

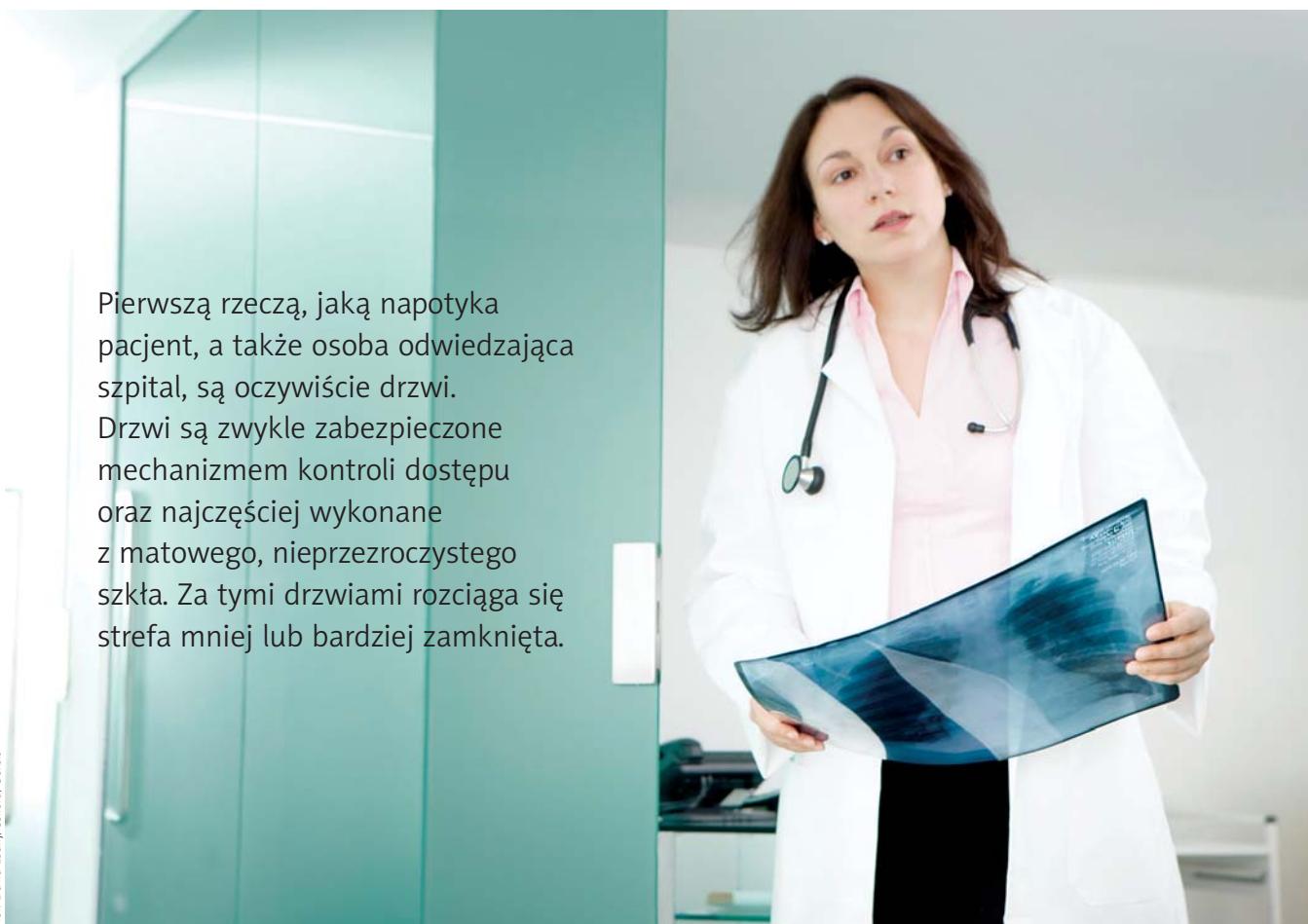
Co dyrektorzy, ordynatorzy i rejestratorzy ukrywają za nieprzezroczystym szkłem matowym

# Oddział zamknięty

Jarosław J. Fedorowski

Pierwszą rzeczą, jaką napotyka pacjent, a także osoba odwiedzająca szpital, są oczywiście drzwi. Drzwi są zwykle zabezpieczone mechanizmem kontroli dostępu oraz najczęściej wykonane z matowego, nieprzezroczystego szkła. Za tymi drzwiami rozciąga się strefa mniej lub bardziej zamknięta.

foto: David Leahy/cultura/Corbis



Centrum dowódczym oddziału jest gabinet ordynatora z przyległościami, a w szpitalu akademickim sekretariat kierownika kliniki. Następnie napotykamy dyżurkę lekarską, gdzie toczy się praca zawodowa, ale także życie socjalne lekarzy. Są tam bowiem zarówno komputery, historie choroby pacjentów, jak i lodówka, czajnik oraz telewizor. W niektórych dyżurkach lekarskich swoje stanowisko ma sekretarka medyczna (czasem stanowisko to znajduje się w sekretariacie ordynatora). W większości szpitali jest także gabinet pielęgniarki oddziałowej. Gdzieś w połowie lub na końcu oddziału jest zlokalizowana dyżurka pielęgniarska pełniąca też funkcję centrum dystrybucji leków,

ale bez narkotyków, bo te, nie wiedzieć czemu, są „lepiej” chronione w dyżurce lekarskiej.

## Tajemnice brudownika

Następnie znajdziemy sale chorych oraz pomieszczenia pomocnicze. Oczywiście dla każdego oddziału, czyli dla każdej specjalności lekarskiej, komplet – brudowniki, magazyny, pokoje zabiegowe itd. Ten bardzo tradycyjny, bo z tradycjami ponadstuletnimi, sposób organizacji szpitala nie sprzyja efektywnemu wykorzystaniu przestrzeni, optymalnemu zarządzaniu ruchem pacjentów ani ergonomice pracy personelu. Budowanie nowych placówek w taki sposób nie sprzy-

ja również racjonalizacji kosztów nowych projektów. Polskie szpitale projektuje się najczęściej według liczby łóżek na poszczególnych oddziałach. Ten model jest, niestety, ochoczo promowany przez inspekcję sanitarną, której pracownicy mają zazwyczaj niewielką wiedzę na temat nowoczesnych, alternatywnych modeli organizacyjnych szpitali i dlatego podążają według utartego schematu. Kto kiedyś próbował zmienić organizację oddziału szpitalnego – na przykład ulokować pacjentów laryngologicznych, a więc i cały dotychczasowy oddział, który z wyjątkiem dużych szpitali akademickich nie powinien być wydzielony, w obrębie oddziału chirurgicznego – ten najczęściej dowiedział się od sanepidu, że jest to niemożliwe. Tą samą drogą podąża płatnik za usługi zdrowotne, czyli NFZ. Fundusz kontraktuje oddziały, oczywiście tradycyjne, czyli według specjalności lekarskich, dorzucając swoje wymagania. A więc lekarze dyżurni na każdym oddziale, oczywiście na miejscu, a także określony sprzęt, czasem zupełnie niepotrzebny. Taki model wspierają konsultanci różnego stopnia, bo jak tu nie promować oddziału swojej specjalności, np. kuriozalnej hipertensjologii.

### Model alternatywny

W polskim prawodawstwie istnieje od przeszło dziesięciu lat inna, bardziej nowoczesna definicja oddziału szpitalnego. Już w rozporządzeniu ministra zdrowia z 1996 r., w paragrafie 11 mówi się, że oddziałem łóżkowym jest komórka organizacyjna grupująca chorych objętych opieką jednej ze specjalności medycznych lub tym samym stopniem natężenia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Stanowisko naczelnego inspektora sanitarnego w odpowiedzi na pismo Konfederacji Pracodawców Polskich potwierdza właśnie taką, alternatywną definicję oddziału szpitalnego. Jak zatem należy ją rozumieć i stosować w praktyce? Definicja ta wyraźnie stwierdza, że nie ma przeciwwskazań, aby pacjentów będących pod opieką różnych specjalności medycznych umieszczać na jednym obszarze (piętrze, sektorze) szpitala, byle tylko stopień natężenia opieki medycznej był jednakowy. W nowoczesnie zorganizowanym szpitalu można wyróżnić kilka poziomów natężenia opieki medycznej. Najwyższym jest oczywiście opieka (anestezjologów twierdzą, że nie opieka, tylko terapia) intensywne. W szpitalu można, i tak jest najczęściej, stworzyć jeden obszar intensywnej opieki (terapii). Nie ma przeszkód formalnych, aby prowadzeniem pacjentów zajmowali się wyłącznie anestezjologowie. Niższym stopniem od intensywnego powinna być opieka progresywna, która odpowiada zadaniom realizowanym przez oddziały intensywnego nadzoru kardiologicznego (OIOK), udarowego (OION), internistycznego (OINI) czy pooperacyjnego (POP). Można śmiało zorganizować jeden oddział opieki progresywnej (OPOM), oczywiście



foto: Shutterstock

Tabela 1. Oddziały łóżkowe według stopnia natężenia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej

Stopień natężenia opieki	Składniki
intensywny	OIT (OIOM)
progresywny	OIOK, OION, POP, OINI
ostry	oddziały (sektory) łóżkowe lecznicze
podostry	oddziały (sektory) łóżkowe rehabilitacyjne
przewlekły	oddziały (sektory) łóżkowe opiekuńcze

ście nie musi to być jedna sala, ale najlepiej zespół jednoosobowych stanowisk oddzielonych ruchomymi szklanymi ścianami, zasłanianymi w razie potrzeby. Wtedy można przyjmować pacjentów z naprawdę różnymi stanami chorobowymi bez zagrożenia epidemiologicznego. W dużych szpitalach takich OPOM-ów może być kilka ze względów ergonomicznych. Kolejnym, niższym stopniem natężenia cechują się oddziały pobytowe (łóżkowe) ostre, czyli krótkoterminowe. Można na nich wydzielić strefy monitorowania telemetrycznego z mobilnym sprzętem do kardiomonitowania. Na oddziałach opieki krótkoterminowej leczy się zarówno pacjentów internistycznych, jak i chirurgicznych. Wtedy oddziały można nazywać od ich lokalizacji w szpitalu, np. oddział opieki krótkoterminowej – piętro 2, zachód. Niższym stopniem natężenia opieki charakteryzują się oddziały

„ Dla personelu lekarskiego można wydzielić pomieszczenia do pracy w obrębie stacji lekarsko-pielęgniarskiej, a na terenie szpitala zorganizować tzw. mesę czy zespół pomieszczeń socjalno-bytowych dla lekarzy „

„ W dobrze zorganizowanym szpitalu nadzór nad każdym oddziałem powinien mieć zespół menedżerów liniowych, złożony z menedżera biznesowego, lekarskiego oraz pielęgniarskiego „

Tabela 2. Różnice wynikające z przyjętego modelu organizacji podstawowych komórek organizacyjnych szpitala

	Oddział wg specjalności lekarskiej	Oddział wg poziomu natężenia opieki
Liczba oddziałów w szpitalu	od kilku do kilkunastu	kilka (4–5)
Możliwość hospitalizacji pacjentów z różnymi problemami medycznymi	tylko w obrębie jednej specjalności lekarskiej, przy zachowaniu zasad epidemiologicznych	możliwa opieka interdyscyplinarna, przy zachowaniu zasad epidemiologicznych
Możliwość optymalnego wykorzystania łóżek	utrudniona	ułatwiona
Możliwość współpracy lekarzy różnych specjalności	ograniczona	ułatwiona
Możliwość optymalnego wykorzystania sprzętu	ograniczona	optymalna
Dopuszczenie przez sanepid	tradycyjnie tak	alternatywnie tak, aczkolwiek utrudnione pomimo oficjalnego stanowiska Naczelnego Inspektoratu
Dopuszczenie w przepisach o dostosowaniu ZOZ	tak	tak
Możliwość kontraktowania z NFZ	tak	obecnie utrudniona
Gospodarka pomieszczeniami	ograniczona ze względu na konieczność zapewnienia pomieszczeń administracyjnych i pomocniczych na każdym oddziale, niezależnie od liczby łóżek, utrudnienia w transferach wewnętrznych	ułatwiona ze względu na obsługę większych obszarów łóżkowych i możliwość centralizacji wielu funkcji administracyjnych i pomocniczych
Znaczenie dla budżetu szpitala	podział na oddziały „rentowne” i „nierentowne”, tradycyjna gospodarka finansowa, ograniczona możliwość dalszej optymalizacji kosztów	brak podziałów na oddziały wg „rentowności”, nowoczesna gospodarka wg systemu ośrodków odpowiedzialności, większa możliwość optymalizacji kosztów
Znaczenie dla sprawnego zarządzania szpitalem	utrudnienie ze względu na rozdrobnienie organizacyjne, liczbę kierowników liniowych oraz animozje pomiędzy specjalnościami lekarskimi	ułatwione ze względu na zmniejszenie liczby kierowników liniowych oraz konieczność współpracy interdyscyplinarnej
Znaczenie dla systemu ochrony zdrowia	brak postępu w organizacji pracy szpitala, brak oszczędności kosztów budowy i funkcjonowania nowych szpitali	nowa wartość w organizacji pracy szpitala, oszczędności kosztów budowy i funkcjonowania nowych szpitali
Znaczenie dla lekarzy	brak postępu, utrzymanie tradycyjnego, często „feudalnego” modelu organizacji pracy	ograniczenie tradycyjnej roli ordynatora, wzrost możliwości rozwoju dla lekarzy specjalistów oraz lekarzy w trakcie specjalizacji, możliwość wprowadzenia systemu konsultanckiego
Znaczenie dla pielęgniarek	brak postępu, utrzymanie tradycyjnego, często „feudalnego” modelu organizacji pracy	wzrost roli pielęgniarek w pracy administracyjnej i klinicznej
Znaczenie dla ubezpieczeń alternatywnych i dodatkowych	konieczność honorowania skostniałych podziałów i metod organizacyjnych	lepsza możliwość współpracy ze szpitalami w zakresie realizacji konkretnych procedur, a nie kontraktowania całych oddziałów



fot. iStockphoto

„ Nie ma przeciwwskazań, aby pacjentów będących pod opieką różnych specjalności medycznych umieszczać na jednym obszarze (piętrze, sektorze) szpitala, byle tylko stopień natężenia opieki medycznej był jednakowy ”

opieki podostrej, czyli średnioterminowej, które w szpitalu praktycznie odpowiadają wielospecjalistycznej rehabilitacji. Najniższym stopniem natężenia opieki cechują się oddziały opieki przewlekłej (długoterminowej), czyli opiekuńczo-lecznicze lub paliatywne.

### Menedżer liniowy

W alternatywnie zorganizowanym szpitalu nad każdym oddziałem, który można śmiało nazwać ośrodkiem odpowiedzialności, nadzór powinien pełnić zespół menedżerów liniowych złożony z menedżera biznesowego, lekarskiego oraz pielęgniarskiego. Jeśli tylko NFZ zrozumie i podporządkuje się definicji oddziału szpitalnego zawartej w rozporządzeniu ministra zdrowia, to możliwe będzie spójne kontraktowanie usług medycznych przez szpital, a nie przez zbiór oddziałów specjalistycznych. Ponadto znikną tzw. przesunięcia wykonań i nadwykonań. Możliwe już jest budowanie nowych szpitali według nowoczesnej koncepcji przestrzeni czy obszarów opieki nad pacjentem. Dla personelu lekarskiego można wydzielić pomieszczenia do pracy w obrębie stacji lekarsko-pielęgniarskiej, a na terenie szpitala zorganizować tzw. mesę czy zespół pomieszczeń socjalno-bytowych dla lekarzy. Sekretarki medyczne przeniosą się do stacji lekarsko-pielęgniarskiej, gdzie główną osobą powinien być sekretarz (urzędnik) oddziałowy. Jego rolą jest łączenie rozmów telefonicznych, kontaktowanie lekarzy i pielęgniarek oraz wykonywanie licznych czynności o charakterze

organizacyjno-biurowym. Nowoczesna organizacja pozwoli na optymalne gospodarowanie łóżkami, nie będzie już wykorzystania ponad 95 proc. na internie, a poniżej 70 proc. na chirurgii, tak często spotykanego w polskich szpitalach. Nowa organizacja pozwoli też na zmniejszenie ogólnej liczby łóżek, zmniejszenie liczby pomieszczeń pomocniczych, do tej pory przynależnych każdemu, nawet najmniejszemu oddziałowi, oraz na lepsze wykorzystanie sprzętu. I wreszcie – na otwarcie nieszczęsnych drzwi na oddziały, oczywiście w granicach zdrowego rozsądku, z uwzględnieniem zagrożeń epidemiologicznych.

### Czas na czyny

Co należy zrobić, aby wprowadzić nowy, alternatywny model organizacji komórek szpitala?

Przede wszystkim trzeba o tym modelu wiedzieć, zrozumieć go i poznać przepisy, które dopuszczają jego zastosowanie w naszym kraju już teraz. Następnie należy rozważyć wszystkie za i przeciw, bo szpital szpitalowi nierówny, i nie bać się wprowadzać nowego modelu. Ostatecznie musimy tylko lub aż pokonać barierę ludzkiej mentalności i obawy przed zmianą i nasz szpital będzie miał nowoczesną, sprzyjającą sprawnemu zarządzaniu strukturę organizacyjną przy jednoczesnej racjonalizacji kosztów. A potem pozostaje nam proces QI, czyli ciągłego polepszania jakości, bo samo QA (monitorowanie jakości) w obecnych czasach już nie wystarcza. ■