



Sygn. 41/ZPR/2025

Warszawa, 5 października 2025 r.

Raport Porozumienia Rezydentów OZZL

dot. dyżurów całodobowych w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych

Autorzy raportu: Sebastian Goncerz, Anna Depukat, Radosław Tymiński

Porozumienie Rezydentów OZZL jest jednostką organizacyjną Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, skupiającą lekarzy specjalizujących się i stażystów, którego głównym celem jest poprawa warunków pracy, wynagrodzeń oraz jakości kształcenia i bezpieczeństwa pracy lekarzy. W ramach naszej działalności prowadzimy bieżące analizy zgłaszanych przez członków uwag oraz wniosków co do jakości procesu kształcenia młodych lekarzy.

Z dotychczas przeprowadzonych przez nas analiz wynika, iż jednym z najbardziej kluczowych i problematycznych obszarów szkolenia specjalizacyjnego lekarzy są całodobowe dyżury medyczne w specjalizacji z psychiatrii. W związku z tym Zarząd PR OZZL przeprowadził szeroko zakrojone badanie ankietowe wśród lekarzy odbywających tę specjalizację. Celem badania było wskazanie wyzwań, z którymi mierzą się młodzi lekarze, określenie ewentualnych nieprawidłowości w toku szkolenia specjalizacyjnego, wskazanie możliwych kierunków zmian i opracowanie rekomendacji celem poprawy jakości kształcenia i bezpieczeństwa pacjentów.

Zaprezentowany przez nas raport bazuje na wynikach przeprowadzonego badania ankietowego, które stało się podstawą do sformułowania przez nas wniosków i ocen. Zaprezentowane dane mogą być cennym źródłem informacji dla decydentów w zakresie psychiatrii, ponieważ wskazujemy na kwestie związane z jakością opieki nad pacjentami, bezpieczeństwem pacjentów i personelu medycznego oraz wyzwaniem organizacyjnym, z którymi boryka się system ochrony zdrowia. Celem autorów raportu nie była krytyka organizacji pracy konkretnych oddziałów czy umniejszanie trudnościom, z którymi boryka się ochrona zdrowia, w szczególności w obszarze psychiatrii, lecz poprawa bezpieczeństwa pacjentów i poprawa jakości kształcenia poprzez wskazanie obszarów problemowych i możliwych kierunków zmian.

I. Metodologia

Procedura badawcza

Badanie przeprowadzono za pomocą anonimowej ankiety, uniemożliwiającej identyfikację respondentów. Ankietę udostępniono online na platformie Google Forms. Ankietę można



OZZL

było wypełnić od 13 sierpnia do 2 września 2025 roku. Była ona zabezpieczona przed powtórny jej wypełnieniem przez tę samą osobę. Ankieta była dystrybuowana przez kanały komunikacyjne wykorzystywane przez Porozumienie Rezydentów, w szczególności zamknięte komunikatory dla lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, poprzez grupy i fora internetowe wykorzystywane przez lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii oraz przez wewnętrzny mailing podmiotów leczniczych, które wyraziły zgodę na rozesłanie jej do zatrudnionych lekarzy. Podczas dystrybucji ankieta była opatrzona informacją o grupie badanej.

Metoda badawcza

Kwestionariusz ankiety składał się z czterech części. Pierwsza część dotyczyła cech respondenta oraz krótkiej charakterystyki jego miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Na drugą część składało się trzynaście pytań zamkniętych, dotyczących warunków pełnienia dyżurów całodobowych oraz ich organizacji. Trzecia część składała się z siedmiu pytań zamkniętych, które dotyczyły subiektywnego poczucia bezpieczeństwa lekarzy w trakcie dyżurów oraz ich ocenę sposobu organizacji dyżurów w szpitalu. Odpowiedzi można było udzielić na skali nominalnej ("Tak", "Nie" lub "Nie mam zdania"). Ostatnia, czwarta część składała się z trzech opcjonalnych pytań otwartych, w których respondenci mogli w swobodny sposób opisać ewentualne przyczyny braku bezpieczeństwa swojego i pacjentów na oddziałach lub opisać nieprawidłowości mające miejsce w szpitalu.

Pytania w części II dotyczyły kwestii organizacyjno-prawnych i zostały opracowane na podstawie obowiązującego programu specjalizacji w dziedzinie psychiatrii i norm zawartych w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, w szczególności ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Pytania dotyczące poczucia bezpieczeństwa w trakcie dyżurów (część trzecia) skonstruowano na podstawie analizy problemów, które były zgłaszane do sekretariatu Porozumienia Rezydentów. Pytania otwarte miały na celu umożliwienie ankietowanym szerszej wypowiedzi w zakresie poruszanych problemów.

Grupa badawcza

Docelową grupą badawczą byli lekarze w trakcie specjalizacji z psychiatrii dorosłych, realizujący dyżury całodobowe oraz specjaliści do 5 lat od ukończenia szkolenia. Aktualni specjaliści mieli ocenić okres swojego szkolenia przed zdaniem Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES).

Ankiety wypełniło **825** osób, z czego **639** (77,5%) wskazało, że jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Według danych CMKP w Polsce w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z



psychiatrii jest 1936 osób, w związku z tym **uzyskano odpowiedzi od blisko 33% lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii w kraju.**

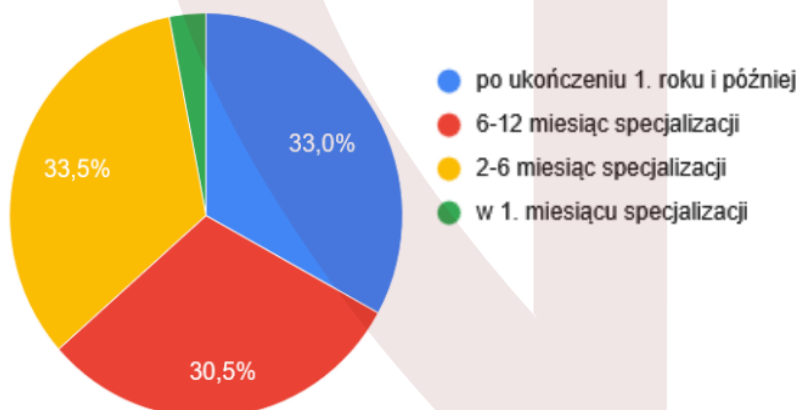
Ponad 66% badanych to kobiety, 32,7% to mężczyźni, 0,36% (trzy osoby) osób określiło swoją płeć jako “inna”. Wśród respondentów ponad 55% pracuje w szpitalach monospecjalistycznych, 23,6% w klinicznych szpitalach wielospecjalistycznych, a 19,4% w nieklinicznych szpitalach wielospecjalistycznych. Dwanaście osób zaznaczyło odpowiedź “inne/nie wiem” (1,5%). Spośród lekarzy w trakcie specjalizacji 12% jest aktualnie na pierwszym, 20,2% na drugim; 18,1% na trzecim, 12,7% na czwartym oraz 14,4% na piątym roku szkolenia. Lekarze specjaliści, którzy w ciągu ostatnich pięciu lat zdali Państwowy Egzamin Specjalizacyjny z psychiatrii, stanowili 22,5% badanych.

II. Wyniki, część pierwsza - warunki dyżurów całodobowych

Początek dyżurów

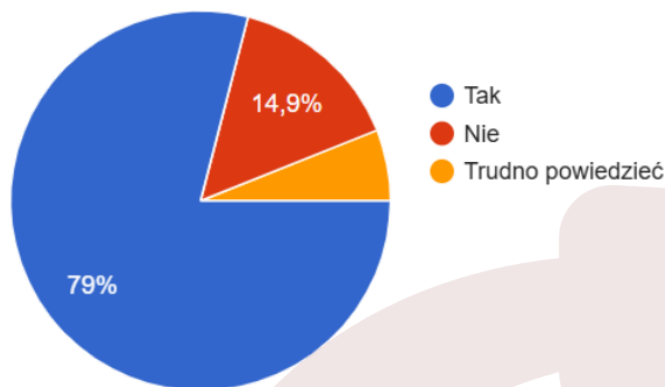
Wyniki: pierwszą kwestią jest moment rozpoczęcia samodzielnych dyżurów całodobowych. Co to zasady, powinny się one rozpoczynać po ukończeniu pierwszego roku specjalizacji (art. 16i ust. 1b u.z.l.), wcześniejsze pełnienie dyżurów medycznych jest dopuszczone jedynie za kumulatywną zgodą kierownika specjalizacji oraz specjalizanta (art. 16i ust. 5 u.z.l.). Powinny być poprzedzone dyżurami towarzyszącymi, czyli najczęściej pięciogodzinnymi dyżurami odbywanymi pod nadzorem lekarza uprawnionego do dyżurów samodzielnych. Z uzyskanych odpowiedzi **jedynie 33% respondentów wskazało, że rozpoczyna samodzielne dyżury po ukończeniu 1 roku specjalizacji.** Wyniki szczegółowo zaprezentowano na Rys. 1. Równocześnie 79% lekarzy w trakcie specjalizacji rozpoczyna dyżurowanie od dyżurów towarzyszących. Wyniki zaprezentowano na rys. 2.

Rys. 1. Początek samodzielnych dyżurów całodobowych [odpowiedź “2-6” jest agregacją dwóch odpowiedzi]





Rys. 2. Czy w Twojej placówce lekarze w trakcie specjalizacji realizują dyżury towarzyszące przed rozpoczęciem dyżurów całodobowych?



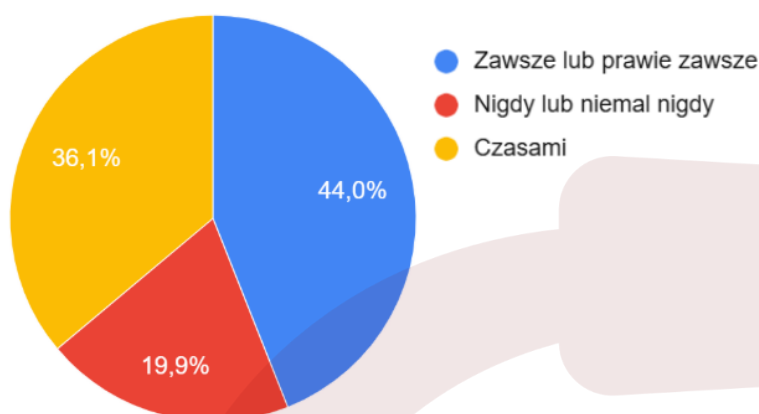
Komentarz: cieszy z pewnością fakt, że 79% lekarzy w trakcie specjalizacji rozpoczyna dyżurowanie od dyżurów towarzyszących, co pozwala im pod okiem starszych i bardziej doświadczonych kolegów przygotować się do sprawowania opieki nad pacjentami w trakcie dyżurów samodzielnych. Jednakże 67% lekarzy rozpoczyna samodzielne dyżury medyczne wcześniej niż po roku od rozpoczęcia specjalizacji, a aż 36,5% ankietowanych zaczyna samodzielne dyżury w pierwszych 6 miesiącach od rozpoczęcia specjalizacji (3% ankietowanych rozpoczyna nawet w 1. miesiącu specjalizacji).

Wsparcie ze strony lekarza specjalisty

Wyniki: zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, wykonywane przez lekarza w trakcie specjalizacji badania diagnostyczne i ich interpretacja, rozpoznanie choroby, sposoby leczenia, rokowania i zalecenia dla pacjenta powinny być konsultowane przez kierownika specjalizacji lub innego specjalistę (art. 16m ust. 7 pkt 2 u.z.l.). Program specjalizacji ponadto przewiduje nadzór specjalisty nad wykonywaniem przez lekarza w czasie szkolenia zabiegów diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych objętych programem specjalizacji do czasu nabycia przez lekarza umiejętności samodzielnego ich wykonywania (art. 16m ust. 7 pkt 3 u.z.l.). Powstaje więc pytanie, jak często jest on obecny podczas dyżuru na terenie placówki lub jak zorganizowana jest możliwość kontaktu telefonicznego w wypadku jego nieobecności:

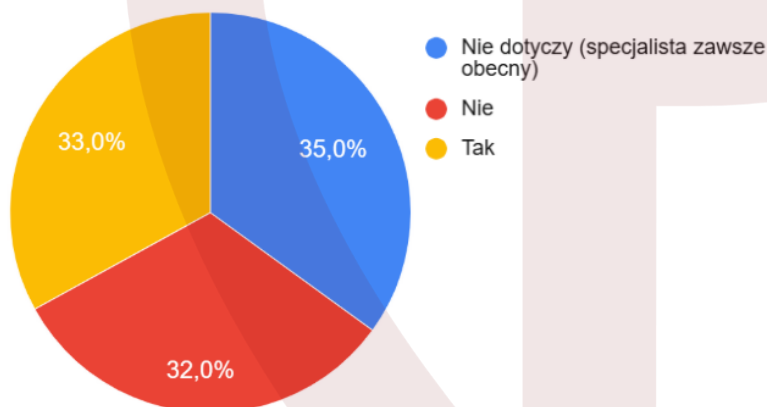


Rys. 3. Jak często podczas dyżuru całodobowego na terenie obiektu obecny jest lekarz specjalista psychiatrii? [odpowiedź "czasami" jest agregacją 5 dystraktorów z różnymi wariantami częstości obecności lekarza specjalisty]



Jak wynika z zebranych danych, jedynie w przypadku 44% ankietowanych podczas całodobowego dyżuru na terenie danego podmiotu leczniczego jest dostępny lekarz ze specjalizacją. **Niemal 20% badanych zgłasza, że podczas ich dyżuru na terenie placówki nigdy nie ma lekarza specjalisty**

Rys. 4. Czy w wypadku nieobecności specjalisty na terenie obiektu podczas dyżuru całodobowego jest możliwość konsultacji telefonicznej ze specjalistą? [zagregowano odpowiedzi pod kątem rzeczywistej możliwości uzyskania wsparcia telefonicznego ze strony lekarza specjalisty podczas dyżuru lekarza szkolącego się]



W badaniu 32% ankietowanych wskazało, że **nie ma możliwości kontaktu telefonicznego z lekarzem specjalistą w razie jego nieobecności** na terenie placówki. Co ciekawe, 33% zgłasza, że są u nich zorganizowane grafiki dyżurów telefonicznych, jednak mimo to w $\frac{2}{3}$ przypadków nie można uzyskać pomocy od lekarza specjalisty.



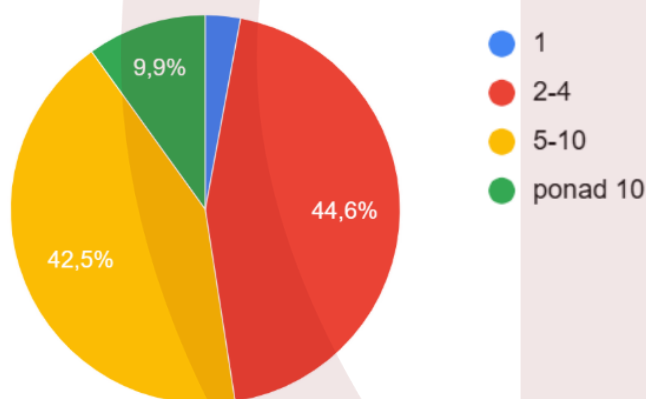
OZZL

Komentarz: powyższe pytania dotyczyły tego, czy nadzór nad lekarzami w trakcie specjalizacji ma charakter realny czy nominalny. Niestety uzyskane wyniki nie są zadowalające, ponieważ wskazują, iż **nadzór w większości podmiotów leczniczych ma charakter nominalny z uwagi na brak specjalisty lub brak możliwości kontaktu z nim.**

Obciążenie podczas dyżurów

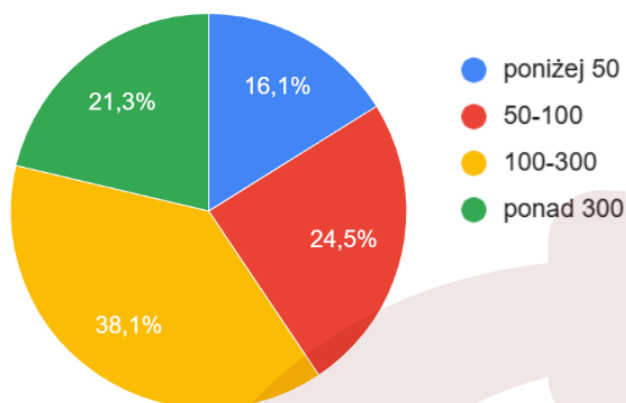
Największym problemem podczas dyżurów całodobowych jest liczba pacjentów i jednostek pod opieką. Zgodnie z opinią Departamentu Kadr Ministerstwa Zdrowia z dnia 7 marca 2025 nr. RKL.81222.67.2025.DR **lekarz w trakcie specjalizacji powinien dyżurować w jednej jednostce jednocześnie.** Podobnie program specjalizacji zakłada dyżur jedynie w oddziale ogólnopsychiatrycznym, będącym jednostką macierzystą. W badaniu jako jednostkę określono każdy oddział, Izbę Przyjęć, Zakład opiekuńczo-leczniczy (ZOL), Nocną pomoc lekarską (NPL) oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR). Podkreślić należy, że w zależności od charakterystyki pacjentów i udzielanych świadczeń w jednostce skala obciążenia pracą i odpowiedzialnością może być różna.

Rys. 5. Ile jednostek masz pod swoją opieką na dyżurze? (jednostka to każdy oddział, Izba Przyjęć, ZOL, NPL, SOR) [odpowiedzi "2-4" i "5-10" są agregacją konkretnych odpowiedzi wskazujących precyzyjną liczbę jednostek]





Rys. 6. *Ilu pacjentów masz pod swoją opieką na dyżurze? [odpowiedź 100-300 jest agregacją dwóch odpowiedzi]*



Wyniki: **tylko 3% lekarzy ma pod swoją opieką 1 jednostkę**. Ok. 45% ma 2-4 jednostek, 42,5% ma 5-10 jednostek. **10% specjalistów ma pod opieką ponad 10 jednostek**. Na podstawie analizy odpowiedzi na pytania otwarte dodatkowo można stwierdzić, że najbardziej obciążającą sytuacją jest stan, w którym jedną z jednostek jest Izba Przyjęć (co do zasady taka sytuacja powinna być wykluczona, ponieważ **na psychiatrycznej izbie przyjęć powinien dyżurować lekarz ze specjalizacją** - co wynika z treści art. 23 ust. 2 u.o.z.p.).

Jeżeli chodzi o liczbę pacjentów pod opieką jednego lekarza w trakcie specjalizacji, to wyniki są następujące: **16% badanych ma pod opieką do 50 pacjentów**, pomiędzy 50 a 100 pacjentów ma 25% badanych. W 51% przypadków lekarze zgłaszają, że mają ponad 100 pacjentów pod opieką, a **w 20% przypadków mają pod opieką ponad 300 pacjentów**.

Komentarz: praca na jednym oddziale jest standardem wynikającym z programu specjalizacji. Tymczasem okazuje się, że **97% lekarzy w trakcie specjalizacji dyżuruje niezgodnie z programem specjalizacji w kilku jednostkach**. Można to interpretować jako powszechność naruszenia standardów wynikających z przepisów prawa i programu specjalizacji. Należy także zwrócić uwagę, że dyżurowanie przez lekarza w trakcie specjalizacji na kilku oddziałach może być niekorzystne z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta, ponieważ lekarz musi przemieszczać się pomiędzy oddziałami, co przynajmniej w części szpitali oznacza przemieszczanie się pomiędzy różnymi budynkami. Warto też pamiętać, że wraz ze wzrostem liczby osób pod opieką rośnie ryzyko wystąpienia kilku kryzysowych sytuacji jednocześnie, a w związku z tym konieczność pozostawienia części pacjentów bez opieki lekarskiej.^[1] Choć nie było to obszarem badanym, należy też podkreślić, że **im mniej personelu przypada na**

¹ Cuomo A, Koukouna D, Macchiarini L, et al. Patient Safety and Risk Management in Mental Health. 2020 Dec 15. In: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, et al., editors. Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. Chapter 20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585603/>

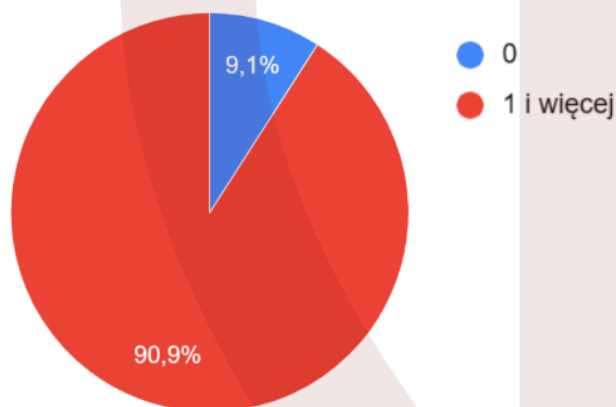


pacjenta, tym większe ryzyko szeroko rozumianych zdarzeń niepożądanych.^{[2][3]} Dodatkowo “przeludnienie” oddziałów i pomieszczeń oraz niedobór personelu przyczyniają się do zwiększonego stresu i zmniejszonej zdolności zapobiegania incydentom. W szczególności przeludnienie wykazuje związek przyczynowo-skutkowy ze zwiększoną liczbą zdarzeń niepożądanych, takich jak upadki i zachowania agresywne. **Dlatego też zarządzanie stosunkiem liczby pacjentów do liczby lekarzy, obok innych czynników, takich jak struktura oddziału i wsparcie personelu, ma kluczowe znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i personelu w placówkach psychiatrycznych.** Podobnie jeśli weźmiemy pod uwagę liczbę stosowanych przymusów bezpośrednich. Dla bezpieczeństwa własnego oraz innych pacjentów personel może być skłonny zlecać większe dawki leków oraz częściej stosować przymus bezpośredni.^{[4][5]}

Realizacja programu specjalizacji

Wyniki: szkolenie specjalizacyjne to przede wszystkim czas nauki, w którym należy zdobywać umiejętności i wiedzę niezbędną w danej dziedzinie medycyny. Zasady tego szkolenia reguluje program specjalizacji. Zgodnie z nim **dyżury powinny się odbywać na oddziale ogólnopsychiatrycznym** będącym miejscem realizacji stażu podstawowego.

Rys. 7. Ile z jednostek pod opieką to jednostki INNE niż oddziały ogólnopsychiatryczne (np. oddziały psychogeriatryczne, oddziały detoksykacyjne, oddziały psychiatrii sądowej, ZOL, Izba Przyjęć, NPL, SOR) [odpowiedź “1 i więcej” jest agregacją kilku odpowiedzi]



² Brickell AT, et al. Patient safety in mental health. BC Mental Health and Addiction Services, p. 9, 16, 12.

³ Nath SB, Marcus SC. Medical errors in psychiatry. Harv Rev Psychiatry. 2006;14(4):204–11.

⁴ Andres R. Schneeberger, Eva Kowalinski, Daniela Fröhlich, Katrin Schröder, Stefanie von Felten, Martin Zinkler, Karl H. Beine, Andreas Heinz, Stefan Borgwardt, Undine E. Lang, Donald A. Bux, Christian G. Huber, Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study, Journal of Psychiatric Research, Volume 95, 2017, Pages 189-195

⁵ Slemon A, Jenkins E, Bungay V. Safety in psychiatric inpatient care: the impact of risk management culture on mental health nursing practice. Nurs Inq. 2017;24(4):e12199.



OZZL

Komentarz: **ponad 90% ankietowanych musiało dyżurować lub opiekować się w czasie dyżuru oddziałami innymi niż wynika to z programu specjalizacji.** Wynik ten można interpretować dwojako. Z jednej strony jako brak efektywnej kontroli państwa nad prawidłowością odbywania szkolenia specjalizacyjnego, z drugiej strony jako wyraz rozbieżności między programem specjalizacji, a realiami organizacyjnymi placówek.

Inne nieprawidłowości

Ankieta wykazała także szereg innych problemów. Niepokojący jest fakt, iż **dwie trzecie ankietowanych nie ma możliwości monitorowania pacjenta za pomocą kardiomonitora.** Czas oczekiwania na wyniki badań laboratoryjnych przekracza 2 godziny u ponad połowy ankietowanych, a tylko 18% ma dostęp do analizatora parametrów krytycznych. Badania obrazowe w trakcie dyżuru może wykonać jedynie 45% badanych.

Ponad połowa specjalizantów odbywa dyżury na “psychiatrycznej” izbie przyjęć, a więc muszą podejmować decyzje o przyjęciu pacjentów do oddziału, w tym przyjęciu pacjenta bez jego zgody. Jedynie ¼ lekarzy w tej sytuacji zgłasza, że specjalista jest zawsze obecny na terenie placówki. **Niemal 10%** ankietowanych zgłaszało odbywanie dyżurów na SOR. Te sytuacje naturalnie są niezgodne z programem specjalizacji i wysoce niebezpieczne w wypadku braku realnego nadzoru lekarza specjalisty.

III. Wyniki, część druga - opinie

Poza danymi liczbowymi przeprowadzone badanie ankietowe dawało możliwość przekazania informacji o odczuciach lekarzy wobec organizacji ich dyżurów całodobowych. Choć są to subiektywne informacje, to dają pogląd na emocje, jakie dyżury całodobowe generują u młodych lekarzy. Wyniki badań wskazują na istotne znaczenie czynników związanych ze środowiskiem pracy i stawianymi nadmiernymi wymaganiami oraz przeżywanym stresem w trakcie szkolenia młodych lekarzy w kontekście wypalenia zawodowego. Wielopoziomowe interwencje organizacyjne ukierunkowane na złe środowisko i wymagania zawodowe mogą potencjalnie łagodzić wypalenie zawodowe i stres u lekarzy w trakcie szkolenia.^[6]

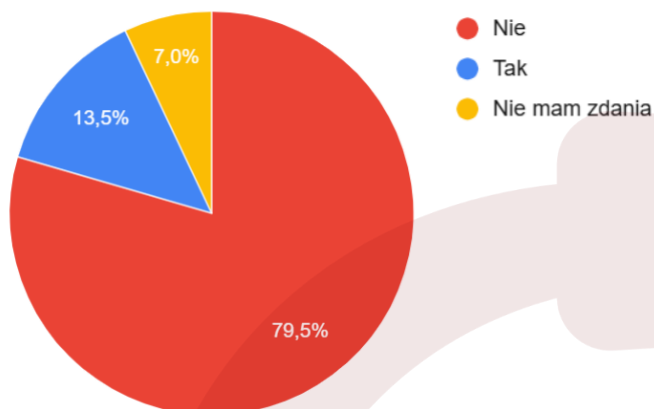
Jak wynika z badania, **co czwarta osoba** uważa, że rozpoczęła dyżury zbyt wcześnie, **co trzecia** czuła się do nich przymuszona. **Dwie trzecie** uważa, że dyżuruje w zbyt wielu jednostkach jednocześnie. **Półowa** nie czuje by wsparcie specjalisty podczas pierwszych dyżurów było wystarczające. **Tylko połowa** czuje, że dyżury w ich placówce to dobra metoda podnoszenia wiedzy.

⁶ (Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bower P. Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2020 Aug 3;3(8):e2013761. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.13761. PMID: 32809031; PMCID: PMC7435345.)



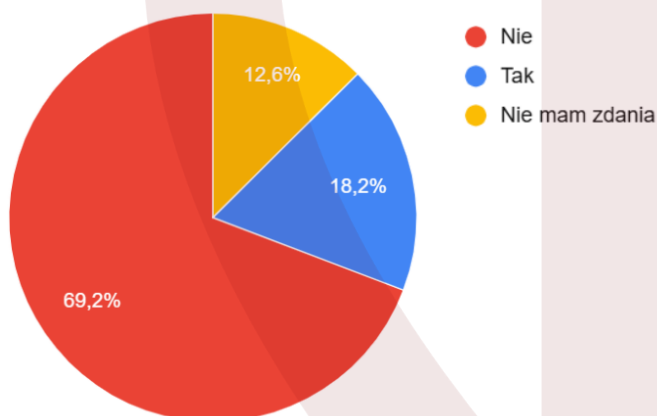
Kluczowa jest sprawa bezpieczeństwa i na niej należy się szczególnie skupić:

Rys. 8. Czy uważasz, że organizacja pracy na dyżurach w Twojej placówce zapewnia bezpieczeństwo lekarzom w trakcie specjalizacji?



Sytuacja w której niemalże 80% lekarzy nie czuje się bezpiecznie na dyżurach całodobowych jest skrajnie nieprawidłowa. Nawet przy założeniu wyzwań związanych z pracą w porze nocnej oraz specyfiki samej psychiatrii oczywistym jest, że podobna skala świadczy o wyraźnym problemie w tym obszarze i wskazuje na patologiczne zjawiska, które powinno się wyeliminować.

Rys. 9. Czy uważasz, że organizacja pracy na dyżurach w Twojej placówce zapewnia bezpieczeństwo pacjentom?



Podobnie skłania do refleksji fakt, że prawie 70% lekarzy w trakcie specjalizacji uważa, że ich pacjenci nie są bezpieczni. Jest to poważny sygnał, który powinien skłaniać do podjęcia działań naprawczych.



Pytania otwarte

Ważne informacje kontekstowe uzyskano również w komentarzach pozostawionych przez ankietowanych. Sumarycznie udzielono **900 odpowiedzi** na 3 pytania otwarte. Z uwagi na ograniczoną formułę raportu przytaczamy jedynie kilka z nich, jednak nie są one pojedynczymi przypadkami, a dotyczą szerszego problemu.

“Długi czas oczekiwania na wyniki badań. Mało pielęgniarek. Jednoczesne pełnienie dyżurów w izbie przyjęć i oddziałach. Brak kardiomonitora i swobodnego dostępu do badań lab., brak badań obrazowych, a w IP niejednokrotnie pacjenci trzeźwiejący i mający.”

Ta uwaga demonstruje jak słabo zadbane jest zdrowie somatyczne pacjenta psychiatrycznego, co znajduje odzwierciedlenie w wcześniej ukazanych danych.

“W razie interwencji jest tylko 2 sanitariuszy na Izbie Przyjęć na cały szpital, często nie są w stanie przyjść szybko na interwencję. Za mało personelu pielęgniarskiego (2 osoby na cały oddział). Policja nie chce przyjeżdżać w trudnych przypadkach (demolujący oddział pacjent, pacjent bardzo agresywny, z którym personel nie jest w stanie sobie poradzić) - nie przyjeżdżają wcale lub przyjeżdżają po godzinie.”

Powyższy komentarz jasno obrazuje realia fizycznego bezpieczeństwa nie tylko lekarza, ale całego personelu medycznego. Zatrzymanie w sposób bezpieczny pobudzonego pacjenta przez dwie osoby nawet przy założeniu podobnej siły fizycznej jest niemal niemożliwe. Sytuacja, w której poza dwiema pielęgniarkami nie ma żadnego personelu na miejscu zdolnego do bezpiecznego i profesjonalnego zabezpieczenia pacjenta naraża zarówno pacjenta, jak i personel medyczny na uszczerbek na zdrowiu. Wspomniana dwójka sanitariuszy udając się na interwencję na oddział pozostawia również Izbę Przyjęć bez takiego zabezpieczenia.

“Nie czuję się bezpiecznie, ponieważ jestem sam(a), nie ma specjalisty, jest grafik specjalistów pod telefonem, ale niektórzy nie odbierają. Na swoim dyżurze oprócz oddziałów obstawiam izbę przyjęć (również konsultacje i przyjęcia dzieci) oraz zajmuję się oddziałem dziecięco-młodzieżowym.”

Przedstawiona sytuacja idealnie obrazuje, jak liczne nakładające się na siebie nieprawidłowości generują patologiczny i wysoce niebezpieczny dyżur. Jedna osoba na cały szpital mająca pod swoją opieką kilka oddziałów (w tym dziecięco-młodzieżowy) oraz konsultująca na izbie przyjęć, a to wszystko bez jakiegokolwiek nadzoru specjalisty.

“Na Izbie Przyjęć lekarz_rka jest z pacjentem zupełnie sam. Nie ma żadnego innego pracownika - czy to pielęgniarkę_rki, czy sanitariusza_szki. Mimo wielokrotnych pism do



dyrekcji, nadal nie zostało to zapewnione, co w obliczu charakterystyki pacjentów ostrych psychiatrycznych, jak i rosnących ataków na personel medyczny, jest zdecydowanym zagrożeniem życia i zdrowia lekarza”

W tym przypadku ponownie wysuwa się kwestia bezpieczeństwa.

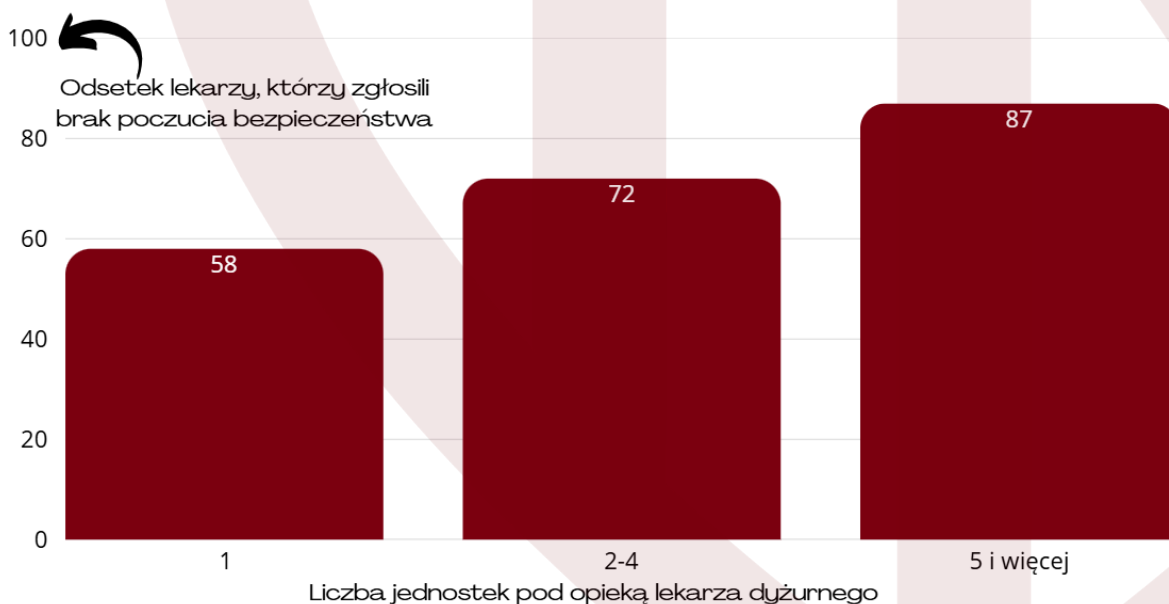
“Przepelnienie psychiatrycznej izby przyjęć oraz somatycznie obciążeni pacjenci na oddziale ogólnopsychiatrycznym, których nie da się przekazać na oddział internistyczny! Ruch chorych w szpitalu jednostronny - tylko na oddział psychiatryczny, przekazanie pacjenta który pogorszył się somatycznie graniczy z cudem. Na izbie psychiatrycznej potrafi przebywać w jednym czasie 10-20 pacjentów i dzieci z opiekunem. Dyżur rano zaczyna się od telefonowania po okolicznych oddziałach i szukania miejsca (nikt od nas nie chce brać, nie odbierają często telefonów pomimo posiadania wolnych miejsc).”

Z udzielonych przez ankietowanych odpowiedzi wyłania się obraz problemów pacjenta psychiatrycznego z chorobami towarzyszącymi. Zauważyć należy, że 20 osób przebywających na Izbie Przyjęć czyni z niej mały oddział, z dodatkowymi pacjentami, za których odpowiada personel.

IV. Co wpływa na brak poczucia bezpieczeństwa?

Z uzyskanych danych można stwierdzić jaka część badanych lekarzy nie czuje się bezpiecznie w zależności od pozostałych zmiennych. Może to pomóc wskazać obszary, w których zmiany pozwolą uzyskać poprawę bezpieczeństwa w odczuciu dyżurujących lekarzy.

Rys. 10. Korelacja między liczbą jednostek pod opieką lekarza, a odsetkiem badanych, którzy odpowiedzieli, że nie czują się bezpiecznie





OZZL

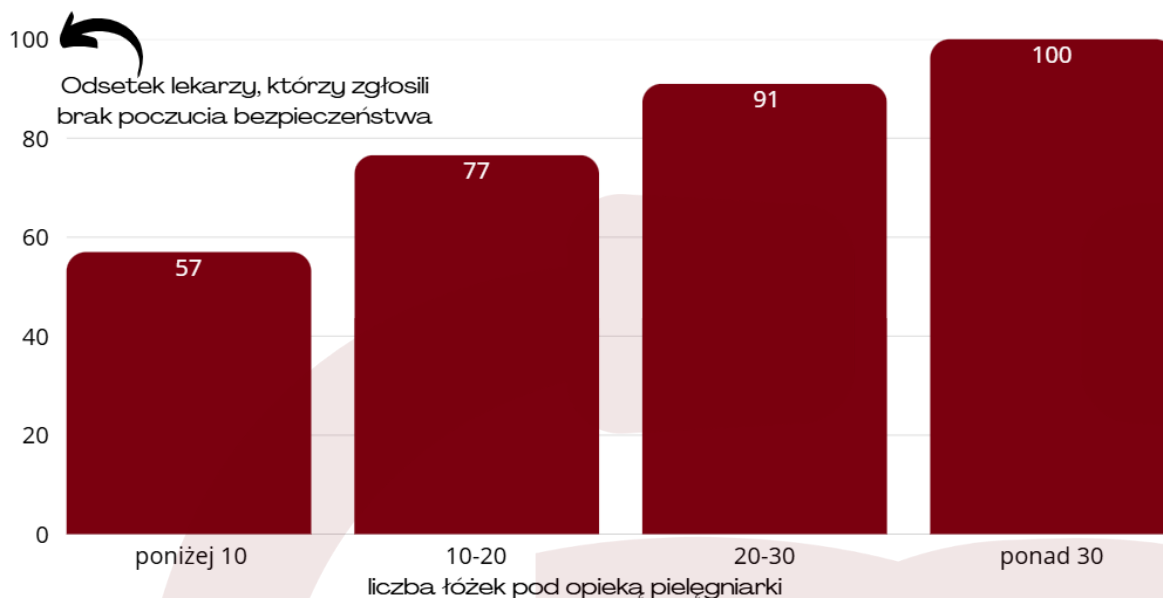
Różnica w zgłaszonym braku bezpieczeństwa między odpowiadaniem za 1 jednostkę, a ponad 4 wynosi niemal 30 punktów procentowych. Różnica ta jest istotna statystycznie. Powyżej 4 oddziałów nie ma różnicy w poczuciu zagrożenia. Analogicznie przebadano odsetek zgłaszanego poczucia bezpieczeństwa w zależności od:

- liczby pacjentów pod opieką, mając pod opieką poniżej 50 pacjentów 65% lekarzy zgłaszało, że nie czuje się bezpiecznie, a mając powyżej 100 pacjentów aż 88%,
- wsparcia ze strony specjalisty na pierwszych dyżurach, gdzie przy braku wsparcia 96% nie czuło się bezpiecznie, a przy odczuwanym wsparciu 57%,
- bycia zmuszanym do dyżurów, gdzie wśród lekarzy, którzy czuli się zmuszeni 94% nie czuło się bezpiecznie, a osoby nie zmuszane 71%,
- możliwości uzyskania wsparcia telefonicznego przy nieobecności specjalisty, gdzie osoby, które owego wsparcia nie mogły uzyskać zgłaszały brak poczucia bezpieczeństwa w 95%, podczas gdy osoby u których był zorganizowany funkcjonujący grafik telefonicznych lekarzy specjalistów zgłaszały, że nie czują się bezpiecznie w 58%,
- możliwości monitorowania pacjenta za pomocą kardiomonitora, z czego w przypadku braku dostępu do kardiomonitora aż 85% zgłaszało brak poczucia bezpieczeństwa; w sytuacji dostępu do urządzenia odsetek zgłaszających brak poczucia bezpieczeństwa spadał do 70%.

W każdym z tych obszarów wykazano istotną statystycznie różnicę.



Rys. 11. Korelacja między liczbą łóżek pod opieką pielęgniarki a odsetkiem badanych, którzy odpowiedzieli, że nie czują się bezpiecznie

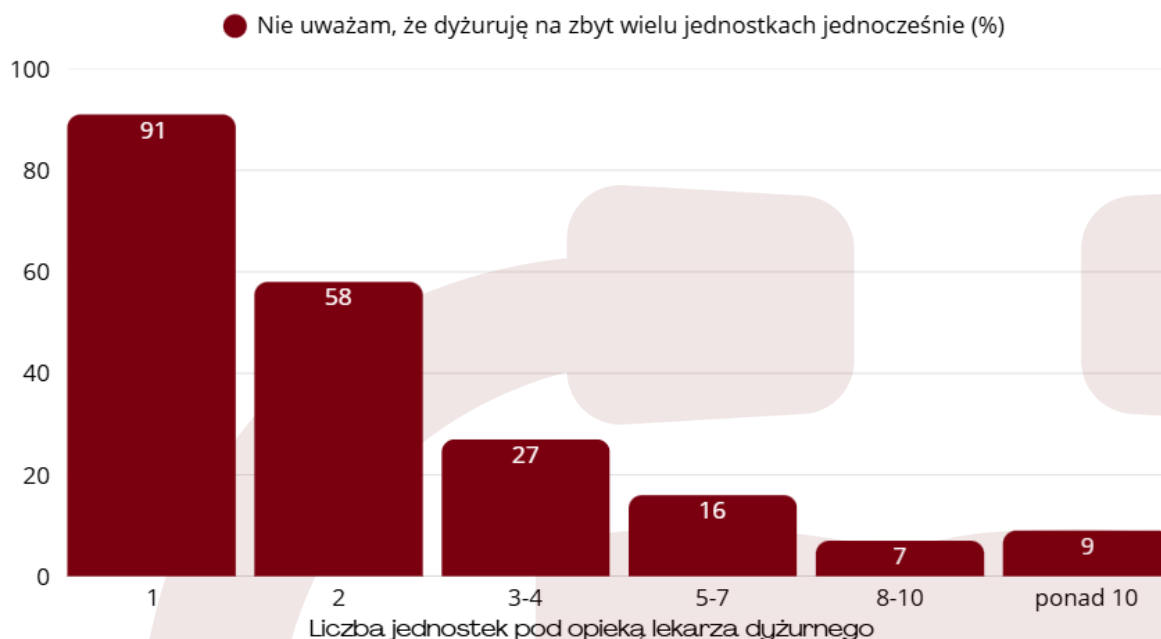


Na powyższym wykresie można zaobserwować jak kluczowe jest odpowiednie zabezpieczenie kadrowe pozostałego personelu medycznego. Lekarze czują się zagrożeni w sytuacji nadmiernego obciążenia pracą personelu pielęgniarskiego. Podkreślić należy, że jakość opieki nad pacjentem nie zależy jedynie od lekarzy, ale również od dostępności innych pracowników opieki zdrowotnej.

Zaprezentowane dane jasno wskazują w jakich obszarach należałoby dokonać zmian w organizacji pracy, by uzyskać poprawę w odczuwanym bezpieczeństwie lekarzy.



Rys. 12. Korelacja między liczbą jednostek pod opieką lekarza a odsetkiem badanych, którzy odpowiedzieli, że nie dyżurują na zbyt dużej liczbie jednostek



Z zebranych danych jednoznacznie wynika, że większość respondentów jest usatysfakcjonowana liczbą jednostek pod swoją opieką, gdy dyżuruje w jednej jednostce. To przekonanie dramatycznie spada wraz ze wzrostem liczby jednostek pod opieką.

V. Wnioski

W trakcie dyżurów całodobowych realizowanych podczas specjalizacji z psychiatrii **dochodzi do licznych nieprawidłowości organizacyjnych, które mogą znacząco wpływać na bezpieczeństwo pacjentów** (np. brak nadzoru lekarza specjalisty). **Aż 9 na 10 dyżurów odbywa się niezgodnie z programem specjalizacji**, co wskazuje na brak efektywnej kontroli w placówkach szkolących. **Opieka lekarska na wielu oddziałach jest fikcyjna**, gdyż nie ma możliwości, by lekarz opiekujący się kilkoma setkami pacjentów był w stanie adekwatnie reagować nawet w trybie interwencyjnym na pilne potrzeby w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia hospitalizowanych pacjentów. Choć nie było to obszarem badanym, to na podstawie uzyskanych odpowiedzi przypuszczamy, że **istnieje wysokie ryzyko braku przestrzegania zapisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego oraz o zawodach lekarza i lekarza dentystry**, szczególnie w zakresie zatwierdzania przymusu bezpośredniego i przyjmowania pacjentów bez wymaganej zgody na leczenie. Dodatkowo zgodnie z artykułem 12. ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przy wyborze metody leczenia bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy i dobro osobiste pacjenta, dążąc do poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy. Oznacza to, że w procesie



OZZL

terapeutycznym priorytetem jest zminimalizowanie negatywnych skutków leczenia dla pacjenta, biorąc pod uwagę jego indywidualną sytuację. W opisanych przypadkach niedoborów kadrowych w sytuacjach dyżurowych realizacja tego celu wydaje się praktycznie niemożliwa.

VI. Rekomendacje

Na podstawie przedstawionych danych oraz wyciągniętych wniosków stwierdzamy, że aktualna sytuacja jest skrajnie nieprawidłowa, a więc wymaga **niezwłocznych** działań naprawczych. Rekomendujemy następujące działania:

1. Zmiany w obszarze prawa stanowionego:
 - określenie maksymalnej liczby osób pod opieką lekarza w trakcie specjalizacji podczas dyżuru całodobowego - proponujemy żeby było to **nie więcej niż 100 pacjentów**;
 - wprowadzenie zasady, zgodnie z którą lekarz w trakcie specjalizacji nie może pełnić dyżuru na więcej niż **jednym oddziale**, w którym dokonywane są przyjęcia pacjentów w trybie ostrodyżurowym;
 - określenie, że w szpitalu, w którym dyżurują lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, **musi być dostępny fizycznie lekarz specjalista** w celu sprawowania nadzoru i konsultowania badań, zleceń i procesu terapeutycznego wdrożonego przez lekarza w trakcie specjalizacji. W wypadku nieobecności lekarza specjalisty musi być wskazany lekarz specjalista dyżurujący pod telefonem z koniecznością przyjazdu do placówki w razie wezwania;
2. Zmiany w obszarze kontroli i nadzoru nad realizacją programu specjalizacji w dziedzinie psychiatrii:
 - konieczność przeprowadzania kontroli placówek prowadzących szkolenie specjalizacyjne z psychiatrii pod kątem realizacji programu specjalizacji w ciągu najbliższych lat;
 - dostosowanie programu specjalizacji do struktury świadczeń w psychiatrii. **Program specjalizacji musi zapewniać bezpieczeństwo pacjentom i odpowiednią jakość szkolenia lekarzom.** Jest najsilniejszą linią obrony przed wykorzystywaniem specjalizantów do łatania nimi dziur kadrowych i tę funkcję powinno się w świetle aktualnej sytuacji wzmocnić.
3. Konieczność zapewnienia na terenie placówki udzielającej świadczeń w zakresie psychiatrii lub za pomocą umów z zewnętrznymi podmiotami realnego dostępu do badań diagnostycznych (laboratoryjnych i obrazowych) oraz konsultacji internistycznych, chirurgicznych, neurologicznych, ortopedycznych i ginekologicznych przez całą dobę.



OZZL

4. Wprowadzenie w rozporządzeniach koszykowych obowiązku posiadania **przynajmniej jednego kardiomonitora na oddział**.
5. **Weryfikacja organizacji pracy w konkretnych placówkach.** Z uwagi na ograniczenia badania oraz istotne różnice pomiędzy różnymi ośrodkami konieczne jest dokładne zbadanie lokalnych problemów i ich naprawa.

Ograniczenia

Raport bazuje na wynikach ankiet przeprowadzonych przez Porozumienie Rezydentów - wśród respondentów, którzy wypełnili ankietę znaleźli się więc przede wszystkim ci, którzy aktywnie korzystają z kanałów komunikacyjnych, przez które Porozumienie Rezydentów docierało do lekarzy. Raport bazuje na odpowiedziach 33% lekarzy specjalizujących się w psychiatrii - być może przeprowadzenie szerszych badań mogłoby zmienić wyniki. Zbadano wyłącznie sytuację w psychiatrii - należy zatem ostrożnie przenosić wnioski z tego raportu na inne dziedziny medyczne, w których lekarze mogą zdobywać specjalizację. Analiza problemów w innych dziedzinach medycyny powinna być dokonana za pomocą dalszych badań.

Szczególne podziękowania za konsultacje raportu dla: Marcina Piotrowskiego, Anny Bazydło, Anny Tereszko, Julii Pankiewicz i Angeliki Kowalskiej



Porozumienie Rezydentów

OZZL

Raport przyjęty przez Zarząd Porozumienia Rezydentów OZZL w składzie:

Sebastian Goncerz

Przewodniczący
Porozumienia Rezydentów OZZL

Władysław Krajewski

Wiceprzewodniczący
Porozumienia Rezydentów OZZL

Michał Macur

Członek Zarządu
Porozumienia Rezydentów OZZL

Patryk Groszyk

Członek Zarządu
Porozumienia Rezydentów OZZL

Aleksandra Gładys

Członkini Zarządu
Porozumienia Rezydentów OZZL

Kontakt

E-mail: sekretariat.pr@gmail.com