiecznego leczenia właśnie się skończyły". Rozmowa zwaliła nas z nóg. Lekarka z przychodni próbuje sama leczyć zagrażający życiu epizod nadciśnienia, podaje wszystkie leki, jakie ma (my na wstępnym etapie podalibyśmy te same), i kieruje pacjentkę do nas dopiero wtedy, gdy wyczerpuje wszystkie możliwości u siebie. Mogła przecież natychmiast wezwać karetkę i mieć problem z głowy. Tak się zazwyczaj kończą tego typu przygody w przychodni. No i ten telefon! Lekarz rodzinny nigdy nie dzwoni na SOR z informa-

cją, że wysyła nam pacjenta. Byliśmy naprawdę wzruszeni, a przecież ta lekarka wykonywała tylko swoje obowiązki.

Realizowanie przez SOR wspomnianych wyżej zadań wymaga od nas jakiegoś sensownego organizowania sobie pracy. Dlatego SOR-y zwykle dzielą się na odcinki:

Czerwony – reanimacyjny – dla najcięższych pacjentów. Pamiętacie serial *Ostry dyżur* albo *Chirurdzy* i jak, oglądając go, robiliście takie: „O, jaaa…", a potem chcieliście iść na medycynę? Właśnie takie rzeczy robimy na czerwonym. Oczywiście nie wszyscy pacjenci z „czerwonego" to chorzy do natychmiastowej reanimacji, ale jeśli taki się trafi, to właśnie tutaj.

Żółty – urazowy – dla pacjentów ze złamaniami, urazami głowy, ranami ciętymi, itp. Urazy są często poważne, ale niezagrażające życiu, najwyżej zdrowiu. Tu trafiają te wszystkie ręce w czajniku, głowy w garnku, wkręty w kciuku, strzały z łuku w udzie…

Zielony – cała reszta – dla „lekkich" pacjentów wymagających nieskomplikowanej diagnostyki i zazwyczaj wypuszczenia do domu. Tu jest najbardziej tłoczno. Tu trafia najwięcej ludzi, którzy nie mają gdzie pójść ze swoimi problemami zdrowotnymi.

Mimo że organizacja naszej pracy wszędzie powinna tak wyglądać, to SOR SOR-owi nierówny. Niektóre oddziały ratunkowe to potężne, wielospecjalistyczne molochy, zdolne (przynajmniej w teorii) ogarnąć kilka reanimacji naraz. Inne są mniejsze, z jednym stanowiskiem reanimacyjnym, w szpitalu dysponującym tylko podstawowymi oddziałami. Dąży się do tego, by każdy SOR wyglądał podobnie i działał według podobnych procedur,

ale jak na razie dyrektorzy poszczególnych szpitali sami decydują o zasadach panujących w swojej jednostce.

.....

Obcięliście sobie kiedyś krzywo paznokieć? Tak trochę za bardzo? Że się palec przyciął nożyczkami? Byliście kiedyś z podobnym problemem na SOR-ze? Bo ja znam kogoś, kto był. Chłopak, 28 lat. W sobotę ciachnął się lekko nożem. W SOBOTĘ! Przyszedł W PONIEDZIAŁEK! Bo dziewczyna MU KAZAŁA! Bo ona się boi, czy mu palec nie zgnije i… pójdzie mu pręga do serca i umrze na SEPSĘ!!! Lekarz ratunkowy dopiero co skończył na reanimacyjnej obrabiać ciężką niewydolność oddechową i wrócił na „zieloną" stronę (dla lżejszych pacjentów). Przeczytał w karcie powód zgłoszenia i mówi do mnie:

— Chodź ze mną do tej ofiary, bo ktoś będzie musiał mnie pozbierać ze stanu ogólnego rozpierdolenia, jak to zobaczę… Wchodzimy na salę chirurgiczną. Siedzi tam ofiara nieszczęśliwego manewrowania ostrym narzędziem. Pokazuje palec. Doktor patrzy i pyta:

— W czym mogę panu pomóc?

— Panie doktorze, dziewczyna mi powiedziała…

— Nie interesuje mnie, co dziewczyna panu powiedziała, pytam, w czym ja, jako lekarz ratunkowy, mogę panu pomóc na oddziale ratunkowym?

— No… chodzi o ten palec, bo to może być jakieś zakażenie, prawda?

I patrząc na nas, robi taką pytającą minę… Wiecie, jaką? Podnieście górną wargę, odsłaniając zęby… No, to właśnie taką minę zrobił… Lekarz już nawet nie ma ochoty się wściekać.

— Proszę pana. Szkoda mojego i pana czasu. Do widzenia.

I poszedł „robić papiery". Bo każdy pacjent musi mieć kartę wypisową z SOR-u, z opisanym badaniem, wywiadem, zastosowanym leczeniem, zaleceniami, itd. KAŻDY!

Ja zostałem z pacjentem. On już wiedział…, już wiedział, że trzeba było zostać w domu. Pewnie teraz przeżywał retrospekcję sprzed 20 lat, kiedy to mama naklejała mu plasterek na zdarte kolano i mówiła: „No, i czego beczysz? Nie becz! Nic ci nie będzie. Zobaczysz, jeszcze ojciec ci dupę skroi za podarte spodnie". Chciałem mu zrobić opatrunek, ale właściwie nie było na co… Porada pielęgniarska wyglądała tak:

— Drogi panie. Dzisiaj, po trzech dniach, niech już pan nic z tym nie robi. Samo się zagoi. A na przyszłość: zdezynfekować, zakleić plastrem i koniec. A jeśli będzie pan odczuwał nieodpartą potrzebę uzyskania porady lekarskiej, to z takimi problemami – do lekarza rodzinnego. Nie na oddział ratunkowy. To wszystko.

Czasami, jak nas najdzie na refleksje z kumplami z pracy, to gadamy o tym, że jeśli będzie wojna, to z uwagi na nasze wykształcenie nikt nas nie rzuci na pierwszą linię frontu. Ale jeśli trafimy na takich dzielnych żołnierzy jak tamten chłopak, to będziemy mieć zerowe zużycie sprzętu w torbach medycznych…, za to ostro będziemy zużywać worki na zwłoki…

.....

Niby SOR to ODDZIAŁ ratunkowy, ale działa zupełnie inaczej niż każdy inny oddział szpitalny. Tu wszystko jest dynamiczne. Pacjenci się pojawiają i znikają, nie ma stałych elementów jak na innych oddziałach. Nie ma konsyliów, zazwyczaj nie ma profesorów, wypisów w piątek, godzin odwiedzin.

Co ciekawe, nasz personel pielęgniarsko-ratowniczy cały czas pracuje razem z lekarzem. Na wielu oddziałach zdarza się, że lekarze sobie, a pielęgniarki sobie. Mają oddzielne pokoje, wyraźnie określone kompetencje, widzą się tylko podczas obchodu,

przy przekazywaniu zleceń* i kiedy nagle coś się dzieje. Wszyscy są na pan/pani, jest poważnie i oficjalnie. My natomiast często jesteśmy z lekarzami na ty, wiele procedur medycznych przeprowadzamy razem, wymieniamy się uwagami o pacjentach, przy tym widzimy swoją pracę, więc lepiej się rozumiemy. Podoba mi się taki układ. Jest przyjaźnie, a przecież każdy zna swoje miejsce i swoją rolę w zespole terapeutycznym.

Na oddziale, na którym obecnie pracuję, panuje wyjątkowo dobra atmosfera. Oczywiście, zdarzają się wśród nas zachowania świadczące o braku wzajemnego szacunku. Lekarz ironizujący, gdy pielęgniarka zaproponuje inne rozwiązanie, albo pielęgniarka, która odmawia wykonania zlecenia, bo „nie będzie robić takich pierdół". Mimo wszystko, słuchając opowieści kolegów z innych oddziałów szpitalnych, dochodzę do wniosku, że nie mogę narzekać na nasze wzajemne relacje.

Nasz oddział nie nadaje się do leczenia kilkudniowego. Brakuje tu niektórych leków, możliwości zrobienia niektórych badań, infrastruktury dla pacjenta; często nie da się tu spać, bo światło jest zapalone całą dobę. Starsze babcie gadają, pijani krzyczą, konsultacje odbywają się bez względu na porę dnia i nocy.

Na SOR-ze nie ma też lekarzy prowadzących, w takim sensie, jak na innych oddziałach. Są lekarze dyżurni, którzy zmieniają się co 12 albo 24 godziny. Oczywiście przekazują sobie informacje o pacjentach przy przejęciu dyżuru, ale co lekarz, to inny plan postępowania. Tu trudno o jakąś ciągłość leczenia. Poza tym teo-

* Zlecenia – wszystkie procedury medyczne, które lekarz chce, by zostały wykonane przy pacjencie. Wpisuje je w indywidualną kartę zleceń chorego. Realizacją zajmuje się pielęgniarka, która w określonych przypadkach ma prawo odmówić ich wykonania.

retycznie pacjent powinien tu leżeć jak najkrócej. Mówię, że teoretycznie, bo znam SOR-y, na których pacjent czeka i dwa tygodnie na przyjęcie. Zupełnie jak w filmie *Terminal* z Tomem Hanksem. To porównanie ma zresztą sens, bo SOR powinien być jak lotnisko. Przyjeżdżasz, odprawiasz się, wybierasz odpowiedni lot (no, dobra… wybierają za ciebie) i już cię nie ma. Dlaczego jak w *Terminalu*, a nie po prostu na lotnisku? Otóż we wspomnianym filmie bohater grany przez Toma Hanksa spędza kilka miesięcy w poczekalni, próbując przetrwać… Zdarzało się, że po długim pobycie na SOR-ze pacjent wychodził do domu, bo czekając na miejsce w docelowym oddziale, został już wyleczony. Niemniej widok człowieka czekającego na SOR-ze kilka dni, tydzień nawet (!), jest przygnębiający. Naprawdę można wpaść w depresję. Leżąc na normalnym oddziale, masz przynajmniej jakieś udogodnienia, względny spokój, jakiś stały rytm dnia. Na SOR-ze nie możesz się nawet spokojnie wykąpać ani przespać.

.....

Pacjentka, taka babuszka, patrząc na thermoboxa (podświetlaną szklaną szafę na ciepłe kroplówki), prosi mnie:

— Syneczku! A przełącz mi na Barwy szczęścia, bo ja to codziennie oglądam.

— …

Powiedziałem, że już się skończyły.

.....

SOR to jest też po prostu brudny oddział! Mimo codziennego kilkakrotnego mycia podłóg i dezynfekcji. Tu trafiają narkomani z HIV i WZW, bezdomni z gruźlicą, wszami, świerzbem, larwami much. Pacjenci wielokrotnie hospitalizowani z licznymi od-

pornymi na antybiotyki szczepami bakterii. Tu się rozlewa: krew, mocz, wymioty, zakażone stolce; tu przychodzą ludzie z półpaścem, nieświadomi, że rozsiewają wokół siebie wirusa ospy.

Jest to miejsce, w którym kobiety w ciąży, pacjenci w podeszłym wieku, z obniżoną odpornością, po przeszczepach, małe dzieci – powinni przebywać jak najkrócej. Rodziny pacjentów, jak również osoby towarzyszące tego nie wiedzą, albo o tym nie myślą, i za wszelką cenę chcą być w środku. Siadają na krzesełku, na którym chwilę wcześniej siedział bezdomny z biegunką. Jasne, że salowe robią, co mogą, żeby było czysto, ale warto pamiętać: wygląda na czysto, a nie zawsze tak jest. Łatwo się zarazić od pacjenta, dlatego uważam, że pracownik przy każdej infekcji powinien brać L4. Oczywiście nie jest to takie proste, bo wielu z nas pracuje „na kontrakcie", czyli jako jednoosobowa firma świadcząca usługi medyczne. Praktycznie oznacza to, że nie możesz chorować, bo: nie pracujesz = nie zarabiasz, jako podwykonawca szpitala musisz załatwić zastępstwo za siebie, a wśród kolegów wyrabiających setki godzin miesięcznie trudno znaleźć kogoś, kto akurat ma wolne.

Osłabiona odporność naraża pracowników na przeróżne choroby. Bywało, że jeden z nas łapał wirusa od pacjenta, potem przekazywał go kolegom na zmianie, oni – następnym, a potem było wielkie zdziwienie: dlaczego cały personel ma sranie albo anginę i nie ma kim obsadzić grafików??? Kiedyś w ciągu jednego dyżuru miałem kontakt z gruźlicą, grypą, Clostridium difficile (wewnątrzszpitalnym szczepem bakterii, odpornym na antybiotyki, wywołującym ostrą biegunkę) oraz zapaleniem opon mózgowych (neuroinfekcją, która – gdy zostaje stwierdzona u pacjenta – kwalifikuje personel do prewencyjnej antybiotykoterapii). Jeśli nie masz śmigającej odporności, to leżysz. Dosłownie :). Mój

kumpel mówi, że SOR to jedyne miejsce, w którym myje ręce PRZED sikaniem :). Ja za to nigdy nie dotykam gołą ręką podeszwy swoich roboczych butów.

.....

Pewien bardzo doświadczony chirurg powiedział mi kiedyś, że żadne zwierzę nie produkuje tyle smrodu i obrzydliwych sytuacji, co człowiek. To było po operacji zatoru krezki, czyli takiego stanu, kiedy w wyniku niedokrwienia jelita gniją wraz z zawartością wewnątrz jamy brzusznej. W dużym uproszczeniu. I żeby było jasne: nie mówił tego z pogardą. Po prostu stwierdzał fakt. Nawet z pewną dozą fascynacji. Tak mnie natchnęło dzisiaj, żeby Wam zdradzić dwie obleśne prawidłowości naszego zawodu. Bo musicie wiedzieć, że jeśli ktoś przepracował trochę na SOR-ze, to nie ma takiej rzeczy na świecie, która mogłaby go obrzydzić. Serio. Zastanawiałem się kiedyś, co by mnie mogło sparaliżować z obrzydzenia, i nie wymyśliłem. Oczywiście, pacjenci często nas zaskakują. Tym, jak wyglądają, co robią, w jakim stanie się znajdują albo do jakiego sami się doprowadzili. Wszystko to jednak tylko modyfikacje tego, co już widzieliśmy. Po prostu różne levele obrzydliwości. Zazwyczaj więc nie rzygamy przy pacjencie… Zazwyczaj. Jedna z niepisanych zasad ratownictwa medycznego głosi, że jeśli coś jest lepkie, mokre i nie należy do ciebie, to nie dotykaj. Niebezpieczne. Z kolei jedna z niepisanych zasad pielęgniarstwa wewnątrzszpitalnego mówi, że jeśli widzisz brązowy ślad na pościeli pacjenta, to może to być tylko krew, kupa albo czekolada…, i nie dochodź, co to, po prostu zmień pościel. Just do your job. System opieki zdrowotnej jest w Polsce tak zorganizowany, że gdzie zwykły obywatel rzyga – czy w karetce, czy w szpitalu – tam medyka pośle.

.....