

Nowoczesny ordynator – wybitny klinicysta czy Q-menedżer?



Fot. Adobe Stock

TOMASZ STEFANIAK, ANNA TYBIŃKOWSKA

W środowisku menedżerów ochrony zdrowia często omawia się tematy związane z zarządzaniem jakością kliniczną – jak to się ma do biznesu i potrzeb pacjentów. Jedni eksperci powtarzają, że rolą ordynatora jest dobre leczenie, a nie zajmowanie się cyferkami. Inni ripostują, że czasy, gdy ordynator był tylko najlepszym z klinicystów, już się skończyły. Dziś to funkcja głównie menedżerska, polegająca na koordynacji działań, inspirowaniu zespołu, analizowaniu danych i wyciąganiu wniosków, aby zapewnić dobrostan zarówno pacjentom, jak i personelowi oraz doprowadzić do zrównoważonego rozwoju zespołu i osiągnięcia celów strategicznych.

Teoria i praktyka zarządzania przedsiębiorstwami zmieniają się niezwykle dynamicznie. Podstawy koncepcyjne są stałe, ale coraz to pojawiają się nowe narzędzia – czy to komunikacji, czy ekstrakcji lub wizualizacji danych, czy wdrażania pomysłów w życie. Rozwój technologiczny we wszystkich dziedzinach wymusza ustawiczne kształcenie się, aby nie pozostawać w tyle za konkurencją, ale też utrzymywać kontakt z młodym pokoleniem zasilających szeregi pracowników. Czy dotyczy to wszystkich poziomów zarządczych? Czy ordynator pracujący w środowisku medycznym powinien także się zmienić w menedżera?

A może jest to zadanie dla dyrekcji szpitala, a ordynator powinien pozostać wyłącznie lekarzem? Czy zależy to od wielkości lub poziomu referencyjnego szpitala albo od skali i charakterystyki zespołu, którym zarządza?

Współpraca zamiast konkurencji

Zadania lidera dowolnego zespołu, także medycznego, są współcześnie dość spójne koncepcyjnie. Trzeba czerpać z doświadczenia i obserwować teraźniejszość. Pojawia się pytanie, czy tak naprawdę ordynator nie pełni funkcji głównie zarządczych i koordynujących, uwzględniając i doceniając kompetencje merytoryczne swoich podwładnych. Może powinien postrzegać ich jako zespół wspólnie zmierzający do sukcesu, a nie jako konkurentów, którzy mogą mu odebrać pacjentów. Funkcjonująca w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym (UCK) w Gdańsku formuła wspólnego wskaźnika procentowego zależnego od przychodu kliniki, który jest wtórnie dzielony pomiędzy zespół specjalistów na podstawie opracowanego i zatwierdzonego przez zespół i kontrasygnowanego przez dyrektora naczelnego regulaminu, przesuwając akcent poszukiwania pacjentów poza kontekst gabinetu prywatnego. Można by nawet przyjąć karkołomne założenie, rodem z Holandii, że

Tabela 1. Zadania ordynatora w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym (UCK) w Gdańsku wykraczające poza standardowe postrzeżenie tej funkcji jako jedynie klinicznej

Rodzaj zadania	Zadanie ordynatora w UCK wykraczające poza standardowe postrzeżenie tej funkcji
kliniczne	<ul style="list-style-type: none"> bieżąca analiza zgonów i wskazanie zasadności badania sekcyjnego lub odstąpienia od niego, refleksja nad modyfikacją procesu bieżąca analiza wszystkich przypadków powikłanych i ciekawych klinicznie jako źródła wiedzy i świadomości procesu realizowanego w klinice bieżąca ocena zasadności merytorycznej oraz prawidłowości postępowania i dokumentowania przypadków zastosowania przymusu bezpośredniego
organizacyjne	<ul style="list-style-type: none"> udział w posiedzeniach komitetu sterującego multidyscyplinarnych centrów diagnostyczno-terapeutycznych (KS MCDT), w których uczestniczy klinika udział w posiedzeniach Rady Klinicznej (RK) UCK komunikacja za pomocą e-mail UCK, EOD (elektroniczny obieg dokumentów) oraz WhatsApp Ordynatorzy opracowanie podsumowań działalności kliniki z perspektywy roku opracowanie celów zarządczych (jakości) na kolejny rok dla kliniki oraz monitorowanie stopnia ich realizacji opracowanie raportu z realizacji celów zarządczych wskazanych dla kliniki na miniony rok z uzasadnieniem w razie ewentualnych odstępstw monitorowanie stopnia realizacji kontraktu z NFZ we wszystkich podejmowanych zakresach monitorowanie budżetu i wyniku finansowego kliniki
projakościowe (quality)	<ul style="list-style-type: none"> organizacja i uczestnictwo w spotkaniach BQMM (<i>business-quality-mortality-morbidity</i>) opracowanie i nadzór nad realizacją opracowanych projektów poprawy jakości (PPI) opracowanie merytoryczne wniosków HB-HTA (<i>hospital-based health technology assessment</i>)
budowa zespołu	<ul style="list-style-type: none"> opiniowanie wniosków personelu w zakresie szkolenia specjalistycznego, w tym wniosków o <i>opt-out</i>, zatrudnienie zewnętrzne, wskazanie kierownika specjalizacji opracowanie regulaminu wewnętrznego rozliczeń zespołu specjalistów analiza i ocena kompleksowości świadczeń realizowanych jako zadanie w klinice i budowanie liderów procesów w ramach podejścia „narządowego”
kontrolne	<ul style="list-style-type: none"> bieżąca ocena i komentarz do zaistniałych niezgodności w obszarze zarządzania bieżąca ocena kompletności formalnej i merytorycznej zakończonej dokumentacji medycznej bieżąca reakcja na potrzebę rozkompletowania dokumentacji medycznej wraz z oceną, czy zaistniały problem ma charakter techniczny, czy jest wynikiem ważnego zdarzenia medycznego i powinien być zgłoszony jako osobna niezgodność kliniczna nadzór nad prawidłowością grafików dyżurowych, grafików konsultacyjnych, grafików pracy w poradni, grafików operacyjnych, grafików oddziałowych (przyjęcia do kliniki)

lekarz pracujący w sferze publicznej nie powinien, a nawet nie może mieć gabinetu prywatnego. Wystarczy publiczna ambulatoryjna opieka specjalistyczna i transparentne kwalifikowanie do leczenia przez zespół kliniki. Pozwala to na uniknięcie sytuacji, gdy znany lekarz, który nie ma wystarczającego doświadczenia w leczeniu guzów wątroby, podejmuje się tego działania, mimo że za ścianą pracuje wybitny specjalista w tej dziedzinie, tylko dlatego że pacjent zgłosił się do jego gabinetu.

Wsparcie i motywacja

Oczywiście podejmowanie tak różnorodnych zadań i tak dalece odbiegających od standardu postrzegania ordynatora jako najlepszego klinicysty nie jest możliwe bez wsparcia merytorycznego i metodycznego administracji szpitala. W UCK funkcjonuje kilka zespołów ułatwiających prawidłową realizację powyższych zadań. Są to zespoły wspierające ekstrakcję danych do przygotowania BQMM, wspierające samo przeprowadzenie BQMM (w tym klinicyści z dużym doświadczeniem zawodowym i projakościowym), prowadzenie prawidłowych rozliczeń z NFZ czy nadzorowanie zadań związanych z polityką kadrową i kształtowaniem zespołów. Nie można jednak

oprzeć się wrażeniu, że podobne działania w innych szpitalach są także możliwe, o ile już od początku działań klinicznych zostanie zastosowane podejście oparte na z informatyzowanym gromadzeniu danych i przemyślanym ich raportowaniu.

Tak szeroki zakres oczekiwań ze strony zarządu, niezależnie od tego, czy uzasadniony długoterminowymi korzyściami dla zespołu czy nie, wymaga dodatkowej motywacji dla osoby podejmującej zadania ordynatorskie. W UCK system motywacyjny jest połączony z wynagrodzeniem powiązaniem równoległym z przychodem (im więcej wykonamy procedur, tym wyższe będą zarobki) oraz z wynikiem (im wyższa EBITDA, tym wyższa roczna dodatkowa prowizja dla ordynatora). Ten prosty mechanizm pozwala na poszukiwanie optymalizacji biznesowej poprzez zwiększenie liczby procedur, szczególnie w zakresach, które nie są objęte limitem z NFZ.

BQMM na straży jakości

Pogoń za pieniądzem może być jednak także niebezpieczna. Może prowadzić do obniżania jakości wykonywanych świadczeń i nadmiernego eksploatowania personelu. W tym celu w UCK wprowadzono regularne

Tabela 2. Nadzwyczajne kompetencje ordynatorów

Zakres kompetencji	Kompetencje ordynatora wykraczające poza standardowe postrzeżenie tej funkcji
coaching	<ul style="list-style-type: none"> • odkrywanie potencjału zespołu, jego wiedzy, własnych rozwiązań oraz motywowanie do zmian i realizacji celów • rezultatem takiej relacji powinno być dotarcie do pewnych wniosków i zwiększenie samoświadomości – celem nie jest wskazanie drogi, wytknięcie błędów czy zmotywowanie do określonego działania
zarządzanie procesowe	<ul style="list-style-type: none"> • tworzenie modeli ścieżki pacjenta • popularyzacja unitów narządowych i multidyscyplinarnych centrów diagnostyczno-terapeutycznych (MCDT) • odchodzenie od rozwiązań „silosowych”
lean management	<ul style="list-style-type: none"> • budowanie efektywnego przepływu między różnymi obszarami • optymalizowanie procesów diagnostycznych i klinicznych • unikanie marnotrawstwa czasu, kompetencji, potencjału, pieniędzy

spotkania oceniające jakość podejmowanych świadczeń wedle metodyki znanej od ponad 100 lat na świecie, a ponad 20 w Polsce. Spotkania jakościowe BQMM, bo o nich mowa, opisywane w poprzednim numerze „Menedżera Zdrowia” (1–2/2022 „Spotkanie BQMM – co to i po co?”), stanowią przeciwagę dla potencjalnych działań niebezpiecznych dla pacjentów oraz destrukcyjnych dla wizerunku szpitala i jego długoterminowej prognozy w zakresie realizacji świadczeń – ryzyka utraty zaufania pacjentów. Jak wynika z naszych doświadczeń, regularne, transparentne dyskusje o wynikach leczenia, z otwartym poszukiwaniem systemowych przyczyn napotkanych problemów, nie tylko prowadzą do dbałości o jakość leczenia, lecz także ułatwiają świadome i etyczne poszukiwania optymalizacji kosztowej. Pozwala to również na bardziej przekrojowe postrzeżenie realizowanego procesu, co z kolei umożliwia porównania z ośrodkami światowymi, które od dawna stosują takie podejście. Nie bez znaczenia jest fakt, że organizacje międzynarodowe zrzeszające najlepsze ośrodki światowe kierują się taką samą analityką procesów medycznych i takiej analityki wymagają od jednostek pretendujących do ich grona.

Constant challenging

W nowoczesnym zarządzaniu personelem o wysokich kompetencjach ważne jest podejście koncyliacyjne i transparentność podejmowanych decyzji. Te zasady są obecne we wszystkich wytycznych postępowania w zakresie zarządzania procesami medycznymi na świecie. Określenie miar jakości, od standardowych (śmiertelność, odsetek reoperacji i hospitalizacji), aż do specyficznych – wynikających z dogłębnej analizy realizowanych procedur i zapisanych

w SOP-ach, pozwala na benchmarking do innych ośrodków, ale także uzyskanie wspólnoty celów zespołu i budowę autorytetu lidera nie ze względu na pozycję w hierarchii, ale na podstawie danych i dojrzałego wnioskowania. Koncepcja *constant challenging* (stałego poddawania wyzwaniom) osoby zarządzającej procesem medycznym wymaga od niej ciągłego doskonalenia własnych kompetencji, ale także otwartości na wiedzę i rozwój innych. Staje ona w opozycji do koncepcji władzy z nadania, niezachwianej wszechwładzy monarchy, rodem z carskiej Rosji czy Bizancjum. Daleko nam jeszcze do prawdziwej kadencyjności

ordynatorów, którzy po dwóch kadencjach przejmują funkcje starszych doradców, jak jest to praktykowane np. w Mayo Clinic. W koncepcji stałego poddawania wyzwaniom wybitny klinicysta staje się wybitny nie dlatego, że tak uważają jego wybitni koledzy, ale dlatego, że jego wyniki mówią same za siebie. Same za siebie mówią też działania, które podejmuje, jeśli pojawiają się problemy czy powikłania. Od takiej osoby młodzi lekarze będą się uczyć nie tyle szacunku dla majestatu, co dla dokonania lidera oraz jego sposobu myślenia, wnikliwego podejścia do każdego pacjenta, stymulowania rozwoju i optymalnego wykorzystania

potencjału każdego członka zespołu. Będą się uczyć także szacunku dla informacji powstającej na najniższym szczeblu opieki medycznej, która pozwala zrozumieć całość procesu, nie przeoczyć błahych z pozoru faktów i wreszcie – wysnuć wnioski rzeczywiście zmieniające świat. I w ten sposób, zupełnie niepostrzeżenie i niezależnie od woli zarządu szpitala, ordynator – wybitny klinicysta staje się także prawdziwym liderem i Q-menedżerem.

” W nowoczesnym zarządzaniu personelem o wysokich kompetencjach ważne jest podejście koncyliacyjne i transparentność podejmowanych decyzji ”

Tomasz Stefaniak, dyrektor do spraw lecznictwa i lekarz naczelny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku,
Anna Tybińkowska, pełnomocnik lekarza naczelnego UCK ds. Ekonomicznych