



Feudalny model obowiązujący w szpitalach nie pozwala na upowszechnienie systemu konsultanckiego

System lekarza salowego

Jarosław J. Fedorowski

Ustyszałem niedawno od jednego z ordynatorów, że przyporządkowanie lekarza do sali jest niezbędne, aby szybko wiedział, kogo ma opieprzyć. Warto bowiem przypomnieć, iż w większości polskich szpitali organizacja pracy polega na *przyporządkowaniu* lekarza prowadzącego do sali chorych. Jeśli jest on specjalistą, czyli lekarzem klinicznie samodzielny, odpowiada za pacjentów leżących na przydzielonej mu sali. W polskim tradycyjnym modelu, nazywanym przez wielu lekarzy oraz menedżerów szpitali feudalnym, lekarze prowadzący sale są *klinicznie* bezpośrednio podporządkowani ordynatorowi oddziału czy też – w szpitalu akademickim – kierownikowi kliniki.

Zastanówmy się zatem, jakie zalety i wady ma system, nieco prowokacyjnie nazwany przeze mnie *systemem lekarza salowego*.

Wątpliwe zalety

Do moim zdaniem wątpliwych zalet, oprócz wyżej wymienionej przez ordynatora, można zaliczyć wygodę

komunikacyjną dla lekarza. Niezaprzeczalną wartością jest też możliwość stworzenia na sali, wśród pacjentów prowadzonych przez tego samego lekarza, atmosfery kolegalności. Innych zalet trudno się doszukać. Dla szpitala system salowy jest niekorzystny. Lekarzowi pracującemu na etacie zależy na tym, by wszystkie łóżka na jego sali były zajęte jak najdłużej, bo to oznacza, że nie będzie mógł przyjąć nowych chorych. Dzięki temu

zaś będzie miał mniej pracy za te same pieniądze. Dla szpitala oznacza to przedłużenie czasu pobytu pacjentów, zakorkowanie SOR oraz ogólną niewydolność. Jeśli lekarz byłby rozliczany wyłącznie za produktywność, dążyłby do szybkich wypisów, mogąc stanowić ryzyko dla szpitala, z którego wypisywałby niedoleczonych pacjentów. System salowy nie pozwala na elastyczne podejście do hospitalizacji w wypadku znacznego obłożenia szpitala. Załóżmy, że wszystkie sale na oddziale kardiologii są zajęte, a do przyjęcia jest pacjent z objawami niewydolności krążenia, niewymagający intensywnej terapii. W systemie salowym pacjent albo czeka na miejsce na SOR, albo jest przyjmowany na inny oddział, np. chorób płuc. Kto staje się wtedy lekarzem prowadzącym? Oczywiście lekarz salowy, w tym wypadku pulmonolog. Pacjenta prowadzi zatem lekarz bez optymalnej specjalizacji. System lekarza salowego sprzyja stagnacji. W skali szpitala utrudnione jest efektywne wykorzystywanie zasobów łóżkowych. Trudne jest elastyczne reagowanie na sytuacje kryzysowe poprzez prowadzenie pacjentów przez odpowiednich specjalistów w różnych miejscach szpitala. Czy zatem istnieje inne, lepsze rozwiązanie organizacji pracy lekarzy w szpitalu?

„ Jednym z istotnych elementów wprowadzenia systemu konsultanckiego jest zerwanie z systemem lekarzy salowych i przejście na system lekarzy obsługujących pacjentów ”

Model konsultancki

Ostatnio dużo się mówi o wprowadzeniu systemu konsultanckiego. W niektórych szpitalach, najczęściej nieakademickich, taki model już zaczyna funkcjonować. W placówkach prywatnych system konsultancki jest podstawą do pozyskiwania i utrzymywania kadry medycznej. Czy polscy lekarze są zwolennikami takiego systemu? Większość tak, co udowodnili, wyjeżdżając do krajów z systemem konsultanckim, podejmując pracę w prywatnych szpitalach oraz w wielu wypowiedziach. Ze statystyk wynika, że największe niedobory powstały wśród lekarzy specjalistów w średnim wieku, a więc tych, dla których system konsultancki jest najbardziej atrakcyjny. Jaka jest zatem konsekwencja z systemem pracy lekarzy w szpitalu? Moim zdaniem, jednym z istotnych elementów wprowadzenia systemu konsultanckiego jest zerwanie z systemem lekarzy salowych i przejście na system lekarzy obsługujących pacjentów. W tym systemie to właśnie chory staje się centrum uwagi, a praca lekarza

podporządkowana jest jego interesom. System jest prosty, a polega na tym, że konkretnego pacjenta prowadzi specjalista, najlepiej w zespole złożonym z lekarzy rezydentów, stażystów i studentów. Zespół lekarski może opiekować się nim w różnych rejonach szpitala, stając się mobilną podstawową jednostką leczniczą. W jednej specjalności należy stworzyć kilka zespołów lekarskich, naprzemiennie przyjmujących nowych pacjentów. Można wyznaczyć zespół dyżurny, który przyjmuje chorych w danym dniu, zespół nocny do przyjęć nocnych i zespół konsultacyjny wyłącznie do udzielania konsultacji. Funkcja szefa serwisu czy sektora klinicznego polega na koordynacji działań zespołów oraz nadzorze nad jakością opieki. Za proces leczenia odpowiada specjalista prowadzący, w nomenklaturze brytyjskiej zwany konsultantem. Z punktu widzenia zarządzania szpitalem, zyskujemy sprawne zespoły prowadzące, możliwość elastycznego i optymalnego zarządzania łózkami oraz polepszenia motywacji specjalistów, a także rezydentów. Natomiast pacjent może wreszcie powiedzieć: mnie prowadzi doktor X, a nie moją salę prowadzi doktor X. System musi się opierać na współpracy z pielęgniarkami. Będąc na miejscu, opiekują się one pacjentami na sali i uczestniczą w wizytach zespołów lekarskich.

Bezcerne pielęgniarki

System konsultancki (lekarzy prowadzących pacjentów) niewątpliwie dowartościowuje pielęgniarki. W obecnej sytuacji przyciągnięcie i utrzymanie pielęgniarek staje się wielkim wyzwaniem. Ten system, oczywiście oprócz polepszenia warunków płacowych, może być istotnym motywatorem, dając takie zasadnicze elementy motywacyjne dla lekarzy i pielęgniarek, jak kontrola i szacunek. Jeszcze jako student medycyny widziałem dobrze funkcjonujący model lekarzy prowadzących pacjentów w polskiej wersji, a więc z bardzo silną pozycją kierownika kliniki. W 17 szpitalach (w 4 krajach), w których do tej pory pracowałem, tylko w Polsce znalazłem gorących orędowników systemu lekarza salowego. I to przede wszystkim wśród kadry ordynatorskiej. Podczas moich wykładów na kursach MBA dla kadry medycznej, prowadzonych w Wyższej Szkole Przedsiębiorczości i Zarządzania im. Leona Koźmińskiego, kursach zarządzania ochroną zdrowia na SGH oraz na konferencji dyrektorów medycznych nie spotkałem menedżera ochrony zdrowia, który polecałby system lekarzy salowych i system ordynatorski. Wręcz odwrotnie.

Jarostaw J. Fedorowski,
MBA, FACP, FESC, prezes Komisji Założycielskiej
Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych,
właściciel i dyrektor medyczny międzynarodowej
prywatnej firmy konsultingu medycznego,
prof. nadzw. dr med. University of Vermont, USA.
Tytuł pochodzi od redakcji.