



foto: Bartłomiej Zborowski/Fotorezepa

Zmianę sytuacji lekarzy należy rozpocząć od likwidacji służby zdrowia i wprowadzenia ochrony zdrowia

Lekarz dyżurny

Jarosław J. Fedorowski

W związku z wprowadzeniem dyrektywy Unii Europejskiej dotyczącej czasu pracy lekarzy nadszedł dobry moment na analizę instytucji lekarza dyżurnego. Oczywiście jest, że w szpitalu należy zapewnić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów przez całą dobę. Polski system organizacji pracy tych placówek, przez wielu ekspertów ochrony zdrowia zwany feudalnym, opiera się na obecności lekarzy specjalistów na oddziałach poza zwyczajowo ustalonymi godzinami pracy. Każdy oddział ma dyżurkę lekarską wyposażoną w miejsce do spania, czajnik do gotowania wody, telewizor oraz często komputer. Oprócz specjalistów, bez których nikt nie wyobraża sobie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, dyżury pełnią także lekarze rezydenci oraz stażyści.

Zadaniem lekarza dyżurnego jest opieka nad hospitalizowanymi oraz w wypadku tzw. dyżurów ostrych przyjmowanie chorych na oddział poprzez izbę przyjęć lub SOR.

Szpitalne księstwa

Polski system lekarzy dyżurnych jest konsekwencją podziału organizacyjnego szpitali na udzielne państw-

ka, czyli oddziały. Za całokształt opieki lekarskiej także na dyżurze odpowiada ordynator, któremu lekarze dyżurni, nawet doświadczeni specjaliści, składają raport poranny. Wypełniają przy tym skrzętnie jakże nowoczesne narzędzie komunikacyjne – książkę raportów lekarskich. A gdzie trafia pacjent przyjęty przez lekarza dyżurnego? Do sali prowadzonej przez lekarza salowego, o którym pisałem w poprzedniej publikacji (*System lekarza salowego*, *Menedżer Zdrowia* nr 9/2007).



„ Polski system lekarzy dyżurnych jest konsekwencją podziału organizacyjnego szpitala na udzielne państwka, czyli oddziały ”

W szpitalu o godzinie 17.00 jest zazwyczaj tyle samo lekarzy dyżurnych, ile o godzinie 5.00, choć wiadomo, że natężenie pracy w tych godzinach znacznie się różni.

Podsumowując, w większości placówek na każdym oddziale mamy po godzinach lekarzy specjalistów dyżurnych, którzy, co jest w takim systemie naturalne, dążą do zminimalizowania swojej pracy, chroniąc się w zaciszu dyżurek i patrząc na całe przedsięwzięcie dyżuru lekarskiego przez pryzmat osobisty, ewentualnie

własnego oddziału. *Pod telefonem* są natomiast ordynatorzy, którzy właściwie powinni być dostępni *non stop*. Lekarze dyżurni rezydenci oraz stażyści są wykorzystywani lepiej lub gorzej. Nie ma przejrzystego systemu organizacji dyżurów lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, a tym bardziej stażystów. Nie ma ponadto ciągłości opieki nad pacjentem, jako że zazwyczaj trafia on następnego dnia do innego lekarza prowadzącego.

Bezpieczny szpital

Na jednej z konferencji ktoś zapytał mnie, jak zapewnić obsadę dyżurów lekarskich na oddziałach. Odpowiedź nie jest prosta, ale przede wszystkim należy gruntownie zmienić organizację pracy szpitala, a dopiero potem wprowadzać motywacyjny system wynagradzania lekarzy dyżurnych.

Czy można efektywniej zorganizować dyżury lekarskie? Uważam, że zasadniczą sprawą jest wprowadzenie sprawnego systemu, opartego na polityce zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego szpitala jako całości.

W większych placówkach pełniących stały dyżur, w których jest wielu lekarzy w trakcie szkolenia, należy wprowadzić zespołowy system pracy, podział na sektory, a także instytucję lekarzy hospitalistów. System zespołowy polega na stworzeniu grup lekarzy tej samej specjalności, działających pod nadzorem wykwalifikowanego specjalisty (w grupach tych bezpośrednio opiekę nad pacjentem sprawują lekarze młodszy). W dużym ośrodku akademickim zespół lekarzy chorób układu krążenia będzie składał się np. z 4 stażystów, 2 rezydentów i samodzielnego specjalisty kardiologa. Będą oni prowadzić pacjentów na dowolnej sali – spełniającej kryteria epidemiologiczne i odpowiednio wyposażonej. Może być np. 5 takich grup. Kolejno każda z nich pełni funkcje zespołu dyżurnego w systemie 1:5. Pacjent przyjęty przez konkretny zespół jest przez niego prowadzony przez całą hospitalizację. Grupy, które nie mają w danym dniu dyżuru, mogą opuścić szpital po wykonaniu codziennych obowiązków, składając krótki raport o stanie swoich pacjentów zespołowi dyżurnemu. Z kolei w zespole dyżurnym może następować rotacja – część lekarzy pełni dyżur krótszy, a część dłuższy. Aby spełnić wymagania dotyczące czasu pracy, a także zapewnić efektywne wykorzystanie personelu lekarskiego z punktu widzenia interesu całego szpitala, korzystne jest stworzenie dodatkowego zespołu lub zespołów do dyżurów nocnych np. od godz. 20.00 do 8.00. W dużych szpitalach klinicznych, gdzie zatrudnionych jest wielu lekarzy, każdy z lekarzy specjalistów będzie miał dyżur nocny przez miesiąc, nie częściej niż raz w roku, a i tak może w znakomitej części być to praca *pod telefonem*. Dodatkowo można stworzyć zespół konsultacyjny dla innych sektorów klinicznych w trakcie

„ W mniejszych szpitalach należy oprzeć się na mniej licznych zespołach lub na systemie rotacyjnym lekarzy specjalistów oraz na lekarzach hospitalistach „



„ Czas skończyć z systemem, w którym lekarze – nawet doświadczeni specjaliści – składają poranny raport ordynatorowi „

dnia oraz zespół prowadzący pacjentów wymagających intensywnego nadzoru. Po godzinach funkcje tych zespołów przejmuje zespół dyżurny lub zespół dyżurny nocny. Pragnę podkreślić, że system pracy zespołowej nie jest systemem zmianowym.

System rotacyjny

W mniejszych szpitalach należy opierać się na mniej licznych zespołach lub na systemie rotacyjnym lekarzy specjalistów oraz na lekarzach hospitalistach. Ci ostatni są ważnym elementem nowoczesnej opieki szpitalnej. Są to najczęściej dobrze wyszkoleni interniści, pełniący funkcję szpitalnych lekarzy prowadzących pierwszego kontaktu. Wiele interwencji w szpitalu ma właśnie charakter internistyczny, dlatego pozostali specjaliści mogą być wykorzystani bardziej efektywnie dzięki hospitalistom. Dobrze wyszkolony hospitalista może z powodzeniem prowadzić pacjentów na oddziale intensywnej terapii, pozwalając

szpitalowi na optymalne wykorzystanie czasu anestezjologów. Może ponadto wykonywać wiele zabiegów, jak zakładanie wkłuczeń głębokich, cewników, sond czy drenaży, odciążając innych specjalistów. Ciekawym rozwiązaniem w szpitalach małych i średnich jest outsourcing dyżurów lekarskich. W dużych placówkach można stosować to rozwiązanie wybiórczo, np. w celu zapewnienia dyżurów na SOR.

Koniec z oddziałami

Następnym elementem sprzyjającym nowoczesnej organizacji pracy szpitala, a co za tym idzie – dyżurów lekarskich, jest odejście od oddziałowego pojmowania funkcjonowania szpitala. W dużych placówkach klinicznych czy specjalistycznych zarząd nie ma możliwości sprawnej współpracy z personelem lekarskim, gdyż musi na bieżąco rozmawiać z kilkunastoma albo nawet kilkudziesięcioma ordynatorami czy kierownikami klinik. Podstawowe nauki o zarządzaniu sugerują tymczasem, że najbardziej efektywnie pracuje się w zespołach kilkuosobowych. Dla szpitala jest zatem korzystne stworzenie sektorów klinicznych pod przewodnictwem lekarzy wybieranych przez specjalistów pokrewnych dziedzin. Przykładem może być sektor chorób układu krążeniowo-oddechowego, grupujący kardiologów, pulmonologów, kardiochirurgów, torakochirurgów, chirurgów naczyniowych i radiologów interwencyjnych. W małych szpitalach można poprzestać na sektorze medycznym i chirurgicznym. Kwestia sektorów szpitalnych i wprowadzaniu tego systemu w jednym z największych polskich szpitali będzie przedmiotem osobnego opracowania na łamach MZ.

Radykalna ewolucja

Instytucja lekarza dyżurnego musi ewoluować wraz z systemem ochrony zdrowia oraz rozwojem ekonomicznym Polski i świata. Potrzebna jest radykalna zmiana myślenia i przejście do nowoczesnego systemu organizacji pracy szpitala. Jak zapewnić obsadę dyżurów lekarskich na oddziałach szpitalnych? Zlikwidować oddziały i przejść na system nowoczesnej organizacji pracy szpitala. Jeśli tego dokonamy, będzie można zapłacić za dyżury nowoczesne, europejskie stawki lekarzom, spełniając jednocześnie normy czasowe UE.

A najkrócej – jak uzdrowić polską służbę zdrowia? Zlikwidować służbę zdrowia i wprowadzić ochronę zdrowia.

Autor jest m.in. profesorem Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, prezesem Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych, konsultantem American Heart of Poland i Diagnostic and Prevention Center w St. Moritz.