

# Co nás trápí v nemocniční práci (a o čem možná málo mluvíme)

**Prim. MUDr. Marek Ožana**

Porodnicko-gynekologické oddělení MN Ostrava  
Novagyn s.r.o., Gynmar s.r.o.



Když jsem se zamýšlel nad tématem tohoto článku, zapátral jsem v paměti a zrekapituloval, co jsem nejčastěji v práci řešil v posledním roce, samozřejmě kromě léčení. Přestože již drahnou dobu sedím na dvou židlích, budu se zde zabývat židli nemocniční. Musel jsem si připustit, že tu máme dva velké okruhy problémů – personální situaci v nemocnicích a administrativu.

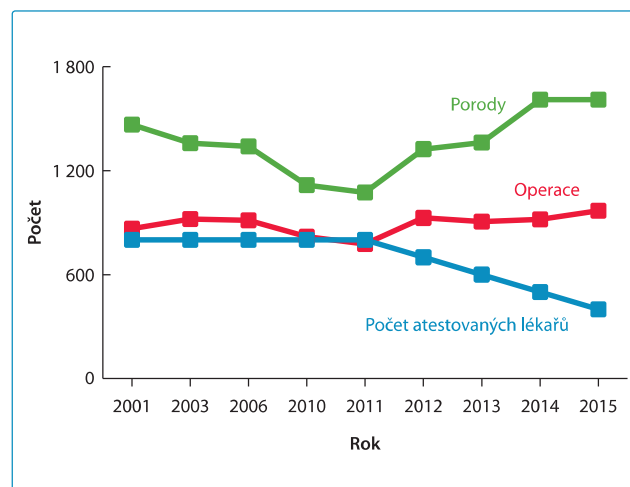
Za poslední roky se dramaticky změnilo složení týmů pracujících na lůžkových odděleních. Nevím jak v jiných nemocnicích, ale u nás, v Městské nemocnici Ostrava, se zcela překlopil poměr atestovaných lékařů a lékařů v předatestační přípravě. Zabezpečit adekvátně provoz oddělení klade na atestované lékaře stále více rostoucí nároky. Počet konzultací, časově se překrývajících činností a nutnost rychlých rozhodnutí roste. Náročnost pacientek, porodní plány, individuální přání pacientek, alternativní postupy a další zdravě prospěšná opatření jistě také nejsou cestou, která by práci usnadňovala. Rozvoj medicínských technologií a miniinvazivních technik vede k tomu, že počty léčebných výkonů rostou (**obrázek 1**). Podívejme se, jak graficky vypadá růst výkonnosti našeho oddělení a jak vypadá personální situace (**obrázek 2**). Je to skutečně cesta k růstu kvality a bezpečnosti péče?

Důvodů, které k této situaci vedou, je několik (obdobná situace je podle mých informací v mnoha dalších zdravotnických zařízeních). Nedokáži říci, jaký je hlavní důvod, ale patří mezi ně níže uvedené.

Práce atestovaných lékařů v nemocnici je nesmírně komplikovaná a složitá (řeší to, co jinde a jiný již vyřešit nedokázali, a vyřešit to musejí, nikdo jiný již nad nimi není), právně nesmírně riziková (počty stížností a žalob rostou a zvláště na nemocniční lékaře), právní ochrana je malá (pojistky nemocnic jsou často špatné, je neochota komerčních pojišťoven k mimosoudním vyrovnáním před soudním jednáním, postavení lékařů před soudem je bráno – zcela nepochopitelně – jako té silnější strany atd.), obrovská je i časová náročnost práce nemocničního lékaře (v nemocnici tráví spoustu času, má cca 120 hodin přesčasů měsíčně). Kdo by tuto práci chtěl dělat?! Úmyslně jsem si nechal jako poslední bod platové ohodnocení. To je tristní. Stejně ohodnocení, jaké je v mé soukromé ambulanci samozřejmě pro lékaře před atestací, musím vyškemat s velkým prosíkem pro špičkového specialistu s praxí 15 let v nemocnici.

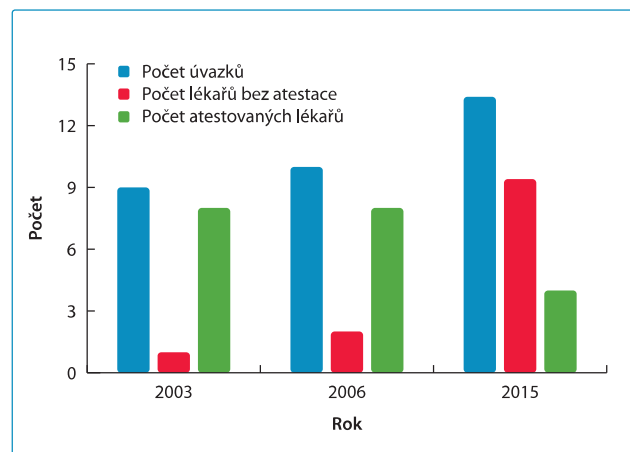
Druhým okruhem problémů, který lékaře velmi zatěžuje, je administrativní. Tým pracovníků oddělení kvality péče (žádný lékař), akreditační komise (žádný porodník) a další pracovníci

nemocničního komplementu vědí nejlépe, jak si máme vést dokumentaci, abychom jí rozuměli. Cítíte tu ironii? Měli jsme lety vypracovaný systém vedení dokumentace s předáváním informací v týmu (zásadní věc v nemocnici) tak, aby byla dokumentace stručná, vhodná k rychlé orientaci a rychlému a kompletnímu získání informací o zdravotním stavu a k návaznosti péče. Pečlivě jsme se připravili pod vedením výše uvedených pracovníků na dvě úspěšná akreditační šetření, nedůsledně ustoupili a vyho-



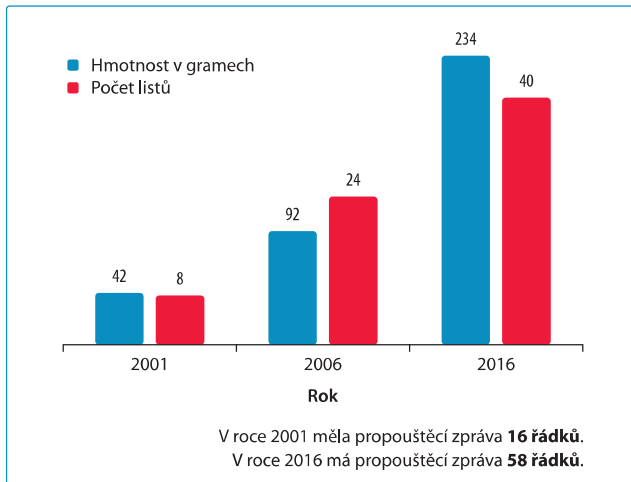
Obrázek 1 Srovnání počtu výkonů a atestovaných lékařů

Zdroj: archiv autora



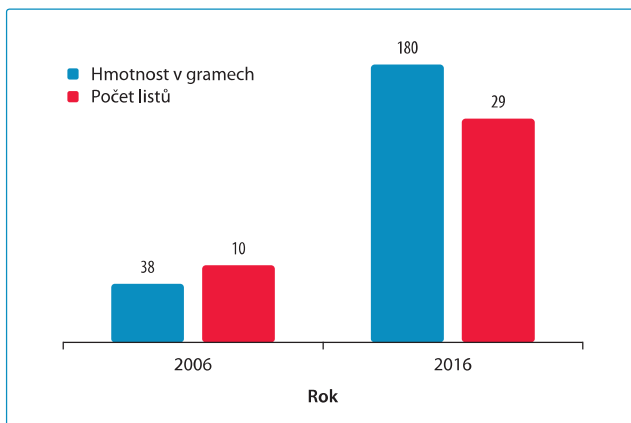
Obrázek 2 Počet lékařů na oddělení

Zdroj: archiv autora



Obrázek 3 Hmotnost a počet listů dokumentace pacientky s LAVH

Zdroj: archiv autora

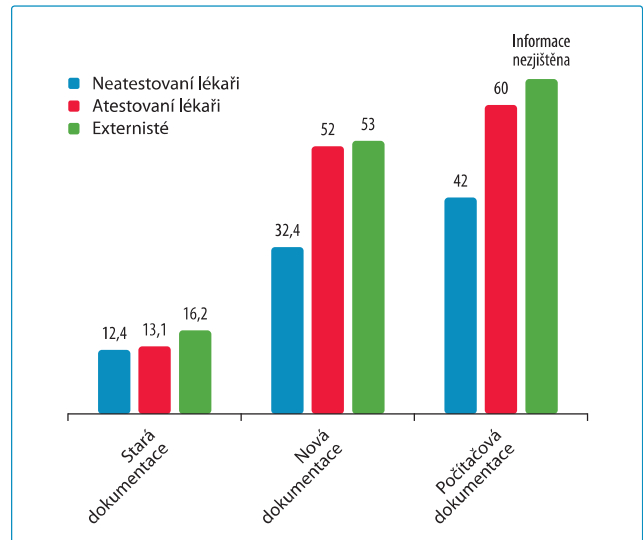


Obrázek 4 Hmotnost a počet listů porodopisu

Zdroj: archiv autora

věli v tom, jak má dokumentace vypadat a došli jsme tam, kde jsme. Prošel jsem si a zvažil dokumentaci o porodu a o LAVH v minulosti a současnosti (obrázek 3 a 4).

Je to ono, kam bychom měli směřovat? Rozhodně ne! Lékařů ochotných pracovat v nemocnici je jako šafránu, z výše uvedených důvodů „mají pěkně naloženo“, a aby se jim to nepronoslo, tak jim přidáme balík papírů, který je nepřehledný, zhoršuje orientaci v informacích o pacientce, zvyšuje riziko chyby a přehlédnutí problému a zvyšuje časovou náročnost péče. Otestoval jsem si kolegy (se stopkami v ruce se jim tento závod celkem



Obrázek 5 Čas (sekundy) potřebný k vyhledání informace v dokumentaci

Zdroj: archiv autora

líbil) a podívejte se, jak získávali informace lékaři bez atestace, atestovaní a externisté sloužící na oddělení v nové a staré dokumentaci (obrázek 5).

Na závěr je vždy shrnutí a hodnocení. Tak tedy: Personální situaci na nemocničních porodnicko-gynekologických odděleních se nezlepší, nebudeme-li špičkové odborníky, od kterých očekáváme konečnou pomoc a řešení, adekvátně finančně oceňovat. Nesnížíme-li jejich pracovní zatížení v počtu odpracovaných hodin (přesčasů je opravdu mnoho, a navíc zkrslují statistiky o platech) a nezejdeme-li administrativu (to nemluvíme o tom, jak nás zdržují počítače a nemocniční sítě). Musíme zlepšit právní ochranu lékaře, aby při řešení složitých situací nemyslel na právní rizika, ale na vyléčení pacienta. Myslím si, že zde může kousek učinit každý z nás. Každý z nás má nějaký vliv na svět kolem sebe a jde jen to uplatnit jej. Velký díl změny má v rukou vedení nemocnic, jen musí problémům naslouchat a chtít je řešit. Ale také odborné společnosti a vedení České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP mohou svůj vliv uplatňovat správným směrem (jistě mají větší vliv, než máme my jako individuální lékaři). Jistě, že největší vliv má Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo spravedlnosti ČR, Parlament a Senát a vláda ČR a prezident a Evropský parlament a Rada Evropy a Bůh... Ale začněme u sebe a veďme boj sami za sebe. A půjdeme-li stejným směrem, pak budeme mít nakonec jistě poměrně silný vliv.