

Moim zdaniem...



Krzysztof Kordel
prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

...należy spróbować pomóc ministrowi zdrowia w jego ciężkiej (szyfrowej) pracy poprawiania niedostatków systemu – tym razem pod hasłem „krótsza kolejka do lekarza”. Jestem chętny, by podzielić się moimi spostrzeżeniami, choć zdaję sobie sprawę, że moi „pacjenci” są wyjątkowo wyrozumiali, jeśli chodzi o upływ czasu i na szczęście nie mam nic wspólnego z NFZ (poza tym, że jak każdy mogą być pacjentem). Te uwagi będą miały wyjątkowo subiektywny charakter.

Jak ostatnio pisałem, nie mamy raczej szans na zwiększenie w sposób cudowny liczby lekarzy pracujących w kraju (drugie miejsce od końca w UE na mieszkańca), więc należy zastanowić się nad tym, jak ich właściwie wykorzystać. Mam na myśli dokładną analizę czynności, które wykonują pod kątem, po pierwsze, ich niezbędności, a po drugie, czy istotnie to wszystko musi zrobić lekarz.

Każdy z lekarzy pomyśli o najgorszej karze za grzechy, jaką są papiery, które trzeba wypisać. Czy koniecznie trzeba? Niestety, w większości wypadków trzeba i to niezwykle starannie, dzisiaj bowiem prawidłowym określeniem na dokumentację medyczną coraz częściej jest dokumentacja procesowa. Nadal bowiem obowiązuje zasada „nienapisane oznacza nie zrobione”.

Moim zdaniem, kluczowe jest natomiast pytanie, czy te papiery musi wypisywać lekarz. Bezsporne jest, że musi je sygnować po dokładnym przeczytaniu. Inne, bogatsze, kraje dawno wpadły na pomysł, że szybciej się dyktuje osobie potrafiącej płynnie notować lub stukać w klawiaturę, niż robiąc to osobiście. Kiedy doczekamy się dobrze wykształconych sekretarek medycznych? Ich zatrudnienie miałooby też dobry wpływ na rynek pracy zmniejszając, bezrobocie wśród młodych i nieco mniej młodych pań tej pracy bezskutecznie poszukujących.

Brak lekarzy to siłą rzeczy krótszy czas poświęcany pacjentowi. Niestety, w medycynie są często sytuacje, kiedy pacjent wymaga wielu długich dyskusji. Czy wtedy nie powinien nas wesprzeć psycholog kliniczny? Weźmy początek życia i tragiczne zdarzenia związane z prokreacją. Kobieta poroniła, w badaniu ultrasonograficznym wykryliśmy wadę u płodu; nie będzie mogła więcej mieć dzieci. Oczywiście, że wymaga wsparcia. Zdaniem lekarza, ale nie płatnika – po co za poradę psychologiczną zapłacić? Przecież rozmawiać może lekarz, a druga pacjentka niech poczeka.

Kolejne pytanie, które stawiam, dotyczy kompetencji pielęgniarek. Czy są one właściwie wykorzystane? Pamiętam, jak dużą popularnością cieszył się serial „Ostry dyżur”. Był on kręcony w szpitalu w Bostonie. Oprócz doznań estetycznych

związanych z obsadą aktorską można było przyrzeć się schematowi pracy podczas sorowskiego działania. I co – większość pracy wykonywały pielęgniarki, a lekarz pojawiał się dopiero wtedy, kiedy trzeba było wykonać procedurę specjalistyczną. Skoro nasz system ma być zbliżony do amerykańskiego, moim zdaniem, warto pomyśleć o zmianie kompetencji pielęgniarek. Ale większe kompetencje to większa odpowiedzialność, a co za tym idzie – większe wynagrodzenia.

Innym rozwiązaniem poprawiającym komfort pracy, a tym samym chyba skracającym czas wizyty w gabinecie lekarskim, wydaje się informatyka. System drukowania recept, przy dużej liczbie powtórek lekowych, jest oczywisty. Moim zdaniem, jeśli prawidłowo zadziała system informacji medycznej o pacjencie, łatwiejsza będzie diagnostyka i wiedza o farmakoterapii – co z leków zażywa pacjent i czy istotnie wykupił zalecone przez nas leki. Niestety, doświadczenia związane z ukochanym przez wszystkich eWEUŚ i precyzją danych w nim zawartych nieco mój entuzjazm informatyczny chłódzą.

Kolejne retoryczne pytanie: kto i kiedy trafia do lekarza i czy na pewno powinien tam trafić. Mam na myśli chorych zgłaszających się do SOR i wizyty u specjalistów. Moje doświadczenie z okresu, gdy byłem rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, i obecny kontakt z mediami pozwalają na stwierdzenie, że przeciętny Polak nie ma bladego pojęcia o funkcjonowaniu systemu. Nie wie, kiedy i z jakim problemem do kogo pójść. Skoro nie wie, idzie do szpitala. Nie wie, jakie są kompetencje lekarza rodzinnego, a zwłaszcza nie wie, że leczy go specjalista, no to chce skierowanie do specjalisty. A skąd ma wiedzieć, skoro nikt go o tym nie uczy (w USA uczą od 5. roku życia). Wielokrotnie apelowałem do mediów, by się edukacją zdrowotną zajęły, ale to trudne i mniej poczytne niż news o kolejnym „błędzie” lekarzy. Chociaż coś drgnęło, o czym świadczą pierwsze odcinki serialu o ratownictwie medycznym czy serial polsatowski, którego akcja dzieje się w SOR. Może coś w głowach przy okazji zostanie i rodacy zobaczą, jak łatwo się w tych warunkach pracuje.

Innym pomysłem, jaki kołocze mi w głowie, jest odciążenie od gabinetu lekarza rodzinnego pacjentów, którzy tam trafili towarzysko, by z panią czy panem doktorem porozmawiać, a właśnie koło poradni przechodzili. Skoro nikt się nimi nie interesuje, to chociaż wizyta lekarska. Od wielu lat kształcimy na uniwersytetach medycznych specjalistów z zakresu promocji zdrowia. Skoro ludzie chodzą towarzysko do lekarza, to myślę, że chętnie przyjdą na spotkanie na temat „nowoczesnego” sposobu parzenia rumianku, a przy okazji można wdrażać profilaktykę. Może ograniczy to częstotliwość wizyt u lekarza i zwiększy zadowolenie z ochrony zdrowia. Czy nie warto, by NFZ o takich rozwiązaniach pomyślał i zapłacił?

Oczywiście są to moje przemyślenia – „lekarza ostatniego kontaktu”. Zdaję sobie sprawę, że są one kontrowersyjne i dyskusyjne i nieco na to postawiłem, licząc, że zapoczątkuję na ten temat dyskusję. Oświadczam też, że w razie wykorzystania wyżej prezentowanych, oczywiście genialnych, pomysłów tantem z tego tytułu domagać się nie będę.