

Lekarskie dryfowanie!

W każdym z okresów historycznych istnieje taki typ lekarza, jaki odpowiada danym warunkom. Należy się zastanowić, na ile zauważamy obecne przemiany w wykonywaniu naszego zawodu. Na ile też dryfujemy, odpowiadając na zmiany zewnętrznych uwarunkowań, a na ile jednak sami wpływamy na rzeczywistość.

Pierwszym spostrzeżeniem jest sugestia, że nie ma zbyt dużo miejsca na refleksję na temat wykonywania zawodu lekarza. Pochłonięci bieżącą pracą – często obciążeni zadaniami ponad granice możliwości – nie mamy czasu ani sił na rozpychanie się łokciami w dyskusji zawodów medycznych w celu zachowania jeszcze niedawno zajmowanego dominującego miejsca. Nie umiemy użyć przekonujących argumentów także za utrzymaniem naszej przywódczej roli w obliczu pacjenta i w całym systemie opieki zdrowotnej.

Warto w tym miejscu przytoczyć przesłanie niezwykle ciekawego artykułu R. Sheparda (*Is medicine a profession or a business?* Pol Arch Med Wewn 2014; 124: 285-289), w którym autor przypomina koncepcję filarów integralności lekarskiego przywództwa w opiece zdrowotnej. Przypomina, że jako lekarze mamy trzy kluczowe argumenty dające nam niezwykłą przewagę w zapewnieniu kompetencji. Pierwszym są dane naukowe: wiedza, którą – z racji wykonywanego zawodu – musimy zachować jak najbardziej pogłębioną i dającą największe rozeznanie. Drugim jest fakt bezpośredniego (a nie teoretycznego) kontaktu z pacjentem, który staje się potężnym orężem w przywództwie. A trzecim staje się złożenie przez nas przysięgi na progu wykonywania zawodu, że dobro pacjenta będziemy starać się stawiać na równi z dobrem osobistym.

Drugim spostrzeżeniem jest to, że jako lekarze mamy zasadniczo bardzo dobre samopoczucie, co potwierdzają badania. W pewnym sensie wygraliśmy już nasze zawodowe życie, mając możliwość spełniać się w bardzo konkretnych codziennych działaniach. Nie musimy zajmować obszarów zastępczymi, znajdując satysfakcję w głównym nurcie naszego działania.

Nie możemy jednak nie zauważyć, że w wypadku kilku co najmniej innych zawodów medycznych przebijają się tendencje zawłaszczania i wchodzenia na historycznie nie swoje tereny, często z ingerencją w dotychczasową strukturę postępowania lekarskiego. Jeśli zacząłbym wymieniać przykłady, odbiłoby się to szerokim echem i naraziłbym się niemiłosiernie, gdyż – paradoksalnie – nasze lekarskie pisma są pilnie śledzone przez próbujących interferować na naszych tradycyjnie lekarskich polach. Nie chodzi wcale o odpowiedzi na pytania, czy pielęgniarki mają wypisywać recepty, a farmaceuci uczestniczyć w wizytach lekarskich. Czy też psychologowie sami zlecać sobie konsultacje psychologiczne u pacjentów, których opiekę mamy koordynować.

Pozostaje też pytanie, w jakiej mierze powinniśmy współuczestniczyć w tworzeniu nowych medycznych zawodów – to rozległy temat. Czy ultrasonografię naczyń kończyn dolnych czy nawet brzucha powinni wykonywać przeszkoleni technicy? Na pewno w laboratoriach snu analizy zapisów powinni dokonywać fizycy medyczni, powinni być oni włączeni chociażby do kontroli stymulatorów. Ale rodzi się wiele innych pytań i wyzwań.

Sądzę, że wskutek zaniechań w sferach powyżej przedstawionych obszarów refleksji i wynikających z nich następstw ponosimy ryzyko utraty możliwości pełnego działania, a także zachowania swojej koordynacyjnej roli.

Nie ulega wątpliwości, że wciąż musimy odnajdować swoje optymalne miejsce w zespole wielodyscyplinarnym osób stających w obliczu chorego. Nieraz nawet trochę rozpychając się łokciami – w interesie chorych. To pomoże formować misję lekarską na miarę współczesnych wyzwań. Korzystając z bogactwa różnych zawodów medycznych i życząc im rozwoju, nie możemy dryfować, musimy raczej próbować zachować istotne dla naszej lekarskiej misji przyczółki zapewniające bezpieczeństwo chorych. Uznanie wymagają ci spośród nas, którzy w sposób przekonujący umieją skutecznie osiągać merytoryczne mistrzostwo, budując lekarski autorytet. Wiedza lekarska i systemy organizacyjne ulegają ewolucji. Sztuka leczenia pozostaje wartością nieprzemijającą i nie ulega zmianom.