

HRVATSKA AKADEMIJA ZNANOSTI I UMJETNOSTI
Zavod za biomedicinske znanosti u Rijeci
AKADEMIJA MEDICINSKI ZNANOSTI HRVATSKE – Podružnica Rijeka
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA
MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U RIJECI
Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i
intenzivnu medicinu
HRVATSKO DRUŠTVO ZA HITNU MEDICINU
HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR – podružnica Rijeka

37. simpozij

ZNAČAJ HITNE MEDICINE U KLINIČKOJ PRAKSI

**Povodom 35. obljetnice osnutka Hitne medicine u
Kliničkom bolničkom centru Rijeka**



24. listopada 2019.

11,00 sati

**Sveučilišni kampus, Sveučilišni Odjeli, Dvorana O-030,
Radmile Matejčić 2, Rijeka**

Organizatori

HRVATSKA AKADEMIJA ZNANOSTI I UMJETNOSTI
Zavod za biomedicinske znanosti u Rijeci

AKADEMIJA MEDICINSKI ZNANOSTI HRVATSKE – Podružnica Rijeka
KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR RIJEKA

MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U RIJECI
Katedra za anesteziologiju, reanimatologiju, hitnu i intenzivnu medicinu

HRVATSKO DRUŠTVO ZA HITNU MEDICINU
HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR – podružnica Rijeka

Znanstveni odbor

Daniel Rukavina, predsjednik
Davor Štimac, Alan Šustić, Višnja Neseć Adam

Organizacijski odbor

Martina Pavletić, predsjednica
Ivana Datković, Ana Tancabel Mačinković, Edita Breški, Mate Lerga

Registracija: 10,30 – 11,00 h

Ulaz je slobodan, a sudionici koji žele potvrđnicu HLK o sudjelovanju trebaju se registrirati. Sudjelovanje na simpoziju vrednovat će se prema Pravilniku Hrvatske liječničke komore.

Osvježenje tijekom stanke i ručak bez naknade.

Parkiranje je besplatno i osigurano u garaži Studentskog centra Rijeka, Radmile Matejčić 5.

Informacije

Željana Mikovčić, Zavod za biomedicinske znanosti u Rijeci
Radmile Matejčić 2, Rijeka
tel. 051 584 826, e-pošta: rimed@hazu.hr

P R O G R A M
OTVORENJE
(11,00 – 11,20)

Uvodno slovo

Akademik Daniel Rukavina, voditelj Zavoda za biomedicinske znanosti u Rijeci,
Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, Rijeka

Riječ organizatora

Martina Pavletić, dr. med., Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Pozdravi uzvanika

Prof. dr. sc. Davor Štimac, ravnatelj Kliničkog bolničkog centra u Rijeci, Rijeka
Prof. dr. sc. Tomislav Rukavina, dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci,
Rijeka

11,20 – 12,20 h

I. POVIJEST I SADAŠNJE STANJE

Predsjedaju: Davor Štimac i Maja Grba-Bujević

Mr.sc. Fred Zeidler, dr.med., prvi voditelj Hitne medicinske službe u KBC Rijeka,
Rijeka
35 godina bolničke hitne medicine u KBC Rijeka

Prim.mr.sc. Maja Grba-Bujević, Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Zagreb
Reforma hitne medicinske službe u Republici Hrvatskoj

Stanka za kavu: 12,20 – 12,35

12,35 – 14,35 h

II. EDUKACIJA I ORGANIZACIJA

Predsjedaju: Alan Šustić i Radovan Radonić

Prof.dr.sc. Radovan Radonić, Klinički bolnički centar Rebro, Zagreb
Izrada Programa specijalizacije iz hitne medicine

Prof. dr.sc. Alan Šustić, Medicinski fakultet i Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u
Rijeci i KBC Rijeka, Rijeka
Edukacija specijalizanata i daljnji razvoj hitne medicine kao struke

Prof. dr. sc. Ivan Gornik, Klinički bolnički centar Rebro, Zagreb
Mreža bolničkih hitnih prijema u Hrvatskoj - Hrvatska mreža za izvrsnost u kliničkoj hitnoj medicini

Giulio Triillò, M.D., Udine University Hospital, Udine, Italy
Organization of Helicopter Service in Italy, it's limitation and challenges

Stanka za ručak: 14,35 – 15,15

15,15 – 16,15 h

III. ZNANSTVENI PRISTUPI U HITNOJ MEDICINI

Predsjedaju: Višnja Nesek Adam i Ivan Gornik

Prof. dr. sc. Višnja Nesek Adam, Klinička bolnica Sv. Duh, Zagreb, Zagreb
Znanstvena djelatnost u području hitne medicine

Monika Brodmann Maeder M.D, University of Bern, Bern, Switzerland
Education and Research in Prehospital and Clinical Emergency Medicine

16,15 – 17,00 h

IV. POGLED U BUDUĆNOST I OPĆA RASPRAVA

Predsjedaju: Martina Pavletić

Prof. dr. sc. Davor Štimac, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci i KBC Rijeka, Rijeka
Reorganizacija bolničke službe u svjetlu nove specijalizacije

35 godina hitnog bolničkog prijema u Kliničkom bolničkom centru Rijeka

Fred Zeidler

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

Prikazan je povijesni razvoj hitnog bolničkog prijema u Kliničkom bolničkom centru Rijeka od osnutka 1984. godine do 2011. Posebno su prikazani organizacijski, kadrovski, edukacijski aspekti kao i projekti razvijani za ubrzanje i poboljšanje dijagnostike i liječenja u tom razdoblju. Tijekom godina prosječan je dnevni broj obrađenih bolesnika postojano rastao, kao i udio manje hitnih bolesnika te prosječno trajanje i opseg obrade. Razlog tome je starenje populacije i njihov pobol kao i povećani broj pacijenata koji traže pomoć u očekivanju da će biti brže i učinkovitije obrađeni negoli kod svog izabranog liječnika. Brzinu obrade pacijenata kao i razlikovanje hitnih od manje hitnih pacijenata rješava se uvođenjem trijažnog sustava. Uvođenje specijalizacije hitne medicine kao primarne specijalnosti u Hrvatskoj učinjen je ključni napredak u zdravstvenoj skrbi hitnih pacijenata.

Ključne riječi: Hitni bolnički prijem, dostupnost zdravstvene skrbi, pružanje zdravstvene skrbi

Reforma hitne medicinske službe u Republici Hrvatskoj

Maja Grba – Bujević

Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Zagreb

Hitna medicinska služba u Republici Hrvatskoj posljednjih je deset godina prolazila različite oblike reorganizacije, obzirom da ranije nije postojala jasna strategija razvoja djelatnosti hitne medicine. Prije reorganizacije nije bio ujednačene organizacije po županijama, nisu postojali standardizirani kriteriji hitnosti, nije bila pokrenuta specijalizacija iz hitne medicine za doktore medicine, nije postojala ni ujednačena trajna edukacija djelatnika, medicinska oprema i vozila bila su nestandardizirana te u većini slučajeva nedostatna, dok su vozila bila i neodgovarajuće opremljena. Djelatnost izvanbolničke hitne medicine bila je organizirana u četiri Ustanove za hitnu medicinsku pomoć u Zagrebu, Splitu, Rijeci i Osijeku, a u drugim dijelovima Republike Hrvatske u Domovima zdravlja. Bolnička djelatnost hitne medicine, uglavnom je bila organizirana kroz hitne bolničke ambulante unutar pojedinih djelatnosti bez specijalizacije iz hitne medicine te bez učinkovite trijaže. Prijemi su se nalazili na različitim bolničkim lokacijama, pa su poseban problem predstavljali pacijenti s višestrukim simptomima i ozljedama. Nedostajalo je prostora, opreme i osoblja kao i protokola za rad, dok sustavna edukacija za medicinske sestre i tehničare uopće nije postojala. Kao nužnost nametnula se potreba jedinstvenog pristupa u reorganizaciji HMS-a s ciljem ostvarenja financijski održivog i strukturno stabilnog sustava koji će jamčiti sigurnu, dostupnu i kvalitetnu hitnu medicinsku uslugu stanovništvu i posjetiteljima RH te osigurati funkcionalni i suradnički sustav izvanbolničke i bolničke hitne medicine. Osnivanjem Hrvatskog zavoda za hitnu medicinu i postavljanjem jasnog cilja, utvrđena je Mreža hitne medicine i ustrojen je 21 županijski zavod za hitnu medicinu. Svaki županijski zavod za hitnu medicinu ima ustrojenu medicinsku prijavno – dojavnu jedinicu i timove koji rade na terenu. U akutnim bolnicama organizirani su objedinjeni hitni bolnički prijemi kako bi hitni pacijenti dobili svu usluga na istom mjestu te je uveden strukturirani

sustav trijaže. Hitna medicina, dinamična je grana medicine, kako u stručnom dijelu, tako i u organizacijskom. Brojni su izazovi postavljeni pred sustav hitne medicine, te je na svim dionicima sustava da zajednički pronalaze rješenja za poboljšanja u sustavu. Integracija zdravstvenih usluga, zasigurno bi povećala učinkovitost pružanja usluga i poboljšala sigurnost zdravstvene zaštite. U sustavu hitne medicine potrebna je promjena paradigme u pristupu i organizaciji. Zastarjeli pristup sustavu hitne medicine kroz reaktivno djelovanje, fragmentiranost i ekskluzivnost potrebno je zamijeniti novim pristupom kroz preventivno djelovanje, zaštitu univerzalnih vrijednosti, komplementarnost i usklađeno djelovanje dionika. Cjeloviti pristup svih dionika uključenih u reformu hitne medicine kroz partnerski odnos osigurati će bolji, kvalitetniji i sigurniji sustav djelatnosti hitne medicine, kako na izvanbolničkoj, tako i na bolničkoj razini zdravstvene zaštite.

Izrada Programa specijalizacije iz hitne medicine

Radovan Radonić

Klinički bolnički centar Rebro, Zagreb

1999 godine mala liječnička delegacija iz Hrvatske (Branka Tomljanović, Nina Gubarev, Zdravko Dorosulić i Radovan Radonić) boravila je na studijskom putovanju u Sjedinjenim američkim državama s ciljem stjecanja uvida u organizaciju i funkcioniranje njihovog sustava hitne medicine. Bili smo upoznati s mnogim segmentima ovog sustava; dispečerskim jedinicama, uključivanjem vatrogasaca u ovaj sustav, organizaciji vanbolničke hitne temeljenu na paramediksima, sustavom hitnog međubolničkog transporta uključujući helikoptersku službu, organizaciju i opremljenost odjela hitne medicine, organizaciju edukacije koja uključuje simulacije na modelima, standardiziranim bolesnicima, dijagnostičke i terapijske algoritme namijenjene paramediksima, specifičnosti njihove organizacije i funkcioniranja bolničkih odjela i jedinica intenzivne skrbi, uspostavljanje jedinica za nadzor bolesnika s bolovima u prsima i drugo. Iskustvo je bilo vrijedno i utjecalo je na mijenjanje naših stavova i pogleda na optimalnu organizaciju hitne medicine. Svjesni nekih prednosti našeg sustava, postupno smo prihvatili brojnije prednosti organizacije hitne medicine kao zasebne struke.

Krajem 2007. godine formirano je povjerenstvo Ministarstva zdravstva RH za izradu programa specijalizacije iz hitne medicine sastavljeno od liječnika različitih profila i uz regionalnu zastupljenost (Branka Tomljanović, Ingrid Bošan-Kilibarda, Maja Grba Bujević, Fred Zeidler, Radmila Majhen Ujević, Silvija Hunyadi Antičević, Mišo Lojpur, Dragan Slunjski, Vladimir Šišljagić, Vlasta Jasprica Hrelec te Radovan Radonić kao voditelj povjerenstva). Po uzoru na neke inozemne programe sastavljen je program specijalizacije hitne medicine. Glavninu posla odradila je dr. Branka Tomljanović sa suradnicama iz svoje ustanove, a na sastancima povjerenstva pokušalo se izbalansirati prijedloge sukladno s našim mogućnostima i shvaćanjima, a iz perspektive različitih struka. Svjesni da je u to vrijeme naša hitna medicina organizirana uz vertikalnu subordinaciju unutar pojedinih struka kao što su kirurgija s anesteziologijom, interna medicina, pedijatrija, neurologija, ginekologija, otorinolaringologija, oftalmologija, psihijatrija i druge, specijalisti ovih struka prepoznati su kao jedini mogući učitelji budućih specijalizanata hitne medicine, koji ih trebaju optimalno uključiti u svoj sustav edukacije i rada u hitnom segmentu pojedine struke. Teorijsko znanje stjecalo bi se kroz obavezni poslijediplomski studij, a praktična znanja i vještine kroz praktični rad

unutar različitih struka koje participiraju u zbrinjavanju hitnog bolesnika, dominantno kroz rad u prijavnim bolničkim ambulancama, intenzivnim jedinicama, kirurškim salama i bolničkim odjelima. Obavezni obilasci zamišljeni su u dvije faze. U prvoj fazi s još malim iskustvom specijalizanti bi prolazili prvu ekspoziciju struci, dok bi se u drugoj fazi nastojalo da za boravka na obilasku sada već iskusniji specijalizant samostalno obavlja sve poslove liječnika hitne medicine uz nadzor odgovarajućeg specijaliste i stječe ona znanja i vještine za koja u prvoj fazi još nije bio spreman. Uloga odgovornog liječnika u hitnoj službi koji neposredno nadzire rad specijalizanta trebala bi biti prepoznata kao rad neposrednog mentora koji i potpisuje specijalizantu u knjižici svako od stečenih iskustava pod njegovim nadzorom, dok bi glavni mentor trebao bi voditi računa o ukupnom napredovanju specijalizanta u procesu edukacije za kojeg je zadužen. Nažalost mentorski sustav u ovom smislu nije zaživio, a uloga sporednog mentora ostala je nejasna.

Usprkos brojnim poteškoćama u provođenju ove specijalizacije, smatram da je program dosta dobro osmišljen i prilagođen našim uvjetima i prelaznom periodu do vremena kad će stasati generacije naših specijalista hitne medicine sa završenom specijalizacijom po programu, a koji će s vremenom preuzeti dominantnu ulogu učitelja unutar svoje struke uz i dalje aktivnu ulogu i drugih struka s kojima će u svakodnevnom radu i dalje biti potrebna neposredna suradnja.

Edukacija u hitnoj medicini

Alan Šustić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

U prvom dijelu predavanja autor se bavi dinamičkim promjenama u posljednja dva desetljeća uvjetovanim globalizacijom i IT revolucijom u širem društvenom kontekstu, a zatim i posljedicama tih promjena na obrazovanje i (kliničku) medicinu. Također objašnjava razlike i posljedice prelaska iz tzv. industrijskog doba u tzv. informatičko doba ili razliku između strateškog razmišljanja u odnosu na strateško planiranje. U drugom dijelu predavanja autor navodi specifične razlike u razmišljanju i razumijevanju kliničke (hitne) medicine i obrazovanja između industrijske i informatičke ere. Konačno, posljednji dio predavanja naglašava potrebu za ponovnim promišljanjem, preuređivanjem i restrukturiranjem cjelokupnog obrazovnog procesa u hitnoj medicini. Posebno se naglašava važnost promjene obrazovanja u svrhu stjecanja novih i različitih kompetencija poput kritičkog vrednovanja, transformacije i sinteze novih znanja te općih i specifičnih komunikacijskih vještina.

Mreža bolničkih hitnih prijema u Hrvatskoj - Hrvatska mreža za izvrsnost u kliničkoj hitnoj medicini

Ivan Gornik

Klinički bolnički centar Rebro, Zagreb

U posljednjih desetak godina u Hrvatskoj se ustanovljavaju centralni bolnički hitni prijemi. Proces uspostave različito napreduje u raznim sredinama, a s izuzetkom KBC Rijeka koja sustav centralnog hitnog prijema ima mnogo dulje, većina bolnica u Hrvatskoj nije uspostavila centralni hitni prijem u punoj funkciji. Hitni prijemi, međutim, dijele slične probleme u stručnom, organizacijskom, kadrovskom, edukacijskom i

znanstveno-istraživačkom smislu: Većina je hitnih prijema opterećena velikim brojem pregleda, lošom kadrovskom situacijom, teškom suradnjom s bolničkim odjelima itd. S ciljem razmjene pozitivnih iskustava, jasnog definiranja problema radi početka njihovog rješavanja odnosno predlaganja mogućih rješenja, kreiranja zajedničkih stavova u Hrvatskom društvu za hitnu medicinu osnovana je Hrvatska mreža za izvrsnost u kliničkoj hitnoj medicini. Mreža djeluje kao sekcija Hrvatskog društva za hitnu medicinu HLZ-a, kako bi se aktivnosti vezane za napredak hitne medicine kao struke vodile koordinirano. Aktivnosti Sekcije bit će objavljivane kroz Društvo te putem društvenih mreža, a u izradi su web stranice Sekcije.

Organization of Helicopter Service in Italy: it's limitations and challenges

Giulio Trillò^{1,2}

¹Helicopter Emergency Medical Service

²Udine University Hospital (Italy)

Establishing and managing an Helicopter Emergency Medical Service (HEMS) is a challenging task, that involved several aspects, ranging from medical, organizational, aeronautical and, last but not least, economical.

So, why should a Country/Region decide to commit resources in a HEMS service? The answer is multifaceted: obviously, a HEMS can reach and rescue patients where no one else can arrive: mountains, isles, secluded communities. But this is just one aspect of HEMS that should be considered.

More important is that a HEMS service, deeply interlinked with the ground Emergency Medical Services and the EMS Dispatch Centre, can actually improve the outcome of severely injured patients.

This can be achieved aiming at three targets:

- a) A quick arrival to the scene
- b) A high-quality medical team carried on board
- c) Transporting the patient to the more appropriate definitive-treatment hospital

The point a) is straightforward: a helicopter fly quickly and basically everywhere. Point b) should be stressed out: the idea is that the Hospital "exit" to the accident scene with the highest professional figures. In Italy, for example, onboard there are always anaesthesia-intensive care board certified physicians.

For point c) the scientific literature is, for once, clear and straightforward. Avoiding a "Spoke" hospital and going straight for a "Hub" hospital, i.e. a Level 1 Trauma Centre, improve mortality and morbidity of a severely ill patient, as well as shortening ventilation time, ICU stay and therefore lowering the care costs.

During daytime a HEMS service can fly anywhere. Aeronautical rules for night fly are different, and mostly only pre-surveyed or clearly well-known targets may be used for landing. So, again, a very thoroughly planning should be made to organise a night HEMS service, taking into consideration, at least in an initial phase, landing destinations that are more useful, based on an epidemiological analysis of past events.

As time goes by, landing or operational areas can be improved, so that most part of the operational area can be reached.

Again, a good coordination with the Dispatch Centre and close cooperation with ground EMS and other non-medical rescue organization (police, fire brigade...) should be part of the planning.

The HEMS system is, again, a multi disciplinarian team, and on board there are several different high skilled professional figures. One or two pilots, an HEMS Crew Member, a Doctor, a Nurse and, if your territory needs one, a Mountain Rescue Specialist. These different Men and Women are not alone, and they should work in synergy. In the last years for is, together with the continuing education of every figure, more interest for a discipline that we Health Care Workers have inherited from the Aeronautical Industry: The Crew Resource Management. A team that works better together will improve all aspects of a HEMS service. HEMS is important for patient care, but one should never forget that is a high-risk environment.

Znanstvena djelatnost u području hitne medicine

Višnja Neseck Adam

Klinička bolnica "Sveti Duh"

Glavni cilj znanosti u medicini je poboljšanje ljudskog zdravlja i njegove zaštite od štetnih utjecaja okoline. U središtu istraživanja je bolesnik, a krajnji cilj svih znanstvenih istraživanja je njegov boljitak. Cilj poboljšanja zdravlja uz sprječavanje i liječenje bolesti je jedinstven u medicini i proteže se kroz kardiologiju, nefrologiju, pulmologiju, ali i hitnu medicinu. Međutim, hitna medicina je jedan od najkritičniji dio zdravstvenog sustava unutar kojeg se premalo pažnje pridaje znanstvenom istraživanju. Razlozi najvećim dijelom proizlaze iz specifičnosti kliničkog rada koji se često obavlja pod povećnim pritiskom, koji je emotivan i preopterećen. Etička pitanja su brojna, a problem je i manjak mentora koji bi olakšali ili omogućili mladim liječnicima profesionalno napredovanje. U takvim uvjetima teško je provoditi istraživački rad, a koji se iz navedenih razloga često prekida već u najranijoj fazi istraživanja.

Oni liječnici koji savladaju sve navedene poteškoće i odluče krenuti u razvoj znanstveno – nastavne karijere nailaze dalje na čitav niz novih problema. Polazišna točka u razvoju akademske karijere je doktorat znanosti, međutim daljnje znanstveno nastavno karijerno napredovanje je složen proces koji podliježe brojnim pravilima i postupcima, te uključuje niz koraka kojima se potvrđuju kompetencije u znanstvenonastavnom području. Jedan od načina kojim bi se liječnicima u hitnoj medicini omogućilo znanstveno-nastavno napredovanje je otvaranje novih nastavničkih mjesta na Sveučilištu, odnosno novog odjela ili katedre iz područja hitne medicine. To bi značilo ne samo priliku za napredovanjem brojnih mladih liječnika nego i mogućnost daljnjeg znanstvenog i stručnog razvoja hitne medicine kao dinamične i izazovne struke koju će upravo ti liječnici prepoznati kao životni poziv.

Education and Research in Prehospital and Clinical Emergency Medicine

Monika Brodmann Maeder^{1,2,3}

¹Inselspital, Bern University Hospital, Bern, Switzerland

²University of Bern, Bern, Switzerland

³Institute for Mountain Emergency Medicine, Bolzano, Italy

Science in general faces problems with this reproducibility and replicability, and this applies very much to scientific research in emergency medicine. For many years, recommendations for the clinical work were more expert- than evidence-based. To perform prospective, double blind, placebo-controlled studies with patients who hover

between life and death remains difficult. Research is often based on retrospective data analyses with a low level of evidence. The few prospective studies face problems with low numbers of study participants and lack of scientific power. Scientific studies in prehospital emergency medicine are even more challenging, as many environmental factors cannot be predicted or controlled, and research can even bear risk for researchers. Many of the studies are exploratory in nature. Findings of these studies should be confirmed by repeating the research that produced these findings. All these factors can be responsible for sometimes take years until new findings are introduced with substantial delay in our daily work.

Education and training is an excellent way to implement new evidence from scientific research into decision-making in the dynamic field of emergency medicine. Teaching in general has substantially changed in the last few decades. It has moved from ex cathedra teaching to interactive course designs and student-centered learning. Today, one can select from a diversity of teaching methods like skills training, problem base learning or medical simulation. The key to improving the effectiveness of these sometimes highly demanding teaching opportunities are the instructors or teachers: They do not only need excellent content expertise, but they must also be able to transfer the knowledge to their learners as competently and efficiently as possible. Good teachers should be aware of new evidence from scientific research and should integrate it into their training.

Healthcare professionals who are working in a clinical setting can generate new aspects for research studies initiated by a clinical problem, and they are oftentimes trustworthy and reliable medical teachers because of their clinical background. Nurses and doctors who are able to integrate new scientific evidence in their daily work and who are able to share their knowledge with others are an invaluable source for maintaining and improving the quality of our daily work for the good of our patients.

Reorganizacija bolničke službe u svjetlu nove specijalizacije

Davor Štimac^{1,2}

¹Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

²Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

Specijalizacija iz hitne medicine predstavlja novost u bolničkom sustavu Republike Hrvatske, koju smo u KBC-u Rijeka prihvatili kao potencijal za bolji stručni rad i povećanje zadovoljstva pacijenata.

Otvaranjem novog Objedinjenog hitnog bolničkog prijama (OHBP) na lokalitetu Sušak kreditiranog iz sredstava HBOR-a i EIB-a, pustili smo pred nešto više od godinu dana u rad prvi objekt druge faze izgradnje Nove bolnice na lokalitetu Sušak. OHBP bi trebao postati centralno mjesto prijama hitnih bolesnika i paralelno s izgradnjom Nove bolnice pratiti pretvaranje Hitnog trakta na lokalitetu Rijeka u prijamnu ambulantu za taj lokalitet, a do potpunog objedinjavanja čitave bolnice na lokalitetu Sušak.

Iako je izgradnja novog OHBP-a na lokalitetu Sušak bio financijski i tehnološki zahtjevan projekt, glavni potencijalni problem reorganizacije hitne službe prepoznali smo u osiguravanju kadrovskih potencijala koji mogu stručno dovoljno kvalitetno odrađivati taj posao.

Upravo zato, u fazi kad je tek razmatrana ideja o jedinstvenom OHBP-u, pokrenute su i prve bolničke specijalizacije iz hitne medicine. Prvi specijalisti su već položili ispit

i prema planu sukcesivno u naredne dvije godine doseći ćemo broj od dvadesetak specijalista hitne medicine u našoj bolnici.

Ovakav jedinstven bolnički potencijal uz već sada prisutnih dvadesetak specijalizanata iz drugih ustanova predstavlja podlogu za reorganizaciju rada ne samo u OHBP, već i u čitavoj bolnici.

Sadašnja organizacija rada koja se u čitavoj bolnici temelji na dežurstvima specijalista i specijalizanata počeli smo reformirati u smislu prelaska za većinu specijalizacija gdje je to moguće iz 24 satnog u 16 satni odnosno dvanaest satni režim rada u poslijepodnevnom i noćnim satima.

Specijalisti hitne medicine trebali bi u narednim godinama postati grupa liječnika koja će kontinuirano brinuti o zbrinjavanju hitnih bolesnika i njihovoj trijaži kako bismo značajnije smanjili opterećenja svih ostalih bolničkih specijalista koja se odnose na rješavanje urgencija. Neprirodno je, pa čak i neučinkovito, a zasigurno potpuno atipično u odnosu na druge EU zemlje da specijalisti, od kojih su mnogi i sveučilišni nastavnici provode noći u bolnici kako bi savjetovali mlađe kolege i brinuli o hitnim pacijentima, a onda nakon toga idući dan odsustvovali radnog mjesta radi zasluženog odmora.

Upravo zato potrebna je ozbiljna reorganizacija bolničkog sustava OHBP-a, s ciljem da se novoškolovanim specijalistima hitne medicine osiguraju veće ovlasti i veća odgovornost u zbrinjavanju hitnih medicinskih stanja i donošenju odluka hoće li, gdje će i kada bolesnici biti hospitalizirani.

Treba pokušati organizirati sustav tako da vrlo uskoro rad u OHBP-u bude temeljen isključivo na specijalistima hitne medicine, koji moraju imati ovlasti da bolesnika smjeste na odjel koji smatraju najadekvatnijim za liječenjem pojedinog kliničkog stanja. Vjerujemo da će ti novoškolovani mladi ljudi zbrinjavati hitne bolesnike puno bolje, no stariji specijalisti ili specijalizanti različitih drugih specijalizacija.

Spomenuto bi trebalo dovesti do toga da će u OHBP-u 24 sata biti specijalisti hitne medicine koji će zaprimati hitne bolesnike i donositi odluke o njihovom trijažiranju na tragu dobre kliničke prakse. Ovako školovani liječnici sigurno će zbog prirode specijalizacije biti ti koji će zaprimati takve bolesnike u bolnicu i pratiti ih kroz sustav bolničkog liječenja.

