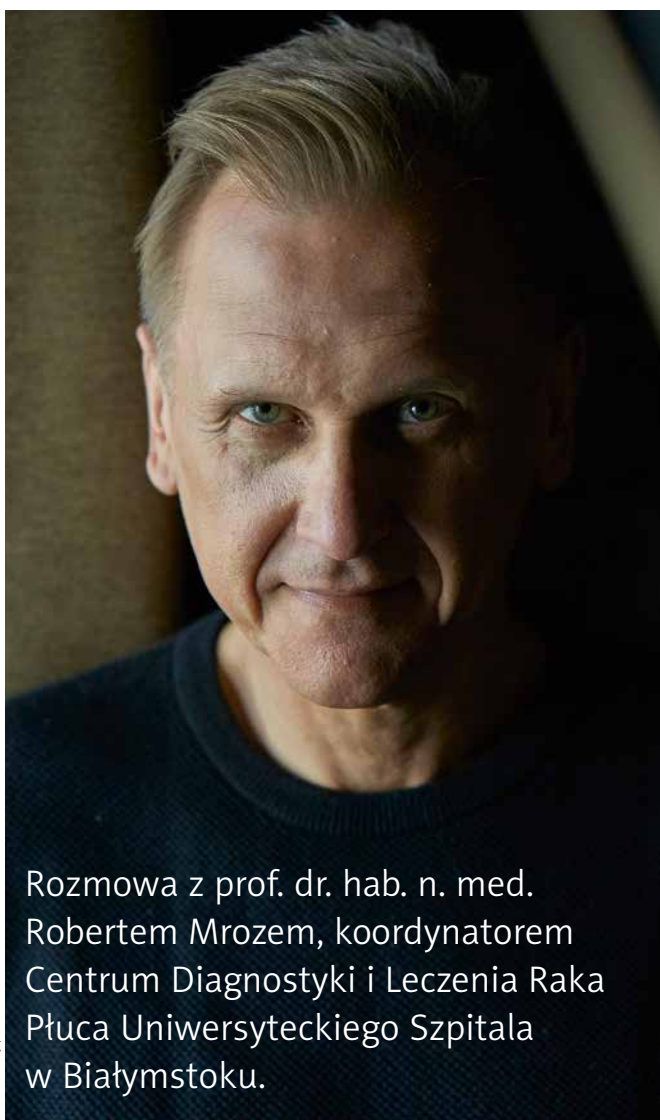


# Zróbmy miejsce wszystkim specjalistom



Fot. Materiały prasowe

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Robertem Mrozem, koordynatorem Centrum Diagnostyki i Leczenia Raka Płuca Uniwersyteckiego Szpitala w Białymstoku.

Wprowadzając *Lung Cancer Unit*, zdecydował się pan na zmianę sposobu organizacji pracy personelu z ordynatorskiego na konsyliarny.

Kiedy zaczynaliśmy organizację *Lung Cancer Unit*, mnie i mojemu zespołowi wydawało się, że najważniejsze jest zebranie w jednym miejscu specjalistów i instytucji zaangażowanych w diagnostykę i leczenie raka płuca. Myśleliśmy, że wystarczy mieć pulmonologów, chirurgów, onkologów klinicznych, radioterapeutów, koordynatorów i psychologów. Dość szybko okazało się, że to jednak za mało, ponieważ potrzebowaliśmy jeszcze zmiany podejścia do współpracy. Każdy z nas

musiał przewartościować swoją rolę i zacząć myśleć o sobie jako o części zespołu. Dopiero taka postawa daje efekty. Podczas konsyliów wspólnie oglądamy zdjęcia radiologiczne i toczymy dyskusje. Zdarza się, że kiedy nam, klinicyście, wydaje się, że już podjęliśmy decyzję, to ze swojej ławeczki odzywa się patomorfolog i wrzuca do ogródka kamyczek, który zmienia nasze podejście do danego przypadku. Osoba patrząca z innej perspektywy potrafi wskazać nowe kierunki. Pamiętajmy, że mówimy o sytuacjach trudnych, wymagających tzw. *borderline*.

**Wielodyscyplinarne konsylia wymusza też karta DiLO, powinny odbywać się w każdym ośrodku onkologicznym.**

Rzeczywiście jest w niej zapis wskazujący na konieczność organizowania konsyliów, ale nie zawsze polegają one na dyskusji zespołu specjalistów. Częściej poszczególni specjaliści konsultują pacjenta w różnym czasie i wpisują swoje uwagi na kartę konsyliarną. Nie wymieniają myśli i informacji. To zupełnie inna jakość. W naszym ośrodku unikamy takiej formy konsultowania.

**Jakie korzyści pacjentowi daje takie konsyliarne podejście?**

Przede wszystkim przyspiesza diagnostykę. Jesteśmy w stanie w pełni zdiagnozować i przygotować pacjenta do leczenia między 5. a 10. dniem od zgłoszenia się do ośrodka. Mówię o wszystkich badaniach, w tym genomicznych. Jeszcze niedawno wydawało się to marzeniem ściętej głowy. Szczególnie że mamy spersonalizowaną medycynę, każdy pacjent potrzebuje odmiennego podejścia – leczenia neoadiuwantowego, chirurgicznego, radioterapii, radiochemioterapii, immunoterapii itd. O tym wszystkim możemy decydować na konsylium. Nie czekamy na konsultanta z danej dziedziny, który przyjedzie bądź nie za dzień, dwa albo trzy. Słyszę o przypadkach, kiedy chory czeka dwa tygodnie, żeby radiolog skonsultował obraz tomografii komputerowej, co u nas jest absolutnie nie do przyjęcia. Zapomnieliśmy, że coś takiego może się zdarzać. W wielostopniowym nadzorze decyzje zapadają szybciej. Kiedy zaczynaliśmy organizowanie konsyliów, mieliśmy przy tej samej liczbie łóżek o połowę mniej wypisów miesięcznie niż dzisiaj. Poza tym wielodyscyplinarne podejście daje szansę, że pacjent będzie leczony w sposób optymalny.

### Jak często odbywają się konsylia?

Na przykład w szpitalach w Wielkiej Brytanii konsylia odbywają się codziennie po południu. One nie muszą trwać godzinami, czasem wystarczy kilkanaście minut, jeśli nie ma ważnych rzeczy do omówienia. U nas zwołujemy je wtedy, kiedy jest taka potrzeba. Celebrę ograniczamy do minimum. Pamiętam, że jako młody lekarz byłem ciągnany na niepotrzebne obchody, podczas których w większości przypadków informowałem ordynatora mniej więcej o tym samym co poprzedniego dnia.

### Obchody to wieloletnia tradycja polskich szpitali.

Ze względu na COVID-19 byliśmy gościnnie na innym oddziale i włos nam się jeżył na głowie, ponieważ organizowano tam dwa obchody dziennie, o których my już zapomnieliśmy. Uczestniczył w nich cały personel, chociaż do sali mógł wejść tylko ordynator i kilka osób. Pozostali marnowali czas, stojąc za drzwiami. U nas nie ma codziennych, trwających w nieskończoność obchodów, co pozwala zaoszczędzić czas.

### Zrezygnował pan z obchodów?

Nie zrezygnowałem, ale nie odbywają się codziennie. Robimy obchód raz w tygodniu, częściej jesteśmy u pacjentów, którzy tego wymagają. Obchód ma spełniać swoją funkcję. To nie jest tak, że pacjent leży na oddziale i nikt się nim nie interesuje, bo nie było obchodu. Lekarz prowadzący ma z nim stały kontakt, na bieżąco monitoruje postępy diagnostyczne i terapeutyczne. Trudniejsze sytuacje są konsultowane z ordynatorem i omawiane na konsyliach. Przekazywanie informacji jest wielostopniowe i odbywa się w każdym momencie. Nie czekamy na obchód, kiedy stan pacjenta się pogarsza, ale działamy natychmiast. System konsyliarny to nie tylko organizowanie konsyliów, ale zmiana zarządzania oddziałem na wielu poziomach.

### Jak te zmiany przyjął zespół?

Na początku część kolegów się obraziła. Pamiętam zebranie, kiedy naprzeciwko mnie usiadło czterech torakochirurgów, lekarzy bardziej doświadczonych ode mnie. Wszyscy *a priori* nastroszeni, bo „nie będzie im pulmonolog kwalifikował do zabiegu operacyjnego”. Trochę czasu minęło, zanim moi wspaniali koledzy zrozumieli, że sytuacja jest zgoła odwrotna. Ostatecznie to chirurg kwalifikuje, operuje i ponosi za to odpowiedzialność. Ja jako pulmonolog chcę ułatwić mu pracę, a nie utrudniać.

### Z czasem zaakceptowali tę nową dla nich sytuację?

W pełni zaakceptowali i dostrzegli w tym korzyści. Patomorfolodzy powiedzieli, że w końcu wyszli z piwnicy. Zaproponowałem stworzenie zespołu patomorfologów,

”Delegowanie obowiązków, praca zespołowa oraz otwartość na dyskusje – takie postępowanie podnosi jakość pracy oddziału na każdym poziomie”

którzy specjalizowaliby się w raku płuca, nabywali doświadczenia, doktoryzowali się, robili habilitację. Kierownik zakładu delegował trzy osoby. Daje to fantastyczne efekty. Od kiedy uczestniczą w konsyliach, zmieniło się ich podejście do opisów. Radiolog mówi: już wiem, że muszę się skupić na tym, czy np. nowotwór nacieka naczynie, bo to jest istotne dla chirurga, który analizuje, czy uda mu się odseparować zmianę od otaczających struktur śródpiersia. Radiolodzy i patomorfolodzy muszą czuć się ważni, bo są ważni. Bez nich nie ma współczesnej onkologii.

Niedawno wchłonęliśmy jeden z oddziałów pulmonologicznych, koledzy szybko dostosowują się do nowych warunków organizacyjnych. Na pewno to dla nich spore obciążenie, żeby w krótkim czasie zmienić nawyki i sposób myślenia, ale mam nadzieję, że widzą, że to ma sens. Delegowanie obowiązków, praca zespołowa oraz otwartość na dyskusje – takie postępowanie podnosi jakość pracy oddziału na każdym poziomie.

### O nieefektywności systemu ordynatorskiego mówi się co najmniej od 10 lat, ale nie idą za tym zmiany.

Hołubienie starego systemu ordynatorskiego nie jest najlepszą formą organizowania pracy oddziału. Kraje zachodnie już dawno o tym wiedzą i w wielu z nich o nim zapomniano. Czas, żeby polskie szpitale też z niego wychodziły. Pierwszy raz byłem w holenderskim ośrodku w 1993 r. i już wtedy funkcjonował tam tzw. *maatschap*, gdzie nie było jednego ordynatora, tylko czterech, pięciu specjalistów, którzy stanowili radę oddziału. Wtedy to był dla mnie szok, ale z czasem zobaczyłem, że tamto podejście jest zdrowe, przynosi efekty. Zrozumiałem, jak ważne jest ograniczenie podejmowania jednoosobowych decyzji.

### Dlaczego to takie ważne?

Z kilku powodów. System ordynatorski zakłada skupienie dużej części kompetencji w rękach jednej osoby. Niewiele miejsca zostaje na swobodne, otwarte delegowanie obowiązków. System konsyliarny polega natomiast na przekazaniu jak najwięcej zadań lekarzowi prowadzącemu. W zespole mamy specjalistów danej dziedziny, są to gotowi do pracy lekarze i nie ma powodu, żeby latami czekali na swoją kolej. Rozwój lekarza jest najszybszy w wieku 25–35 lat. W systemie

„W Polsce nie premiuje się dobrych rozwiązań, więc nie ma motywacji, żeby je wprowadzać. Wiele mogłoby zmienić monitorowanie jakości”

ordynatorskim te pierwsze 10 lat po studiach, nie chcę powiedzieć, że jest zmarnowane, ale na pewno nie jest wykorzystane optymalnie. Namawiam też do rezerwy w podejściu uczeń – mistrz, zwłaszcza kiedy taka relacja trwa latami. Nie chcę negować wartości kompetencji doświadczonych, utytułowanych i świetnych lekarzy, nie neguję roli międzypokoleniowego przekazywania wiedzy. Pragnę jedynie podkreślić, że konsyliarne podejście robi miejsce także dla kolegów z mniejszym doświadczeniem i to już od pierwszych dni ich pracy.

#### Młodzi lekarze dopiero nabywają doświadczenia.

Należy wprowadzić maksymalną ilość algorytmów postępowania, które pozwalają na dużą samodzielność. Dzięki temu młodzi koledzy szybko się wdrażają i stają pełnoprawnymi członkami zespołu. W pulmonologii u ok. 80 proc. pacjentów postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne można oprzeć na algorytmach. Pozostałe 20 proc. to przypadki trudne, wymagające – nad nimi trzeba się pochylić. Poza tym początkujący medycy nie są pozostawieni sami sobie. Każdy z nich ma lekarza nadzorującego. Młody lekarz ma prawo pytać, a doświadczony obowiązek udzielić informacji. Absolutnie nie do przyjęcia jest niedzielenie się wiedzą. Pamiętam, że jako młody lekarz zapytałem przełożonego o jakąś kwestię i usłyszałem, że od nauki są książki. Już nigdy więcej go o nic nie zapytałem. Nie chciałbym popełniać takich błędów w swojej praktyce lekarskiej. W naszym ośrodku szybciej otwieramy też sale zabiegowe dla młodych lekarzy. Na przykład wykonywanie zabiegów endoskopowych jest dla nich niezwykle atrakcyjne. Kiedy ja zaczynałem praktykę, to w klinice, która zatrudniała kilkunastu lekarzy, namaszczone do robienia podstawowej bronchoskopii były dwie osoby. U nas endoskopii uczą się wszyscy, również rezydenci. To dowartościowuje lekarza, który nie czuje się jak w ukazie cara, że ma być lichy i swoim pojmowaniem sprawy nie peszyć przełożonego. Stanowi ważną część zespołu, nabiera pewności siebie, rozwija się i szybko staje samodzielnym lekarzem.

#### Jaka w takim razie jest rola ordynatora w ośrodku, którym pan kieruje?

Kiedy uczestniczyłem w konkursach ordynatorskich, zawsze pytałem kandydata, co jest najważniejsze

w pracy kierownika oddziału. Zwykle padała odpowiedź, że leczenie pacjentów. To jest najważniejsza rola lekarza, ale ordynator przede wszystkim ma koordynować, optymalizować pracę ośrodka i dbać o rozwój zespołu. Programy specjalizacyjne muszą być prowadzone w sposób rzetelny. Rezydenci powinni mieć dobry plan nauki, dostęp do szkoleń, bo ich edukacja jest moim – ordynatora obowiązkiem. Im będziemy mieli atrakcyjniejszy program, tym więcej młodych lekarzy przyciągniemy i tym więcej ich z nami zostanie. A zależy mi na rozwoju pulmonologii, ponieważ oddział kardiologiczno-pulmonologiczny to serce każdego szpitala.

#### W Polsce wciąż biurokracja zabiera czas lekarzom. Pan zatrudnił personel pomocniczy.

Struktura zatrudnienia w *Lung Cancer Unit* to nie tylko lekarze i pielęgniarki, lecz także koordynatorzy i sekretarki medyczne. Pamiętam szeroko otwarte oczy dyrektora mojego szpitala, kiedy powiedziałem, że na wstępie powinniśmy zatrudnić przynajmniej trzy osoby personelu pomocniczego. Usłyszałem, że to bizantyjskie podejście do polityki kadrowej. Przekonywałem, że przeniesienie procedur na personel pomocniczy to nie są zmarnowane pieniądze – to zabranie tych czasochłonnych obowiązków lekarzom. Koordynacja terminów badań, planowanie poszczególnych zabiegów, wypełnianie dokumentacji nie musi być wyłącznie w rękach lekarzy. Na zachodzie odciążenie lekarza z pracy administracyjnej jest doprowadzone do maksimum, żeby wykorzystać go jako specjalistę. Kiedy na naszym konsylium pojawiają się koledzy z innych oddziałów, to zdarza się, że są nieprzygotowani. Szukają jakichś kartek, wyników badań, bo zwyczajnie nie mieli na to czasu. Dla nas każda minuta pracy naszych specjalistów jest cenna.

#### Dlaczego tak trudno wprowadza się zmiany w ochronie zdrowia?

W Polsce nie premiuje się dobrych rozwiązań, więc nie ma motywacji, żeby je wprowadzać. Wiele mogłoby zmienić monitorowanie jakości. W tym wypadku nie trzeba wywarzać otwartych drzwi, wystarczyłoby sięgnąć po model holenderski, gdzie istnieje instytucja pozarządowa, która się tym zajmuje. Nie chodzi o kontrolę i rozdawanie mandatów, ale wychwytywanie pewnych niedociągnięć i podnoszenie jakości w medycynie, np. poprzez wprowadzanie programów naprawczych w danych obszarach.

W Wielkiej Brytanii działa *service development*, który polega na tym, że jeśli lekarz czy pielęgniarka wprowadzi na swoim oddziale innowację, otrzymuje odpowiednią liczbę punktów, co później ma odbicie w dodatku do emerytury. Tam jest to zauważane i doceniane.

Rozmawiała Monika Stelmach