

Joanna Kobza¹Magdalena Syrkiewicz-Świtła²

ZARZĄDZANIE CZASEM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ – WYBRANE ASPEKTY

TIME BASED MANAGEMENT IN HEALTH CARE SYSTEM: THE CHOSEN ASPECTS

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Medical University of Silesia in Katowice, Bytom, Poland
Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia Publicznego / School of Public Health, Department of Public Health² Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Medical University of Silesia in Katowice, Bytom, Poland
Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia / School of Public Health,
Department of Economics and Management in Health Care

STRESZCZENIE

Zarządzanie czasem (time based management – TBM) stanowi jeden z bardziej istotnych elementów całego procesu zarządzania. Od wielu lat w systemach opieki zdrowotnej krajów wysokorozwiniętych poszukuje się nowych, skutecznych metod zarządzania czasem. Celem pracy jest dostarczenie wiedzy dotyczącej prowadzonych badań i doświadczeń w zakresie wybranych metod i technik zarządzania czasem w sektorze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i w szpitalach (bloki operacyjne, izby przyjęć), publikowanych w piśmiennictwie międzynarodowym. Artykuł powstał w wyniku przeglądu literatury krajowej od 1990 r. oraz recenzowanych doniesień naukowych piśmiennictwa międzynarodowego w oparciu o PubMed/Medline z okresu 2001–2011. Wyniki badań międzynarodowych wskazują, że ze względu na strukturę demograficzno-zdrowotną społeczeństw lekarze POZ stają przed nowymi wyzwaniami. Wymagania w zakresie dobrego zarządzania czasem i stosowania efektywnych narzędzi (takich jak umiejętność definiowania spraw priorytetowych, planowanie, delegowanie zadań, właściwa koordynacja działań, tworzenie zespołów POZ oraz zwiększenie liczby personelu pomocniczego) są kluczowe. Konieczne będą także zmiana systemu refundacji świadczeń oraz rozwój elektronicznej wymiany informacji, sposobów gromadzenia i przetwarzania wyników badań. Innowacje w technikach informatycznych stosowanych w medycynie (np. wykorzystanie telemedycyny do monitorowania oraz leczenia pacjenta na odległość) dają szansę skrócenia czasu oczekiwania na diagnozę i leczenie, co znajduje zastosowanie w konsultacjach specjalistycznych. W celu podniesienia efektywności zarządzania czasem w szpitalach wdraża się wiele sposobów optymalizacji wykorzystania pracy bloku operacyjnego jak np. wprowadzenie funkcji koordynatora, wprowadzenie standardów postępowania w procesie decyzyjnym, robotyzacja. Przyspieszenie przepływu pacjentów z izby przyjęć na oddziały stanowi klucz do usprawnienia pracy izby. Należy podjąć działania edukacyjne wśród lekarzy i kadry menedżerskiej w Polsce oraz wdrażać rozwiązania stosowane w systemach opieki zdrowotnej krajów wysokorozwiniętych. Med. Pr. 2014;65(4):555–566

Słowa kluczowe: zarządzanie czasem, system opieki zdrowotnej, podmiot leczniczy, podstawowa opieka zdrowotna, izba przyjęć, blok operacyjny

ABSTRACT

Time-based management (TBM) is the key element of the whole management process. For many years in health care systems of highly developed countries modern and effective methods of time-based management have been implemented in both primary health care and hospitals (emergency departments and operating rooms). Over the past two decades a systematic review of Polish literature (since 1990) and peer reviewed articles published in international journals based on PubMed/Medline (2001–2011) have been carried out. The collected results indicate that the demographic and health changes in the populations are one of the main challenges facing general practitioners in the nearest future. Time-based management needs new and effective tools and skills, i.e., identification of priorities, well designed planning, delegation of the tasks, proper coordination, and creation of primary care teams that include additional members and human resources management. Proper reimbursement of health services, development of IT in health care system, better collection, storage, processing, analysis and exchange of information and research findings will also be needed. The use of innovative technologies, like telemedicine consultations, provides the possibility of reducing waiting time for diagnosis and treatment and in some cases could be applied in terms of secondary care. To improve the efficiency of operating rooms it is necessary to introduce different solutions, such as operating room coordinator involvement, application of automation to guide decision-making or use of robotic tools to assist surgical procedures. Overcrowded emergency departments have a major detrimental effect on the quality of hospital functions, therefore, efforts should be made to reduce them. Time-based management training among physicians and health care management in Poland, as well as the implementation of practice-based solutions still applied in highly developed countries seem to be necessary. Med Pr 2014;65(4):555–566

Key words: time based management, health care system, health organization, primary care, operating room, emergency department

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Joanna Kobza, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,
Wydział Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia Publicznego, ul. Piekarska 18, Bytom 41-902,
e-mail: koga1@poczta.onet.pl

Nadesłano: 12 maja 2014, zatwierdzono: 31 lipca 2014

WSTĘP

Pojęcie zarządzania czasem (time based management – TBM) pojawiło się w literaturze naukowej w latach 50. XX w. Obecnie stanowi jeden z bardziej istotnych elementów całego procesu zarządzania, a ulepszanie jego metod to istotny czynnik osiągnięcia celów osobistych i zawodowych pracowników, co prowadzi do podniesienia wydajności pracy danej organizacji (1). Czas to jeden z najrzadszych zasobów, jest też uniwersalną miarą, która ma zastosowanie do większości nakładów i efektów, jest więc wyznacznikiem skuteczności funkcjonowania instytucji (2). Czas to zasób o charakterze nieodnawialnym, więc należy odpowiednio nim zarządzać. Sztuki gospodarowania czasem można się nauczyć, wdrażając do instytucji/przedsiębiorstwa odpowiednie zasady i metody funkcjonowania (3). Zarządzanie czasem jest konsekwentnym i zorientowanym na cel stosowaniem w praktyce sprawdzonych technik pracy w taki sposób, że kierowanie samym sobą i swoim otoczeniem odbywa się bez trudu, a otrzymany do dyspozycji czas jest wykorzystywany racjonalnie i optymalnie, a w konsekwencji efektywnie (4).

Istnieje wiele definicji zarządzania czasem. Jedna z nich określa zarządzanie czasem jako rozwój procesów i narzędzi, które sprawiają, że jednostka/instytucja jest bardziej produktywna i skuteczna (5). Zarządzanie czasem jest procesem systematycznym, opartym na priorytetach i uwzględniającym niezbędne potrzeby danej instytucji. Jego zadaniem jest odpowiednia alokacja i dystrybucja czasu (6). Nie może być on magazynowany na zapas, jego ilość jest ściśle ujęta w 24 godziny, nie może też ulec zwiększeniu ani zmniejszeniu (5). Zarządzanie czasem musi opierać się na uświadomieniu sobie, że cały kapitał to ten czas, którym dysponujemy dzisiaj (7), ponieważ jest on dobrem ograniczonym. Konsekwentne gospodarowanie czasem przynosi nie tylko wyraźną poprawę rozeznania, opanowania i kontroli nad podejmowanymi działaniami, ale pozwala też na zmniejszenie pośpiechu i stresu. Tym samym wpływa na pozytywne nastawienie do życia (8,9).

Zarządzanie czasem w szerokim pojęciu dotyczy także wybranych rozwiązań zarządzania czasem pracy, przy czym odrębnym zagadnieniem jest zarządzanie czasem pracy w podmiotach leczniczych. Od wielu lat w systemach ochrony zdrowia na całym świecie poszukuje się nowych, skutecznych strategii poprawy efektywności czasu pracy, zarówno w sektorze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w leczeniu specjalistycznym, jak i w szpitalach (np. bloki operacyjne, izby przyjęć).

W krajach wysokorozwiniętych obniżenie kosztów czasu pracy jest bardziej cenione niż kosztów zużycia maszyn, materiałów i energii. Eksperti zarządzania czasem uważają, że czas ma większą wartość ekonomiczną niż pieniądze – liczy się przede wszystkim efektywność, a jej sednem jest właśnie zarządzanie czasem (7).

System opieki zdrowotnej jest dziedziną szczególną, a zarządzanie czasem w podmiotach leczniczych jest pojęciem niezwykle szerokim. Może się ono odnosić do poziomu makroekonomicznego (np. rozpatruje się czas oczekiwania na usługi medyczne finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia) albo poziomu regionalnego czy poziomu mikroekonomicznego (w obrębie praktyk lekarskich i podmiotów leczniczych). Można mówić o zarządzaniu czasem pracy osób na kierowniczych stanowiskach, całego personelu medycznego, o zarządzaniu czasem w procesie świadczenia usług medycznych, przyjmowania oraz leczenia pacjentów – w izbach przyjęć, w poradniach w trakcie rutynowych wizyt lub podczas prowadzenia zabiegów operacyjnych.

W okresie ostatnich kilkunastu lat w podmiotach leczniczych w Polsce coraz częściej stosuje się nowoczesne metody zarządzania, m.in. outsourcing (korzystanie z obsługi zewnętrznej), benchmarking (analiza porównawcza), reengineering (proces dostosowawczy), lean management (zarządzanie odchudzające), a także TMB (10). Prowadzone badania wskazują na wzrost znaczenia wiedzy obejmującej współczesne koncepcje i techniki zarządzania wśród kadry zarządzającej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, co może przyczynić się do poprawy skuteczności działania wielu podmiotów leczniczych (11). Zachodzące w ostatnich latach zmiany w systemie, nowe zjawiska i problemy pojawiające się w bliższym lub dalszym otoczeniu zmuszają podmioty do zmian i dostosowywania się do nowych wyzwań i warunków, z którymi od dawna borykają się kraje wysokorozwinięte.

Przesłanką do podjęcia tematu pracy był udział autorów niniejszej publikacji w 2 projektach naukowych: „Rola i miejsce kształtującej się kadry zarządzającej w reformowanym systemie opieki zdrowotnej w Polsce” (Ministerstwo Nauki i Informatyzacji, projekt nr 2 P05D 070 26) oraz „Funkcjonowanie sektora podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o praktykę lekarza rodzinnego na tle reform systemu zdrowotnego w Polsce” (Ministerstwo Nauki i Informatyzacji, projekt nr N404 066 32/2057). Zebrane wyniki wskazywały, że zarówno osoby zarządzające szpitalami w Polsce, jak i lekarze POZ mają ograniczoną wiedzę z zakresu zarządzania czasem pracy i nie dysponują informacjami,

jakie rozwiązania są obecnie wdrażane w krajach wysokorozwiniętych.

Celem niniejszej pracy jest dostarczenie wiedzy dotyczącej badań i doświadczeń w zakresie wybranych metod i technik zarządzania czasem w sektorze POZ oraz w szpitalach.

METODY PRZEGLĄDU

Dokonano przeglądu piśmiennictwa krajowego z lat 1990–2010, który wykazał niezwykle ograniczoną liczbę publikacji zarówno na temat stosowania wybranych metod zarządzania czasem w praktykach lekarskich oraz w podmiotach leczniczych w Polsce, jak i popularyzacji doświadczeń międzynarodowych w tej dziedzinie. Istnieje natomiast znacząca liczba publikacji, głównie podręczników akademickich, odnośnie do zarządzania czasem, które zostały wykorzystane podczas przygotowania niniejszej publikacji.

Zasadnicza część pracy powstała w wyniku systematycznego przeglądu recenzowanych doniesień naukowych piśmiennictwa międzynarodowego w oparciu o PubMed/Medline. Przegląd został wykonany w latach 2011 i 2012 i obejmował publikacje z okresu 2001–2011. Do przygotowania tej części pracy wyselekcjonowano 21 pozycji, samodzielnie tłumaczonych przez autorów niniejszego artykułu, prezentujących głównie wyniki badań prowadzonych w USA, Wielkiej Brytanii, Danii i Holandii. Dotyczyły one głównie 3 wybranych zagadnień zarządzania czasem – podstawowej opieki zdrowotnej, szpitalnych bloków operacyjnych i izby przyjęć. Zagadnienia te były definiowane przez ekspertów jako najbardziej kluczowe w zarządzaniu czasem w systemie opieki zdrowotnej.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Techniki zarządzania czasem

Istnieje kilka metod skutecznego zarządzania czasem. Do najczęściej wskazywanych w literaturze przedmiotu należą (8):

1. Metoda Alpen – jest wykorzystywana do planowania czasu pracy w oparciu o 5 etapów (zestawienia zadań, oceny czasu trwania określonych czynności, rezerwacji czasu na zajęcia nieplanowane, ustalaniu priorytetów, skracaniu oraz delegowaniu czynności, a także kontroli realizacji zadań i przeniesieniu spraw niezafatwionych). Stosowanie wskazanej metody przynosi wielokrotny zysk przy niewielkim nakładzie czasu.
2. Reguła 60/40 – zakłada, że rozkład czasu pracy powinien składać się w 60% z czynności zaplanowanych, w 20% z czynności nieoczekiwanych (trudnych do zaplanowania) i w 20% z czynności spontanicznych. Właściwe są dokumentowanie i weryfikacja wykorzystania czasu.
3. Zasada Pareto – jest oparta na założeniu, że 80% wyników wypływa z 20% nakładów, czyli skromniejszymi siłami i mniejszym wysiłkiem można osiągnąć lepsze efekty, co oznacza, że należy koncentrować się na działaniach przynoszących największe efekty.
4. Prawo Parkinsona – zakłada, że im więcej czasu przeznaczymy na wykonanie zadania, tym więcej czasu ono zajmie.
5. Zasada Eisenhowera – obejmuje 4 kategorie celów/zadań: zadania ważne i pilne, wymagające szybkiego działania; zadania ważne, ale mniej pilne, które można wykonać w późniejszym terminie; zadania nieważne, ale względnie pilne oraz zadania nieważne i równie mniej pilne.
6. Metoda Smart – nie jest to technika zarządzania czasem, ale jest niezwykle przydatną w procesie zarządzania koncepcją formułowania celów w dziedzinie planowania, na którą składa się 5 postulatów, odnoszących się do poprawnie sformułowanego celu: powinien on być prosty (simple) – jego zrozumienie nie powinno stanowić kłopotu, mierzalny (measurable) – sformułowany tak, żeby można było liczbowo wyrazić stopień realizacji celu, osiągalny (achievable) – realistyczny, do spełnienia, istotny (relevant) – powinien stanowić wartość i być ważnym krokiem naprzód, określony w czasie (timely defined) – mieć dokładnie określony horyzont czasowy do osiągnięcia.

Wszystkie powyższe metody są kluczowym elementem nowoczesnego sposobu zarządzania organizacją. Dotyczy to także dość złożonej dziedziny, jaką jest system opieki zdrowotnej.

Organizacja czasu pracy w procesie świadczenia usług zdrowotnych przez lekarzy sektora POZ

Sektor POZ jest kluczowy dla dobrego funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej, co potwierdzają liczne badania międzynarodowe przeprowadzone przez najbardziej uznanych ekspertów w tej dziedzinie (12–15). W większości krajów – zwłaszcza tych, które od niedawna adaptują rozwiązania wolnorynkowe w systemie opieki zdrowotnej – podstawowym problemem jest brak szkoleń w zakresie zarządzania czasem

dla przyszłych pracowników sektora ochrony zdrowia, głównie profesjonalistów medycznych. Dotyczy to zarówno programu studiów, jak i pracy (16).

Wymogi współczesnej opieki zdrowotnej zobligowały lekarzy – głównie tych, którzy prowadzą własną działalność i są zmuszeni do zachowań rynkowych – do stania się również, w pewnym sensie, osobami zarządzającymi. W tej sytuacji także umiejętność zarządzania czasem wydaje się niezwykle przydatna.

Wymagania w zakresie dobrego zarządzania czasem obejmują: umiejętność definiowania spraw priorytetowych, planowania, delegowania obowiązków oraz właściwą koordynację wszystkich działań (17). Przeprowadzone badania ankietowe wśród lekarzy rodzinnych, prowadzących praktyki w sektorze publicznym podstawowej opieki zdrowotnej, potwierdziły ich brak wiedzy w tym zakresie (16). Wykazały, że 85,1% lekarzy zna swoje główne zadania, obowiązki i zakres odpowiedzialności, ale jedynie 44,8% wyraziło pewność, ile czasu konkretnie powinni przeznaczać na poszczególne aktywności.

Ponad połowa (53,7%) badanych zadeklarowała, że ma czas na rozgraniczenie zadań najważniejszych od mniej ważnych, jednak aż 83,6% stwierdziła, iż ma więcej zadań, niż jest w stanie wykonać. Wykonania dodatkowych zadań, nawet jeśli są bardzo zajęci, nie odmawia 25,4% badanych, kiedy są o to proszeni. Mimo że 94% respondentów przyznało, że planując zadania, zawsze rozważa rozdział obowiązków, to jedynie 28,4% deleguje pracę. Aż 68,6% badanych potwierdziło, że często nie jest w stanie ułożyć planu zadań na kolejny dzień. Lekarze pracujący w sektorze dłużej niż 13 lat narzekali, że w związku z nadmiarem pracy nie mają czasu na życie prywatne.

Zdaniem ekspertów, problemy, na które wskazywali badani lekarze, są typowe dla osób o znacznym zakresie obowiązków, które nie przeszły żadnego szkolenia z zarządzania, w tym zarządzania czasem pracy (16). Pracownicy sektora zdrowotnego, którzy mają potrzebę zdobywania wiedzy z zakresu zarządzania, są wartościowym zasobem dla rozwoju programów szkoleniowych i edukacyjnych (18).

Największym problemem dla lekarzy, którzy rezygnując z pracy etatowej, zaczęli prowadzić własną działalność, jest porządek dnia zupełnie inny od tego z przeszłości i tego, jakiego uczyli się na studiach. Podstawowym obowiązkiem lekarza etatowego jest leczenie pacjentów, czyli wykonywanie konkretnych procedur medycznych. Jako pracownik własnej praktyki lekarz jest zobowiązany także do pracy administracyjnej

i zapewnienia wszystkich potrzebnych świadczeń pacjentom. Może to powodować np. problemy logistyczne, ponieważ zarządzanie czasem wiąże się dla lekarza-organizatora z koniecznością posiadania nowych umiejętności, czyli wypracowania i rozwijania takich cech, jak skuteczność, wydajność w pracy, przywództwo i motywowanie innych. Kluczowe są umiejętności delegowania rutynowych zadań i współpraca z kompetentnymi podwładnymi.

Jednym z podstawowych i skutecznych rozwiązań w delegowaniu obowiązków jest ustalanie grafiku przyjęć pacjentów. Przykładem usprawniania współpracy może być zatrudnienie osoby z doświadczeniem zawodowym w zakresie zajmowania się sprawami organizacyjnymi, zaopatrzeniem, korespondencją, sprawami finansowymi czy sporządzaniem sprawozdań do instytucji płatnika usług medycznych. Przedstawione trudności w znaczącym stopniu dotyczą lekarzy pracujących w polskim systemie opieki zdrowotnej, ponieważ po wejściu w życie Ustawy z dnia 1 stycznia 1999 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym całkowicie zmieniły się warunki prawne, organizacyjne i finansowe pracy personelu medycznego w naszym kraju. Postawiło to lekarzy rodzinnych przed nowymi wyzwaniami, co szczegółowo opisano w raporcie z ogólnopolskich badań sektora POZ (19).

Jak wyżej wspomniano, jednym ze znaczących czynników, które mają wpływ na jakość świadczonych usług medycznych, jest brak czasu w organizacji pracy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wyniki badań przeprowadzonych w USA wskazują, że lekarz POZ, który ma pod opieką ok. 2500 zarejestrowanych pacjentów, w przypadku realizowania wszystkich krajowych wytycznych dotyczących świadczeń w zakresie profilaktyki, leczenia chorób przewlekłych i nagłych przypadków musiałby pracować 21,7 godziny na dobę (20). Pokazuje to, że sektor POZ w krajach wysokorozwiniętych wymaga znacznych przeobrażeń. Jednym z rozwiązań wyraźnie usprawniających czas pracy lekarzy mogłoby być tworzenie zespołów POZ – składających się z lekarza rodzinnego – lidera, asystenta lekarza, pielęgniarki, dietetyczki i edukatora zdrowia – oraz delegowanie i podział kompetencji.

Inne badania prowadzone w USA wskazują, że jedynie około połowa pacjentów otrzymuje świadczenia usług w ramach POZ na właściwym poziomie (21). Lekarze rodzeni jako główne przyczyny obniżające efektywność ich pracy podają biurokratyczne przepisy zewnętrzne, skomplikowany i zmienny system rozliczania świadczeń oraz brak czasu.

Żeby dokładnie zidentyfikować przyczyny braku czasu przez lekarzy, zbadano, w jaki sposób dzielą go między realizację poszczególnych grup świadczeń medycznych (nagle przypadki, leczenie chorób przewlekłych, usługi profilaktyczne) (20). Porównano działania badanej grupy lekarzy POZ z ogólnokrajowymi wytycznymi odnośnie do wymaganego standardu usług, wykorzystano wyniki Krajowych Badań Narodowej Opieki Ambulatoryjnej (National Ambulatory Medical Care Survey) w USA i przeanalizowano strukturę wizyt zrealizowanych w sektorze POZ. Prawie połowa wizyt domowych dotyczy przypadków tzw. ostrych, 30% wizyt związanych jest z leczeniem chorób przewlekłych, a ok. 15% to działania profilaktyczne. Czas wizyt dotyczących przypadków nagłych wyniósł 17,3 min i był znacznie dłuższy niż pozostałych. Zgodnie z wytycznymi klinicznymi odnośnie do działań profilaktycznych 10 najbardziej powszechnych chorób przewlekłych i przypadków ostrych rekomendowany czas, który należy poświęcić pacjentom, jest 3-krotnie dłuższy od tego, który lekarze rzeczywiście poświęcają na przyjmowanie pacjentów. Braki czasowe w grupie badanych lekarzy POZ są przy tym tak duże, że nawet usprawnienie pracy biurowo-organizacyjnej nie poprawi sytuacji.

Ze względu na strukturę demograficzno-zdrowotną społeczeństw w przyszłości lekarze POZ będą musieli poświęcać więcej czasu na leczenie chorób przewlekłych i usługi profilaktyczne, więc skupianie się na przypadkach nagłych nie będzie mogło dominować w ich czasie pracy. Konieczne będą zmiany w funkcjonowaniu i organizacji praktyk lekarskich, pracy personelu, zmiana sposobu myślenia, zmiana sposobu refundacji świadczeń, lepsza organizacja wymiany informacji, a przy wzrastającej ich ilości ważny będzie również rozwój ich elektronicznej wymiany oraz gromadzenia i przetwarzania danych.

W pewien sposób wymusić to może system finansowania świadczeń POZ, zwłaszcza w dobie ograniczonych środków finansowych. Należy rozważyć system współpłacenia i stworzenie mechanizmów, które pozwolą zwiększyć liczbę wizyt, ale skrócić czas ich trwania. Inne rozwiązanie mogące usprawnić organizację czasu pracy lekarza to zmniejszenie liczby pacjentów przypadających na lekarza POZ. Kolejnym postulatem jest zwiększenie liczby personelu pomocniczego w stosunku do liczby lekarzy POZ. W istotny sposób odciążą czasowo lekarzy mogą ich asystenci i pielęgniarki, co umożliwiłoby samym lekarzom skupienie się na najtrudniejszych przypadkach chorobowych.

Delegowanie zadań jest niezmiernie efektywnym narzędziem zarządzania czasem (22). Do tej pory tradycyjne praktyki lekarzy rodzinnych opierały się głównie na lekarzu, natomiast nie doceniano roli asystenta ani pielęgniarek, zatrudnianych często nawet na pełnym etacie. Przejęcie przez nich części zadań pozwoliłoby lekarzowi rodzinemu koncentrować się na poważnie chorych pacjentach, dzięki czemu pozostały czas mógłby przeznaczyć na koordynację zadań oraz nadzór pracy nad swoim zespołem, pacjentami i innymi kwestiami związanymi z funkcjonowaniem praktyki.

Zdaniem ekspertów taki podział zadań mógłby wypełnić normy czasowe wizyt dla 2,5 tys. pacjentów (20). Badania wskazują na dużą efektywność podmiotów zatrudniających fachowy i rozbudowany zespół personelu średniego. W wiejskich praktykach lekarzy rodzinnych, w których personel pomocniczy nadzorował przypadki ostre i prewencję, odnotowano wysoki (prawie 90%) odsetek profilaktycznych badań screeningowych. Zakres funkcjonowania praktyk z działań ściśle klinicznych do bardziej kompleksowych mogłoby poszerzyć uzupełnienie personelu o dietetyków, farmaceutów, pracowników społecznych, rehabilitantów, którzy skupialiby się na ćwiczeniach fizycznych i diecie dostosowanych do chorób podopiecznych. Takie pilotowe programy wdrażano już w USA i nie powodowały one wzrostu kosztów. Rozszerzenie działań praktyki lekarskiej poza dotyczące jedynie medycyny naprawczej mogłoby przynieść zmianę postaw i zachowań lokalnych społeczności. Dobrym przykładem jest realizacja programu Duke University (Just for Us) w USA w zakresie organizacji opieki medycznej dla domu opieki nad seniorami (23).

Dokumentacja elektroniczna jako możliwa forma usprawnienia pracy lekarzy POZ

W ramach POZ leczone są zarówno przypadki ostre, choroby przewlekłe, jak i świadczone są usługi profilaktyczne. Powoduje to sytuację, w której świadczeniodawcy POZ muszą gromadzić i zarządzać ogromną ilością informacji. W Stanach Zjednoczonych zdecydowana większość (83–95%) lekarzy POZ używa tradycyjnej (papierowej) formy gromadzenia dokumentacji, mimo wielu korzyści wynikających ze stosowania formy elektronicznej (24). Prowadzenie dokumentacji elektronicznej zgodnie z wytycznymi Narodowego Zrzeszenia Informatyków sektora POZ w USA przyczyniłoby się do podniesienia jakości, bezpieczeństwa i skuteczności leczenia, zwiększyłoby również dostępność do edukacji i badań naukowych (25).

Główną przyczyną nieskorzystania z takiej formy jest przekonanie lekarzy, że tradycyjna zabiera mniej czasu niż elektroniczna. W związku z tym rozpowszechnienie stosowania formy elektronicznej przez lekarzy w przyszłości w dużej mierze zależy od szybkości i łatwości korzystania z niej (24). Istotne jest więc zbadanie, ile czasu zabiera lekarzowi korzystanie z rekordu elektronicznego, ponieważ odpowiedź może być kluczowa w procesie przekonywania lekarzy do wdrażania tej metody.

Badania przeprowadzone w 5 przychodniach POZ w Bostonie (2 w mieście, 3 poza miastem) miały wskazać, na ile stosowanie dokumentacji elektronicznej wpływa na czas pracy klinicznej lekarzy oraz czy przyczynia się do wydłużenia czasu wizyty pacjenta (24). Wprowadzony system rekordu elektronicznego został ustrukturyzowany. Zawierał medyczne informacje dotyczące pacjenta, np. przyjmowane leki, alergie, choroby, problemy zdrowotne i zalecenia. System został dodatkowo wyposażony w komputerową bazę wsparcia decyzyjnego w leczeniu oraz system tzw. uwag i przypomnień.

Zanim zaczęto wdrażać system rekordu elektronicznego lekarze mogli wybierać między ręcznym wypełnianiem dokumentacji a użyciem dyktafonu. Wyniki laboratoryjne były dostępne w wersji elektronicznej, ręcznie wypełniane były recepty, dostępna również była papierowa dokumentacja pacjenta. Po wdrożeniu systemu rekordu elektronicznego lekarze mieli pełen wybór pisania ręcznego, używania dyktafonu lub rekordu. Grupę badawczą stanowiło 20 lekarzy.

Wyniki badań wskazały, że stosowanie systemu rekordu elektronicznego nie wymagało poświęcania przez lekarzy dodatkowego czasu w trakcie przyjmowania pacjentów. Po wdrożeniu systemu odnotowano nawet nieznaczne skrócenie czasu wizyty o 0,5 min na pacjenta. Nie uległ zmianie czas badania i rozmowy z pacjentem ani nie wydłużył się czas potrzebny na formalności administracyjne. Badania potwierdziły, że lekarze stosowali system rekordu elektronicznego, zastępując dokumentację papierową, ale nadal odręcznie przepisywali recepty i zalecenia. Używanie zarówno metody elektronicznej, jak i ręcznej zabierało tyle samo czasu na początku wdrażania systemu, jak i po jego wdrożeniu.

Podsumowując, z dotychczasowych badań uzyskano dość sprzeczne dane dotyczące procesu komputeryzacji, zarówno w zakresie przepisywania leków, jak i pisanie zaleceń przez lekarzy. Kolejne badania powinny zweryfikować wpływ stosowania systemu elektronicznego na pozagabinetowy czas pracy. Kluczowe w prze-

konywaniu lekarzy do jego używania będzie najpierw zidentyfikowanie grupy lekarzy, którzy chcą stosować tę metodę, i wdrażanie systemu początkowo w obrębie tej grupy.

Wdrażanie dokumentacji elektronicznej jest nieuchronne także w polskim systemie opieki zdrowotnej w kontekście postępującej cyfryzacji oraz rozwiązań już wprowadzanych i zapowiadanych na najbliższe lata przez Ministerstwo Zdrowia.

Wykorzystanie techniki cyfrowych konsultacji specjalistycznych jako efektywne narzędzie skracania czasu diagnostyki pacjenta

Świadczeniodawcy systemu opieki zdrowotnej znajdują się pod coraz większą presją dostarczania usług najlepszej jakości, najbardziej skutecznych i w jak najkrótszym czasie. Przyczyn jest wiele, m.in. starzejące się społeczeństwa, wzrastające oczekiwania świadczeniobiorców, rosnące koszty usług medycznych i spadek liczby zatrudnianych specjalistów. Innowacje w technikach informatycznych stosowanych w medycynie dają szansę na podniesienie skuteczności i jakości usług, a przede wszystkim na skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę i leczenie. Jedną z takich technologii, która przyczynia się do innowacji funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, a jej stosowanie ulega coraz większemu rozpowszechnieniu, jest telemedycyna.

Telemedycyna jest definiowana jako zastosowanie technologii telekomunikacji w medycynie diagnostycznej do monitorowania oraz leczenia pacjenta na odległość (26). Zastosowanie telemedycyny do konsultacji specjalistycznych pozwala na stosowanie wiedzy specjalistycznej w praktykach lekarzy rodzinnych. Przykładem może być teledermatologia, czyli stosowanie telemedycyny w czasie wizyty, podczas której obecni są lekarz rodzinny, pacjent i klinicysta dermatolog prowadzący rozmowę w trakcie wideokonferencji.

Innym rodzajem telemedycyny jest tzw. telemedycyna cyfrowa, która polega na tym, że lekarz rodzinny wykonuje zdjęcia zmian skórnych pacjenta i przesyła całą dokumentację wraz z historią choroby i koniecznymi informacjami dodatkowymi do specjalisty dermatologa. Dermatolog może postawić diagnozę i dać wytyczne odnośnie do terapii albo odesłać pacjenta do poradni dermatologicznej. Pierwszy sposób jest uważany za bardziej skuteczny, natomiast drugi jest bardziej wygodny dla świadczeniodawców, a sama konsultacja specjalistyczna zajmuje mniej czasu.

Konsultacja digitalna jest też lepiej postrzegana przez lekarzy rodzinnych, ale potrzeba na nią więcej

czasu. Optymalna wydaje się dla lekarzy, którzy rozważają wprowadzenie tej technologii w swojej praktyce.

Badania przeprowadzone w Holandii – polegające na weryfikacji efektywności i skuteczności stosowania cyfrowej telemedycyny w praktykach lekarzy rodzinnych – miały na celu zbadanie czasu trwania wizyty, a szczególnie czasu trwania całej „konsultacji telemedycznej” i różnic w tym zakresie między poszczególnymi praktykami lekarskimi (26). Drugim celem było zbadanie czasu trwania procedury przygotowania i przesłania zdjęć podczas konsultacji dermatologicznej.

Po zebraniu wywiadu i przeprowadzeniu badania lekarz wykonuje zdjęcia przy użyciu aparatu cyfrowego, następnie przynosi je do komputera, dołącza historię choroby i dodatkowe istotne informacje (np. objawy, dolegliwości pacjenta), wypełnia specjalny formularz (składający się z 18 pytań) i otrzymuje materiał gotowy do wysłania do lekarza specjalisty. Specjalista również poprzez specjalny formularz przesyła informacje zwrotne dotyczące diagnozy, leczenia i inne uwagi. Wyniki badań (26) wskazały, że średnia długość cyfrowej konsultacji wynosi 11,5 min, dodatkowo wymaga przeprowadzenia wywiadu, który trwa 3,5 min, a częścią, która zajmuje najwięcej czasu, jest wypełnienie standardowego formularza elektronicznego, który przesyłany jest wraz ze zdjęciem.

Chcąc przekonać lekarzy do stosowania cyfrowych konsultacji, trzeba precyzyjnie określić, jaka część procedury zabiera najwięcej czasu i w jaki sposób ją usprawnić. Mimo że lekarze doceniają pozytywne aspekty takiej formy konsultacji, zdaniem ekspertów największą barierą jest dla nich dodatkowy nakład pracy. Należałoby więc porównać kosztową efektywność konsultacji cyfrowych z tradycyjnymi wizytami u specjalisty. Jeśli te pierwsze okażą się tańsze, należy podjąć takie działania, które pomogą zrekompensować lekarzom dodatkowo poświęcany czas. W przyszłości usprawnienie procesu wymiany danych – tzn. integracja rekordu pacjenta i internetowej procedury – mogłoby skrócić znacznie czas pracy lekarza, czyli głównie pozwoliłoby uniknąć podwójnego wprowadzania danych.

Takie rozwiązanie może być stosowane także w Polsce – mogłoby ono zwiększyć dostępność do wybranych lekarzy specjalistów w rejonach wiejskich i małych miasteczkach. Wdrożenie tzw. konsultacji digitalnej przez lekarzy rodzinnych we współpracy ze specjalistami w dużej mierze zależy jednak od Narodowego Funduszu Zdrowia – głównego płatnika świadczeń medycznych w naszym kraju.

Zarządzanie czasem pracy na bloku operacyjnym – przykładowe rozwiązania

Organizacja czasu pracy na blokach operacyjnych jest aktualnie jednym z kluczowych tematów badań ośrodków uniwersyteckich w krajach wysokorozwiniętych. Celem jest podjęcie wszelkich działań, które pozwolą na najbardziej efektywne wykorzystanie bloków operacyjnych. Opóźnienia w rozpoczynaniu pierwszych operacji to istotny temat w zarządzaniu czasem bloku operacyjnego, dlatego podejmowane są liczne działania, które mają na celu obniżenie odsetka opóźnień pierwszych zabiegów.

Zysk jednostkowy w przypadku redukcji opóźnień pierwszego zabiegu nie jest znaczący, jednak ograniczenie opóźnień pierwszych zabiegów w wielu salach operacyjnych równocześnie przynosi znaczący zysk ekonomiczny w skali kraju. Badania wykonane w USA wykazały, że personel medyczny sal operacyjnych (anestezjolog, pielęgniarki, salowe) ma niedostateczną wiedzę na temat procesu podejmowania decyzji w sprawie organizacji dnia operacyjnego (27).

Z badań wynika również, że nawet po szkoleniach niewielu pracowników stosowało nabytą wiedzę, czyli szkolenie z zakresu sposobów redukcji opóźnień w rozkładzie pierwszych operacji nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Mimo to zdaniem ekspertów należy prowadzić proces edukowania personelu, żeby zmieniać jego świadomość i sposób działania. Jednocześnie nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, jak ulepszyć zarządzanie salą operacyjną, głównie w aspekcie unikania opóźnień czasu rozpoczynania pierwszych zabiegów.

Opóźnienie planowanego czasu rozpoczęcia operacji powoduje niezadowolenie i napięcia w zespołach operacyjnych. Rozkład zabiegów musi być tak planowany, żeby zredukować czas oczekiwania pacjenta i lekarzy chirurgów. Zdaniem ekspertów może przyczynić się do tego wdrażanie standardów dotyczących procesu decyzyjnego (27).

Kolejnym rozwiązaniem, które ma na celu usprawnienie pracy bloku operacyjnego, jest wprowadzenie funkcji tzw. koordynatora bloku operacyjnego. Jego głównym zadaniem jest nadzór nad sprawną realizacją planowych zabiegów operacyjnych (28). Należy przy tym zaznaczyć, że bloki operacyjne w krajach wysokorozwiniętych są dość rozbudowane, np. w badanej jednostce w Holandii na 1 blok składa się 8 sal operacyjnych (28). Zmniejsza się jednocześnie dostępność sal ze względu na wzrost liczby zabiegów operacyjnych.

Na wzrost stopnia wykorzystania sal operacyjnych pozwalają liczne, nowe rozwiązania logistyczne.

Przykładowo zmiany finansowe i organizacyjne w holenderskim systemie opieki zdrowotnej zwiększyły rywalizację szpitali w zakresie liczby leczonych pacjentów, co zmusiło jednostki do zwiększania efektywności pracy. W związku z tym zabiegi dodatkowe wykonuje się też poza planowymi godzinami pracy.

Koordynatorem bloku operacyjnego jest zazwyczaj pielęgniarka anestezjologiczna, a w całym szpitalu są 4 osoby pełniące tę funkcję. Do ich zadań należy dokonywanie zmian w harmonogramie zabiegów w przypadkach nagłych i kiedy zabiegi planowane zajmują więcej czasu niż założono, a także w razie potrzeby – reorganizacja zespołów operacyjnych.

Praca koordynatorów wymaga częstych kontaktów z zespołami chirurgów, anestezjologów i pozostałym personelem bloku operacyjnego. W wyznaczonym czasie pracy koordynator ma za zadanie maksymalne wykorzystanie bloku operacyjnego, żeby wyeliminować wszelkie przerwy między zabiegami i ściśle przestrzegać harmonogramu. Jeśli zabiegi wykraczają poza godziny pracy, generuje to dodatkowe koszty i wpływa negatywnie na kondycję psychiczną personelu. Mimo to wiele szpitali zostało zmuszonych do wydłużenia czasu pracy bloków operacyjnych.

Badania przeprowadzone w Holandii miały na celu weryfikację hipotezy, że osobowość koordynatora bloku operacyjnego i jego akceptacja zabiegów ponadplanowych ma wpływ na efektywność pracy bloku operacyjnego (28). Żeby ocenić związek między osobowością a skłonnością do podejmowania ryzyka u badanych koordynatorów, wykorzystano kwestionariusz osobowościowy Zuckermana-Kuhlmana, który służy do kwalifikowania kandydatów, a następnie do ich oceny w 5 wymiarach. Na potrzeby badań wyodrębniono 3 typy osobowościowe koordynatorów w kontekście postrzegania działań ryzykownych – niechętnie podejmujący ryzyko, neutralnie nastawieni do działań ryzykownych oraz chętnie podejmujący ryzyko.

Badania wykazały, że koordynatorzy bardziej aktywni, chętniej podejmujący ryzykowne decyzje są najbardziej efektywni w organizacji pracy i wykorzystaniu czasu pracy sal operacyjnych. Są więc bardziej efektywni kosztowo, rzadko pracują po godzinach i raczej eliminują zabiegi nadliczbowe. Może to być dość istotna rekomendacja dla zarządzających podmiotami leczniczymi, którzy prowadzą rekrutację koordynatorów sal operacyjnych.

Blok operacyjny to część szpitala, która w większości szpitali krajów wysokorozwiniętych generuje największe koszty (29). Jak wykazują badania, ok. 10–40%

planowych operacji jest często przekładana (30,31). Najczęstszą przyczyną anulowania operacji w harmonogramie jest rezygnacja pacjenta, jego nieprzygotowanie lub brak wolnych sal operacyjnych. Wyniki wielu prac wskazują, że w odwoływaniu zabiegów lub ich przesuwaniu zasadnicze znaczenie mają przyczyny organizacyjne. Należą do nich głównie przeładowane listy zabiegowe i zła koordynacja pracy poszczególnych zespołów prowadzących operacje (np. 32).

Żeby skrócić kolejki oczekujących na zabieg, należy w pierwszej kolejności zwiększyć wykorzystanie sal operacyjnych. Badania przeprowadzone w USA (w szpitalu zajmującym się przede wszystkim zabiegami w zakresie chirurgii ginekologicznej w znieczuleniu ogólnym), których celem było określenie przyczyn słabego wykorzystania sal operacyjnych, wykazały wiele obszarów wymagających reorganizacji (33). Po pierwsze, wskazały na znaczącą stratę czasu na salach operacyjnych, przy czym największa miała miejsce między zabiegami. Średnio w trakcie 4-godzinnej pracy sali operacyjnej wykonuje się 3–4 zabiegi. W tym czasie marnuje się ok. 60 min pracy chirurgów, którzy czekają na przygotowanie pacjenta. W 40% przypadków także anestezjolodzy są zmuszeni do czekania na przywiezienie i przygotowanie pacjenta. Aż 1/3 opóźnień w harmonogramie operacji wynika właśnie z problemów z przygotowaniem pacjentów do zabiegu, a to z kolei przyczynia się w 21% do niepełnego wykorzystania sal operacyjnych (34).

Autorzy badań wskazują na możliwości poprawy sytuacji i zwiększenie wykorzystania bloków operacyjnych poprzez wdrożenie konkretnych rozwiązań. Rozwiązaniem byłoby wcześniejsze wysyłanie pacjentów na blok zabiegowy – minimum 40 min przed pojawieniem się anestezjologa. To natomiast jest uzależnione od dostępności i organizacji personelu pielęgniarskiego. Ułatwieniem byłaby też dodatkowa sala, przedoperacyjna, w której można byłoby przygotować pacjenta przed wjazdem na salę operacyjną. Drugim wskazanym rozwiązaniem byłaby obecność, oprócz anestezjologa dyżurnego, drugiego lekarza w rezerwie. Kiedy lekarz dyżurny byłby zajęty, jego obowiązki mogłaby przejąć inna osoba. Trzecim rozwiązaniem jest odpowiednio duża sala pooperacyjna, która pozwalałaby na przyjęcie pacjentów bez opóźnień. Z proponowanych rozwiązań 2 ostatnie wymagają dodatkowych kosztów.

Działania optymalizujące wykorzystanie bloków operacyjnych są podejmowane w systemach opieki zdrowotnej wielu krajów zachodnich. Przykładowo plany rządowe w Wielkiej Brytanii zakładają

osiągnięcie 92,5-procentowego wykorzystania bloków operacyjnych, pozwalającego skrócić czas oczekiwania na zabieg (31). Spełnienie wyżej omówionych warunków powinno wystarczyć, żeby te plany zrealizować.

Inną kwestią rozważaną obecnie w piśmiennictwie międzynarodowym w odniesieniu do zarządzania czasem pracy jest robotyzacja pracy lekarzy na blokach zabiegowych. Używanie robotów, które asystują w prowadzeniu zabiegów chirurgicznych, jest coraz bardziej powszechne. Roboty mają już zastosowanie w wielu dziedzinach medycyny zabiegowej, np. w chirurgii laparoskopowej stosuje się system da Vinci. Robot ten dysponuje monitorem w wymiarze 3D, ma też kilka dodatkowych atutów w porównaniu z tradycyjną laparoskopią. Z wielu względów, głównie ekonomicznych, niewielu pacjentów przechodzi zabiegi prowadzone tą metodą.

Użycie systemu chirurgicznego da Vinci podczas zabiegu wydłuża jego trwanie – przyczyną może być czas potrzebny na przygotowanie robota. Prospektywne badania wykazały jednak, że chociaż uruchomienie robota jest czasochłonne, można tego uniknąć, rozpoczynając przygotowywanie go do działania, kiedy pacjent przygotowuje się do zabiegu (35). Wydłużenie czasu operacji przez stosowanie robota da Vinci można ograniczyć do 10 min, co wydaje się akceptowalne.

Prezentowane rozwiązania, które mają na celu usprawnienie pracy bloków operacyjnych, mogłyby być stosowane także w Polsce.

Organizacja czasu pracy w izbie przyjęć

Przepełnienie i złe funkcjonowanie izby przyjęć to zjawisko występujące w wielu krajach, które wpływa na jakość i szybkość opieki nad pacjentem. „Czas utraconych korzyści” jest w tym przypadku znaczący, dlatego jest tematem licznych doniesień naukowych, których autorzy podkreślają konieczność poprawy zarządzania czasem na tym odcinku opieki szpitalnej. W systemach opieki zdrowotnej krajów wysokorozwiniętych wdrażano już wiele sposobów usprawnienia pracy izby przyjęć w celu skrócenia czasu oczekiwania na przyjęcie, jednak żaden z nich nie został dokładnie zbadany.

Jak wykazały kilkuletnie badania, wydłużony czas oczekiwania pacjentów na przyjęcia w izbie przyjęć podaje połowa szpitali badanych w USA (36). Badania miały na celu analizę kilku metod przyjmowania pacjentów w izbach przyjęć w wybranych szpitalach i szukanie korelacji między każdą z nich w aspekcie utraconych korzyści z powodu oczekiwania pacjentów na przyjęcie. Brano pod uwagę 3 kwestie – czas pobytu w izbie (średni czas od decyzji o przyjęciu pacjenta do

momentu wyjazdu z izby), odsetek pacjentów czekających na tzw. wolne łóżko oraz różne komponenty czasu przyjęcia (czas potrzebny na wypełnienie formalności związanych z przyznaniem łóżka, przygotowanie łóżka, konieczne decyzje lekarzy z izby i oddziału, transport pacjenta).

Korzyści utracone z powodu każdych 30 min oczekiwania na przyjęcie były równe czasowi potrzebnemu na leczenie ok. 3,5% dziennie przyjmowanych pacjentów. Dla bardzo obleganych szpitali było to równe możliwości przyjęcia i leczenia ok. 36 dodatkowych pacjentów. Odnotowano zależność liniową między wydłużającym się czasem oczekiwania na przyjęcie i wzrostem tzw. utraconych korzyści (36). Znaczące opóźnienia w przepływie pacjentów w izbie przyjęć mają liczne negatywne konsekwencje, m.in. niezadowolenie pacjentów, dłuższy pobyt w szpitalu i nieudzielenie pomocy na czas.

Inne badania, prowadzone również w USA, wskazują, że na efektywność pracy izby przyjęć kluczowy wpływ mają czynniki zewnętrzne – dostępność łóżek w szpitalu na poszczególnych oddziałach, możliwość wykonania szybkich badań laboratoryjnych, dostęp do szybkich konsultacji specjalistycznych i do zabiegów (37). Czynniki zewnętrzne, takie jak liczba łóżek w izbie, mają większe znaczenie niż samo funkcjonowanie izby przyjęć, czyli jakość pracy jej pracowników.

W opinii Kanadyjskiego Towarzystwa Lekarzy Pogotowia Ratunkowego (Canadian Association of Emergency Physicians) przepełnienie szpitala ma natychmiastowe konsekwencje w postaci przepełnień w izbie przyjęć (36). Pacjenci, którzy wymagają szybkiej hospitalizacji, są zmuszeni do długiego oczekiwania w izbie przyjęć, co skutkuje opóźnieniem w udzieleniu im koniecznej pomocy. Istotne są także koszty ekonomiczne. Badania kanadyjskie wykazały, że pobyt w szpitalu pacjentów, którzy zostali przyjęci w izbie przyjęć z dużym opóźnieniem (8–12 godz.), uległ wydłużeniu średnio o 12,4%, a koszt ich leczenia wzrastał o 11% w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi bez opóźnień (36). Badania prowadzone w Pensylwanii wykazały, że czas przekazywania przyjętych do szpitala pacjentów z izby na oddział wynoszący do 120 min znacząco poprawia efektywność funkcjonowania izby przyjęć (37). Daje to możliwość udzielania szybszej pomocy następnym oczekującym, a szpitalowi zysk w wysokości prawie 4 mln USD rocznie (38).

Większość badań sugeruje, że wzrost efektywności czasu pracy izby przyjęć może mieć miejsce jedynie w wyniku przyspieszenia przepływu pacjentów. Lepsza organizacja pracy w izbach przyjęć w celu skrócenia

czasu oczekiwania pacjentów na leczenie stanowi istotny czynnik w redukcji liczby oczekujących w kolejkach i poprawie jakości całej opieki medycznej. Również w polskim systemie opieki zdrowotnej należałoby podjąć badania oceniające pracę szpitalnych izb przyjęć i wdrażać rozwiązania dla usprawnienia ich pracy.

Podsumowanie

W systemie opieki zdrowotnej sukces oznacza dostarczanie usług na najwyższym poziomie poprzez dobrą organizację pracy, właściwy plan wizyt, tworzenie optymalnych planów pracy i satysfakcjonujący poziom finansowania (39). Rola praktyk POZ i podmiotów leczniczych ulega znaczącym przeobrażeniom na całym świecie – z roli podstawowej, polegającej na leczeniu pacjenta, w system zintegrowanych, kompleksowych usług. Powoduje to ogromne zwiększenie liczby zadań, które muszą wykonać lekarze, zwłaszcza prowadzący własną działalność.

W tych grupach lekarzy obserwuje się znaczącą potrzebę szkoleń w zakresie zarządzania czasem (40). W dużych miastach mogłyby organizować je ośrodki uniwersyteckie, a dla osób z bardziej odległych regionów szkolenia mogłyby się odbywać poprzez Internet (e-learning). Informacje dotyczące zarządzania czasem powinny też być upowszechnienie w dobrze przygotowanych poradnikach. Należałoby także rozważyć włączenie powyższych zagadnień do programu nauczania na wydziałach uniwersytetów medycznych. Podstawową częścią zarówno szkoleń, jak i programów dydaktycznych dla studentów powinna być analiza konkretnych przypadków.

Edukacja w zakresie umiejętności zarządzania czasem musi przynieść wymierne korzyści w postaci wzrostu efektywności i skuteczności usług w życiu zawodowym, co przekłada się również na korzyści w życiu prywatnym. Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że brak wyszkolenia personelu medycznego w zakresie zarządzania czasem w pracy prowadzi do sytuacji stresowych i konfliktów między życiem zawodowym a rodzinnym (41). Przepracowanie charakteryzuje się niezdolnością do oceny, które z zadań wymagają największej uwagi, co przejawia się w końcu ich odrzucaniem. Konflikty praca–dom powstają wtedy, gdy obowiązki zawodowe zaczynają negatywnie wpływać na rodzinne. Możliwa jest też sytuacja odwrotna – kiedy oczekiwania ze strony rodziny są sprzeczne z obowiązkami zawodowymi.

Te czynniki stresowe w miejscu pracy są w teoriach zarządzania czasem często przedstawiane w kontekście koniecznego delegowania zadań i np. efektywnego uży-

wania urządzeń elektronicznych (42). W Polsce delegowanie przez lekarzy obowiązków związanych z procesem leczenia personelowi pomocniczemu jest trudnym zagadnieniem, ponieważ wymaga zmian zarówno prawnych, jak i w obszarze mentalności społeczeństwa. Ponadto w ostatnich 2 dekadach nasz kraj przechodził liczne zmiany i wprowadzano w nim kompleksowe reformy, dlatego kwestie zarządzania czasem są relatywnie nowe.

Przemiany w systemie opieki zdrowotnej w Polsce, które rozpoczęły się w latach 90., wprowadziły kadrę medyczną w całkowicie nową rzeczywistość ekonomiczno-organizacyjną. Nastąpiły poważne przekształcenia własnościowe, znacznie zmniejszyła się liczba publicznych zakładów opieki zdrowotnej – aktualnie dominującymi podmiotami są lekarze prowadzący prywatne gabinety i podmioty lecznicze. Zmusiło to lekarzy do szybkiego przyswojenia wiedzy z zakresu zachowań rynkowych i menadżerskich.

WNIOSKI

Liczne badania międzynarodowe w zakresie stosowania technik i metod zarządzania czasem w systemie opieki zdrowotnej pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. W dobie zachodzących w krajach wysokorozwiniętych przemian – demograficznych, społecznych, kulturowych, dotyczących stanu zdrowia ludności i innych – a zarazem ograniczeń ekonomicznych i rosnących oczekiwań świadczeniobiorców przewiduje się zwiększoną ilość obowiązków lekarzy sektora POZ i nowe stawiane im wyzwania. Wskazane jest więc:

- upowszechnianie wiedzy dotyczącej najbardziej skutecznych metod zarządzania czasem pracy w środowisku profesjonalistów medycznych;
- polepszanie organizacji pracy praktyk poprzez tworzenie zespołów POZ, właściwe delegowanie zadań, prawidłową selekcję obowiązków, odpowiedni dobór liczby podopiecznych, optymalny system finansowania świadczeń;
- wdrażanie nowoczesnych rozwiązań w zakresie technologii informatycznych, np. elektronicznej formy dokumentacji, które mogą się przyczynić do usprawnienia i skrócenia czasu pracy lekarzy;
- stosowanie rozwiązań z zakresu telemedycyny – np. cyfrowych konsultacji specjalistycznych – szczególnie w regionach wiejskich i małych miastach, w których pacjenci muszą pokonywać dużą odległość do lekarza specjalisty;

telemedycyna mogłaby się przyczynić do znacznego skrócenia czasu oczekiwania na diagnozę i rozpoczęcie terapii.

2. Usprawnienie pracy bloków operacyjnych i izb przyjęć definiowane jest jako kluczowe w podnoszeniu efektywności pracy szpitali i skracaniu kolejek oczekujących. Do lepszego wykorzystania sal operacyjnych może się przyczynić:

- wprowadzenie standardów postępowania procesu decyzyjnego, robotyzacja i zatrudnienie koordynatora bloku operacyjnego w celu bieżącej reorganizacji planów zabiegów, pracy zespołów chirurgów i nadzoru nad przygotowaniem pacjentów (znaczenie mają także cechy osobowościowe osoby zatrudnionej na stanowisku koordynatora);
- przyspieszenie przepływu pacjentów z izby przyjęć na oddziały, czyli wzrost efektywności czasu pracy izby przyjęć.

3. Wyniki badań oraz przegląd krajowego piśmiennictwa wskazują na znaczący brak wiedzy z zakresu metod zarządzania czasem pracy wśród lekarzy i osób zarządzających podmiotami leczniczymi. Nie ma też publikacji o charakterze edukacyjnym ani prezentujących wdrażane rozwiązania w polskim systemie opieki zdrowotnej. Należy więc zwiększyć działania edukacyjne w zakresie zarządzania czasem w środowisku profesjonalistów medycznych i kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi w Polsce.

Prezentowane w niniejszej publikacji wyniki i doświadczenia międzynarodowe mogą być inspiracją do prowadzenia badań i wdrażania podobnych rozwiązań w polskim systemie opieki zdrowotnej – zarówno w sektorze POZ, jak i szpitalnych blokach operacyjnych oraz izbach przyjęć.

PIŚMIENNICTWO

1. Johns T.: *Doskonałe zarządzanie czasem*. Rebis, Poznań 1999
2. Drucker P.: *Menedżer skuteczny*. Nowoczesność, Warszawa 1992
3. Fontana D.: *Zarządzanie czasem*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999
4. Kochański T.: *Nowoczesne koncepcje zarządzania przedsiębiorstwem*. Wydawnictwo WSEI, Warszawa 2000
5. Adair J.: *Anatomia biznesu – zarządzanie czasem*. Wydawnictwo Studio EMKA, Warszawa 2000
6. Laskowska A.: *Konkurowanie czasem – strategiczna broń przedsiębiorstwa*. Difin, Warszawa 2001
7. Bieniok H.: *Zarządzanie czasem*. Poradnik dla mało efektywnych. Difin, Warszawa 2010
8. Seiwert L.J.: *Jak organizować czas*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996
9. Seiwert L.J.: *Zarządzanie czasem*. Bądź panem własnego czasu. Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2001
10. Martyniak Z. [red.]: *Nowe metody organizacji i zarządzania*. Wydawnictwo AE, Kraków 1998
11. Kobza J.: Wymogi racjonalnego procesu decyzyjnego – warunki działania kadry zarządzającej w polskiej opiece zdrowotnej w dobie reform systemowych. *Ann. Acad. Med. Silesien.* 2007;61(5):408–411
12. Starfield B.: Health care reform: The case for a primary care imperative. *Health Care Manage.* 1994;1(1):23–34
13. Starfield B.: Primary care. *J. Ambul. Care Manage.* 1993;16(4):27–37, <http://dx.doi.org/10.1097/00004479-199310000-00006>
14. Starfield B.: Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991;266(16):2268–2271, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1991.03470160100040>
15. Starfield B.: Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129–1133, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
16. Kisa A., Ersoy K.: The need for time management training is universal: Evidence from Turkey. *Hosp. Top.* 2005;83(1):13–19
17. Cohen J.S.: Time management for healthcare executives; more than just beating the clock. *Healthc. Executive* 1987;2(6):56–59
18. Humprey C.J.: Productivity, time management-right! *Home Healthc. Nurse* 2003;21(6):356–361, <http://dx.doi.org/10.1097/00004045-200306000-00001>
19. Kobza J., Woźniak-Holecka J., Geremek M., Syrkiewicz-Światała M., Holecki T.: *Funkcjonowanie sektora podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o praktykę lekarza rodzinnego na tle reform systemu zdrowia w Polsce*. Monografia – raport z badań MNiSW. Wydawnictwo Śląsk, Katowice 2011
20. Yarnall K.S.H., Østbye T., Krause K.M., Pollak K.I., Gradison M., Michener J.L.: Family physicians as team leaders: „Time” to share the care. *Prev. Chronic. Dis.* 2009;6(2):1–6
21. McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J., Keesey J., Hicks J., DeCristofaro A. i wsp.: The quality of health care delivered to adults in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2003;348(26):2635–2645, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa022615>
22. Clegg B.: *Błyskawiczne zarządzanie czasem*. IFC Press, Kraków 2000
23. Yaggy S.D., Michener J.L., Yaggy D., Champagne M.T., Silberberg M., Lyn M. i wsp.: Just for us: An academic

- medical center-community partnership to maintain the health of a frail low-income senior population. *Gerontologist* 2006;46(2):271–276, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/46.2.271>
24. Pizziferri L., Kittler A.F., Volk L.A., Honour M.M., Gupta S., Wang S. i wsp.: Primary care physician time utilization before and after implementation of an electronic health record: A time-motion study. *J. Biomed. Informatics* 2005;38(3):176–188, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2004.11.009>
25. Bates D.W., Ebell M., Gotlieb E., Zapp J., Mullins H.C.: A proposal for electronic medical records in U.S. primary care. *J. Am. Med. Assoc.* 2003;289(1):1–10, <http://dx.doi.org/10.1197/jam.2003.11.001>
26. Berghout R.M., Eminović N., de Keizer N.F., Birnie E.: Evaluation of general practitioner's time investment during a store-and-forward teledermatology consultation. *Int. J. Med. Inf.* 2007;76, Supl. 3:S384–S391, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2007.04.004>
27. Dexter E.U., Dexter F., Masursky D., Garver M.P., Nussmeier N.A.: Both bias and lack of knowledge influence organizational focus on first case of the day starts. *Anesth. Analg.* 2009;108(4):1257–1261, <http://dx.doi.org/10.1213/ane.0b013e31819a6dd4>
28. Stepaniak P.S., Mannaerts G.H.H., de Quelerij M., de Vries G.: The effect of the operating room coordinator's risk appreciation on operating room efficiency. *Anesth. Analg.* 2009;108(4):1249–1256, <http://dx.doi.org/10.1213/ane.0b013e318195e109>
29. Denton B., Viapiano J., Vogl A.: Optimization of surgery sequencing and scheduling decisions under uncertainty. *Health Care Manage. Sci.* 2007;10(1):13–24, <http://dx.doi.org/10.1007/s10729-006-9005-4>
30. Schofield W.N., Rubin G.L., Piza M., Lai Y.Y., Sindhusake D., Fearnside M.R. i wsp.: Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. *Med. J. Aust.* 2005;182(12):612–615
31. Audit Commission. *Operating theatres: Review of national findings.* Audit Commission, London 2003
32. Weinbourn A.A., Ekstein P., Ezri T.: Efficiency of the operating room suite. *Am. J. Surg.* 2003;185(3):244–250, [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(02\)01362-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(02)01362-4)
33. Saha P., Pinjani A., Al-Shabibi N., Madari S., Ruston J., Magos A.: Why we are wasting time in the operating theatre? *Int. J. Health Plan. Manage.* 2009;24(3):225–232, <http://dx.doi.org/10.1002/hpm.966>
34. Hopkins C., Jephson C., Yeung V., Chevretton E.B.: Increasing operating list efficiency through parallel processing. *J. Laryngol. Otol.* 2001;115:1036–1039
35. Iranmanesh P., Morel P., Wagner O.J., Inan I., Pugin F., Hagen M.E.: Set-up and docking of the da Vinci surgical system: Prospective analysis of initial experience. *Int. J. Med. Robot. Comput. Assist. Surg.* 2010;6(1):57–60, <http://dx.doi.org/10.1002/rcs.288>
36. Huang Q., Thind A., Dreyer J.F., Zaric G.S.: The impact of delays to admission from the emergency department on inpatient outcomes. *BMC Emerg. Med.* 2010;10:16–21, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-227X-10-16>
37. Lucas R., Farley H., Twanmoh J., Urmov A., Evans B., Olsen N.: Measuring the opportunity loss of time spent boarding admitted patients in the emergency department: A multihospital analysis. *J. Healthc. Manage.* 2009;54(2):117–124
38. Falvo T., Grove L., Stachura R., Vega D., Stike R., Schlenker M. i wsp.: The opportunity loss of boarding admitted patients in the emergency department. *Acad. Emerg. Med.* 2007;14(4):332–337
39. Collins S.K., Collins K.S.: Time: A vital resource. *Radiol. Manage.* 2004;26(1):30–33
40. Steinert Y., Nasmith L., Daigle N.: Executive skills for medical faculty: A workshop description and evaluation. *Med. Teach.* 2003;25(6):666–668
41. Jex S.M., Elacqua T.C.: Time management as moderator of relations between stressors and employee strain. *Work. Stress* 1999;13(2):182–191, <http://dx.doi.org/10.1080/026783799296138>
42. Covey S.R., Merrill R., Merrill R.R.: *Najpierw rzeczy najważniejsze.* Medium, Warszawa 1998