

Deficyt lekarzy czy pracowników wspomagających?

Uwolnijmy lekarzy od kwitków

Jarosław J. Fedorowski



fot. images.com/Corbis

Wraz z rozwojem rynku medycznego wzrasta zapotrzebowanie na usługi personelu medycznego. W Polsce, po latach nadmiaru i eksportu lekarzy, pojawił się ich niedobór. Zastanówmy się jednak, czy jest to niedobór faktyczny, czy pozorny.

Obserwując postęp w technologii medycznej, nie sposób nie zauważyć, że w kwestii organizacji i warsztatu pracy lekarza nie ma wielu zmian. Gdziejedzie żmudne wypisywanie historii choroby zmieniło się w równie żmudne wpisywanie danych do komputera. Tu i ówdzie pojawiły się systemy komputerowego wypisywania recept. Równocześnie jednak przybyło wiele nowych obowiązków biurowatycznych oraz sprawozdawczych. W związku z procesami o błędy lekarskie zachodzi potrzeba dokładniejszego niż kiedyś dokumentowania zdarzeń klinicznych przez lekarza. Mamy teraz bardziej rozbudowane druki czasowej niezdolności do pracy, a na receptach trzeba wpisywać numer

NFZ, pełny adres oraz PESEL pacjenta. W związku z wprowadzeniem systemu jednorodnych grup pacjentów dyrekcja szpitala wymaga precyzyjnego wpisywania diagnoz wraz z odpowiednimi kodami numerycznymi. Pacjenci stali się bardziej wymagający, trzeba poświęcić im oraz ich rodzinom więcej czasu. W szpitalach akademickich i specjalistycznych lekarze podlegają także dużej presji środowiskowej w kierunku pracy naukowej i uzyskiwania stopni naukowych. Poza tym należy uczestniczyć w kongresach i szkoleniach. Można więc stwierdzić, że lekarzowi przybyło sporo nowych obowiązków, z których wiele nie jest związanych bezpośrednio z prowadzeniem pacjenta.

Tak stan musi prowadzić do sytuacji, że liczby lekarzy jest niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania na ich usługi. Czy jednak w naszym kraju mamy do czynienia z faktycznym niedoborem lekarzy? Zaryzykuję stwierdzenie, że nie.

Nie mamy bowiem deficytu lekarzy, są oni tylko nadmiernie obciążeni czynnościami, które mogą wykonywać inne osoby lub – w przypadku niektórych specjalizacji – innych specjalności, w których praktykuje więcej lekarzy.

Prześledźmy przykład grupy specjalistów, uważanej powszechnie za deficytową – anestezjologów. W dużym szpitalu klinicznym anestezjodolodzy wykonują wiele czynności – tylko oni prowadzą pacjentów na intensywnej terapii, wykonują wszystkie znieczulenia ogólne do operacji chirurgicznych, a także znieczulenia dokanałowe i sedacje. W wielu szpitalach anestezjodolodzy podają leki sedatywne i narkotyczne przeciwbólowe do kardiowersji elektrycznej serca wykonywanej przez kardiologów, podczas gdy te same leki znane są kardiologom i samodzielnie przez nich podawane w innych sytuacjach klinicznych. W innych szpitalach anestezjodolodzy podają także leki sedatywne do zabiegów endoskopowych i wielu innych, wykonywanych przez lekarzy specjalistów.

W ocenie szefów anestezyjologii i intensywnej terapii, lekarzy anestezyjologów jest – oczywiście – o wiele za mało. Dyrekcje szpitali są zaniepokojone tą sytuacją i szukają nowych anestezyjologów. Trudno nie zauważyć, że korzystnym rozwiązaniem tego problemu będzie przejście pewnej części dotychczasowych obowiązków

ków przez lekarzy innych specjalności, oczywiście, z zachowaniem wcześniej ustalonych protokołów klinicznych i po przeszkoleniu w razie potrzeby. Bo czyż pulmonolog, znający przecież mechanikę i patologię oddychania, nie mógłby prowadzić pacjenta podłączonego do respiratora, przynajmniej w sytuacjach długotrwałej sztucznej wentylacji? Czyż sprawny i odpowiednio przeszkolony internista szpitalny (hospitalista) nie mógłby zajmować się pacjentami na intensywnej terapii, konsultując się ewentualnie z anestezjologiem? Czyż kardiolog nie mógłby bez pomocy anestezjologa prowadzić zespołu reanimacyjnego w szpitalu i pacjentów w stanie krytycznym przy pomocy pulmonologa?

W szpitalach są ukryte rezerwy, przede wszystkim wśród lekarzy chorób wewnętrznych i specjalności internistycznych. Trzeba je tylko odpowiednio wykorzystać. Uruchommy zatem rezerwy tkwiące w kapitale lekarzy szpitalnych, szczególnie tak u nas słabo wykorzystanych internistów, nie mówiąc o stażystach i rezydentach.

Nie tylko lekarz

Zastanówmy się teraz nad zastąpieniem lekarza przez inny personel przy wykonywaniu różnych czynności zawodowych. Do zapisywania dokumentacji medycznej zatrudnijmy sekretarki – transkrypcjonistki, wykorzystując przy tym cyfrowe systemy transkrypcji raportów lekarskich, a w niedalekiej przyszłości zapewne systemy rozpoznawania mowy. Do wypełniania dużej części skierowań, zwłaszcza danych demograficznych, zaprzęgnijmy systemy komputerowe, sekretarki medyczne, asystentki medyczne, ewentualnie pielęgniarki. Do wypisywania zleceń lekarskich zastosujmy systemy oparte na szablonach i informatyce. Zwolnijmy lekarzy z wprowadzania kodów numerycznych chorób i interwencji medycznych. Wymagajmy precyzyjnej diagnozy, która i tak jest niezbędna, a kodowanie numeryczne rozpoznania przełączmy profesjonalistom w tej dziedzinie, czyli koderom medycznym. Zmieńmy organizację gabinetów, do których najczęściej wchodzi pacjent w żaden sposób nieprzygotowany do badania, a lekarz traci cenny czas na wejście, przygotowanie, a potem ubranie się i wyjście pacjenta. Wystarczy zastosować system naprzemiennych, mniejszych gabinetów badań, zamiast dużych z obowiązkowym biurkiem lekarza. Wytlumaczmy pielęgniarkom, że droga do odegrania większej roli w szpitalu prowadzi poprzez przejmowanie na siebie części czynności wykonywanych przez lekarza, jak np. mierzenia ciśnienia czy zbierania danych demograficznych i socjalnych pacjenta. Spowodujmy, by to aptekarze wpisywali na receptach numery PESEL i kody oddziałów NFZ, a lekarz zamiast w opakowaniach przepisywałby lek w tabletkach, nie tracąc czasu na sprawdzanie wielkości opakowań. Przerzućmy żmudne obowiązki weryfikacyjne związane z wypisywaniem L-4 na personel pomocniczy. Stwórzmy przy szpitalach referencyjnych

„ Mamy do czynienia z nadmiernym obciążeniem lekarzy czynnościami, które mogą wykonywać inne osoby ”

centra transferowo-konsultacyjne, aby lekarz nie musiał dosłownie *wiszieć na telefonie* w poszukiwaniu stosownego specjalisty akceptującego przeniesienie pacjenta, wykonującego konsultacje, czy w celu skierowania na specjalistyczne badania. Poprawmy organizację historii chorób, stosując elektroniczną dokumentację medyczną lub przynajmniej uporządkowaną, poukładaną tematycznie i oznaczoną stosownymi zakładkami historię choroby w formie skoroszytowej. Wprowadźmy drukowaną nalepkę z kodem kreskowym pacjenta i podstawowymi danymi demograficznymi w celu uniknięcia każdorazowego wpisywania jego danych do dokumentów medycznych.

W naszym kraju, mimo postępującej technicyzacji w ochronie zdrowia, dość słabo lub prawie wcale nie ujawniła się tak popularna w wielu krajach grupa techników medycznych. Właściwie, obok tradycyjnych zawodów, jak technik RTG czy laboratorium, jedyną no-

„ Wymagajmy od lekarzy precyzyjnej diagnozy, która i tak jest niezbędna, a kodowanie numeryczne rozpoznania przełączmy koderom medycznym ”

wą grupą są ratownicy medyczni. Nie mamy natomiast techników do obsługi respiratorów, techników EKG i spirometrii, czy techników USG. Wykształcenie tej grupy profesjonalistów pozwoliłoby lekarzom skupić się na medycznych aspektach technologii.

Jestem przekonany, że gdy geograficzne rozmieszczenie lekarzy jest nierównomierne i największe zagęszczenie przedstawicieli tej profesji występuje w dużych aglomeracjach, gdy istnieje konkurencja pomiędzy szpitalami o lekarzy, mamy jednak do czynienia nie z faktycznym deficytem lekarzy, a raczej z deficytem pozornym, wynikającym z zaległości na polu poprawienia warsztatu i organizacji pracy lekarza w stosunku do rozwoju rynku medycznego. A pozory, jak wiadomo, mylą. ■