



Fot. iStockphoto.com

Dyżury lekarskie jak bumerang

Temat dyżurów lekarskich oraz organizacji pracy lekarzy w szpitalu powraca jak bumerang. Od czasu gdy ostatnio poruszałem tę sprawę na łamach „Menedżera Zdrowia”, zaistniały okoliczności sprzyjające urzeczywistnieniu propozycji efektywnego wykorzystania zasobów lekarskich w polskich szpitalach.

Tymi okolicznościami są przede wszystkim mapy potrzeb zdrowotnych, ryczałtowe budżetowanie szpitali oraz tzw. normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Mapy, te pierwsze oraz te poprawione, w sposób jednoznaczny wykazały, że liczne świadczenia przyporządkowane do oddziałów szpitalnych wyodrębnionych na podstawie wąskich specjalizacji lekarskich mogą i powinny być wykonywane na oddziałach wielodyscyplinarnych.

Step-down units

Nawet studenci wiedzą, że zabiegi chirurgiczne nie odbywają się na oddziale chirurgicznym, ale na bloku operacyjnym. Oczywiście jest, że pacjent, który po operacji pozostaje w stanie ciężkim, zostaje skierowany na oddział intensywnej terapii, a więc oddział jak najbardziej interdyscyplinarny, gdzie takiego pacjenta

prowadzi nie chirurg, który go operował, ale lekarz intensywnista. W warunkach europejskich jest to najczęściej specjalista intensywnej terapii i anestezjologii.

Jest też jasne, że pacjent po operacji, który nie wymaga np. respiratora i amin presyjnych, czyli po prostu nie spełnia kryteriów przyjęcia na OIT, a ma inne powikłania pozachirurgiczne, takie jak arytmia, zaburzenia neurologiczne, czy też znaczną anemię, nie powinien być leczony na „zwykłym” oddziale. Stąd wywodzi się idea organizacji oddziałów (lepiej „obszarów”) terapii progresywnej, tzw. *step-down units*. W takich interdyscyplinarnych obszarach, na wzór OIT, pacjenta powinien prowadzić lekarz o szerokim spojrzeniu na problemy medyczne, najlepiej doświadczony internista szpitalny, czyli hospitalista. Kolejnym poziomem leczenia, poniżej terapii intensywnej i progresywnej, jest poziom terapii ostrej. Pacjent bez powikłań oko-

operacyjnych powinien trafić właśnie tam i może być prowadzony przez chirurga albo przez hospitalistę – szczególnie w przypadku chorób współistniejących.

Poziom podostry

Najniższym poziomem leczenia w typowym szpitalu ogólnym powinien być poziom podostry, czyli wczesna rehabilitacja, a w niektórych szpitalach można też organizować obszary opieki (tutaj słowo „opieka” będzie bardziej właściwe niż „terapia”). Tak więc mapy pokazują nam także drogę do reorganizacji szpitali. Funkcję facylitatora spełnia też ryczałtowy sposób budżetowania szpitali. Polega on na odejściu od oddziałowego kontraktowania i rozliczania świadczeń na rzecz proceduralnego. Ułatwia tzw. przesunięcia międzyoddziałowe, ale przede wszystkim umożliwia łączenie oddziałów i tworzenie obszarów wielodyscyplinarnych.

Presja braku kadr

Wymieniłem także normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W normach tych zastosowano dużo prostszy podział – na oddziały zabiegowe i zachowawcze, z którym można polemizować, ale który jest krokiem we właściwą stronę – do tworzenia obszarów wielodyscyplinarnych. W Polsce, podobnie jak w wielu krajach na świecie, mamy do czynienia głównie z relatywnym niedoborem kadry lekarskiej, wynikającym z nierównomiernego rozmieszczenia, nadmiaru obowiązków nielekarskich czy niedostatecznych rozwiązań technologicznych (np. systemy rozpoznawania mowy, transkrypcje).

Według danych z pierwszej ręki (aktualny rejestr lekarzy NIL, populacja wg GUS) wskaźnik liczby lekarzy w Polsce wynosi 3,4/1000 i niemal wszyscy skarżą się na nieodpowiedni warsztat codziennej pracy. Odczucia naszego społeczeństwa oraz zarządzających szpitalami są takie, że mamy znaczny niedobór lekarzy. Odczucia te potęgują media oraz część ekspertów powołujących się na nieprecyzyjne wskaźniki podawane przez OECD (wskaźnik 2,4).

Dyżurka z czajnikiem i telewizorem

Skoro jednak w naszych szpitalach w typowych dyżurkach, takich z czajnikiem, wersalką i telewizorem, w nocy dyżuruje zbyt wielu lekarzy, mających – przynajmniej to – dość mało bieżącej pracy przy sporej odpowiedzialności, to nie możemy się spodziewać żadnej poprawy w dostępności kadry. Dyrektorzy szpitali zrzeszonych w Polskiej Federacji Szpitali zgłaszają, że wielu dyżurantów (z wyjątkiem SOR) po prostu śpi, choć wiemy, że nie jest to taki sen jak w domu. Uważam, że nie mamy innego wyjścia – musimy radykalnie przeobrazić system dyżurów lekarskich. Pierwszą sprawą pod względem organizacji pracy powinno być przejście na system hospitalistów oraz 12-godzinny tryb pracy wszystkich lekarzy rezydentów.

„ Liczne świadczenia przyporządkowane do oddziałów szpitalnych wyodrębnionych na podstawie wąskich specjalizacji lekarskich mogą i powinny być wykonywane na oddziałach wielodyscyplinarnych ”

Kolejna sprawa to jak najszybciej wprowadzenie ratowników medycznych do szpitali, jako pomocników dyżurnego hospitalisty – do wstępnego *triage* stanów nagłych w szpitalu, oczywiście po dodatkowym przeszkoleniu. Musimy jeszcze maksymalnie odciążać pielęgniarki poprzez masowe wykorzystanie asystentów pielęgniarskich (opiekunek), wprowadzić do szpitali inne zawody (inżynier medyczny, farmaceuta kliniczny) oraz nowe zawody pomocnicze (technik terapii oddechowej, flebotomista, asystent medyczny).

Teraz dochodzimy do spraw finansowych. Lekarz dyżurny, który – po nowemu – nie śpi w nocy, powinien być świetnie wynagradzany. Jeśli zamiast dziesięciu lekarzy dyżurujących na miejscu będzie ich dwóch, to stawka minimum 200 zł na godzinę wydaje się efektywna kosztowo i chyba raczej znajdziemy chętnych na dyżury.

„ Nawet studenci wiedzą, że zabiegi chirurgiczne nie odbywają się na oddziale chirurgicznym, ale na bloku operacyjnym ”

Naczynia połączone

Ochrona zdrowia to system naczyń połączonych. Rosnące problemy kadrowe wynikają z wielu czynników, ale przede wszystkim z bardzo niskich budżetów naszych szpitali i nieprzystającej do wymagań nowoczesnej medycyny i ekonomii organizacji pracy personelu lekarskiego. Dlatego uważam, że przyszedł już czas na implementację nowoczesnych i efektywnych kosztowo rozwiązań organizacyjnych. Samo zmniejszanie liczby łóżek szpitalnych i przesuwanie procedur do leczenia otwartego, w pełni uzasadnione, w mojej opinii nie będzie wystarczające.

Jarostaw J. Fedorowski
Autor jest prezesem Polskiej Federacji Szpitali.