

Czas na kontestację

Czy sposób wykonywania lekarskiego zawodu podlega ewolucji? Nie chodzi oczywiście o modyfikację wynikającą z nowych możliwości diagnostyki czy terapii, gdyż one oczywiście narzucają odkrywanie nowych przestrzeni możliwości. Czy jednak lekarz współcześnie praktykujący musi borykać się z innymi trudnościami niż te, które były ciężarem dla naszych poprzedników?

Gdy wiedziony dobrą intuicją wybrałem zawód lekarza, miałem na względzie prostą wizję posłannictwa, przekonany, że istotą tego, co będę robił, jest diagnozowanie oraz leczenie. Powtórzę dobitnie: diagnozowanie i leczenie. Te dwa wymiary pozostają na pewno – cokolwiek by się nie działo – podstawowym wyzwaniem i misją. Rzeczywistość codzienna jest oczywiście, jak zawsze, nieco bardziej złożona, gdyż jesteśmy wciągnięci także i w inne wymiary zadań. Można je akceptować, o ile nie przesłaniają tych podstawowych.

Opresja ekonomiczna

Pierwszym z czynników modyfikujących nasze działanie jest to, że uprawianie naszego zawodu niesie ze sobą pewien koszt finansowy. Jeśli występuje aspekt ekonomiczny, to pojawia się także odpowiedzialność w tym zakresie. Im większa, tym bardziej istotne powstają implikacje. W ten sposób jesteśmy usytuowani w okowach ekonomicznych.

Opresja prawna

Ale powstaje też inny wymiar – rzeczywistości prawnej. Wraz z rozwojem technik i uwarunkowań ekonomicznych rodzą się uregulowania prawne, które z jednej strony są szansą porządkowania rzeczywistości, z drugiej jednak ryzykują powstawaniem obroży leżącej na przeszkodzie sprawnego diagnozowania czy leczenia.

Opresja informatyczna

W okowy wprowadza nas też nieuchronnie opasująca rzeczywistość informatyzacja. Bieg jej wprowadzania jest nieuchronny, jednak doszło zapewne do pewnej

dysharmonii polegającej na tym, że w jej rozwoju bierze się przede wszystkim pod uwagę jej sprawność służebną dla potrzeb administracyjno-sprawozdawczych czy prawnych (na przykład wynikających z raportowania do płatnika czy zapewnienia ochrony danych osobowych), a dopiero na dalszym planie pozostaje sprawność związana z ułatwieniem procesu diagnostyki czy leczenia.

Taki właśnie charakter tego procesu związany jest być może z niechęcią naszego środowiska do angażowania się w sprawy pozamedyczne, recenzowanie aktów prawnych, a także do współudziału w praktycznych wymiarach informatyzacji. Administrującym natomiast – w różnych aspektach tej działalności – w ochronie zdrowia wygodniej jest przyjąć pozycję minimalnego zaangażowania, często pozbawionego wnikliwego i pełnego wyobraźni działania związanego z regulowaniem działalności medycznej, której pewne aspekty są możliwe zasadniczo do zrozumienia wyłącznie przez lekarza lub – zdecydowanie rzadziej – przez kogokolwiek z branży pokrewnej, pod warunkiem jednak obdarzenia wyjątkowo rozbudowaną wyobraźnią.

Beztroska opaskowa

Przykłady „wpadek” można mnożyć. Pierwszą z nich jest slynne – obowiązujące od początku roku – rozporządzenie nakazujące znakowanie pacjenta opaskami, które muszą zawierać zakodowaną o nim informację, nieujawniającą jednak jego danych osobowych. Do czasu powszechnego wyposażenia pracujących w służbie zdrowia w czytniki kodów (kolejnego atrybutu obok długopisu i słuchawek) wprowadzenie bezkrytycznie tej obligacji z jednoczesnym zaniechaniem zwyczajowo stosowanych – teraz z punktu widzenia prawa zabronionych – opasek z imionami i nazwiskami pacjentów poddawanych proce-

durom operacyjnym, w pracowniach inwazyjnych lub w stanie ciężkim, w tym nieprzytomności, może wiązać się ze stworzeniem ryzyka niepotrzebnego zagrożenia bezpieczeństwa.

Żaden zdrowy rozsądek nie sugerowałby prymatu zapisów o ochronie danych osobowych nad zapisami o zwyczajnym bezpieczeństwie poddanego naszej pieczy pacjenta. Sądzę, że w najbliższych dniach powinniśmy wyrazić jednoznaczny sprzeciw ukazujący powstanie sytuacji zagrożenia dla naszych pacjentów z powodu braku prawnej wyobraźni. Jeśli naciski administracyjne będą niewystarczające, dopiero jakiś faktyczny błąd w identyfikacji pacjenta może doprowadzić do otrzeźwienia.

Przebrane recepty

Kolejnym absurdem są nasze relacje związane z obligacjami dotyczącymi wypisywania recept. Nie umieliśmy jako środowisko obronić się przed nałożeniem na nasze barki obowiązków, które powinny się rozgrywać nie na linii pacjent – lekarz, lecz być domeną relacji pacjent – ubezpieczyciel.

Nowomowa jakości

Jeszcze innym wymiarem trudnych wyzwań jest dość wysublimowana przestrzeń działań określanych jako systemy jakości i zarządzania. Wyrażane są one zazwyczaj w języku obcym tradycji lekarskiej, nieszanującym jego specyfiki. A na dodatek należy wymienić skrajne przypadki prób aplikacji rozwiązań przemysłowych w świecie szpitalnym. Chyba powinno się poddać kontestacji i weryfikacji język nowomowy wielu rozdmuchanych procedur, które przy próbach opisywania rzeczywistości dochodzą do szczegółowości określającej kierunek zakręcania wieczka na pudełku z moczem oddawanym do badania.

Gdy przypatrzeć się wielu procedurom, nawet przykładowo transplantacyjnym, można odnieść wrażenie, że zostały one stworzone albo z nadmiaru czasu niektórych pracowników, albo w celu zmniejszenia społecznego bezrobocia. Powinniśmy podejmować wysiłki obnażające przepisy zaśmiecające rzeczywistość naszego postę-

powania, szanując te, które rzeczywiście wprowadzają porządek.

Dysharmonia zawodów medycznych

Ewolucji ulegają też inne zawody medyczne, których przedstawiciele współpracują z lekarzami. Część z nich (np. farmaceuci, diagnosty laboratoryjni, fizycy medyczni w radioterapii) postulują wprowadzenie licznych i rozbudowanych przepisów prawa, jakie dla zajętych bieżącą faktyczną pracą lekarzom są trudne do wyobrażenia.

W obliczu tych zmian, których jesteśmy świadkami, powinniśmy przyjąć jednak postawę refleksyjną, gwarantującą możliwość skutecznej kontynuacji w wykonywaniu naszego zawodu najistotniejszych jego wymiarów w pełnej harmonii i współpracy z innymi zawodami, nie godząc się jednak na wchodzenie w nam przynależne obszary.

Konieczność recenzowania prawa

W szczególności niezbędne wydaje się analizowanie wszelkich aspektów prawnych pod kątem niepotrzebnego wciągania naszego środowiska w ograniczenia czy obciążenia. Dotyczy to aktów prawnych ogólnopanstwowych, ale także i na poziomie choćby szpitalnym. Powinno się kwestionować akty niepotrzebne, komplikujące rzeczywistość. Każdy dokument powinien być oceniany pod kątem jego przydatności – w działalności administracyjnej powinno się porządkować rzeczywistość, upraszczając ją, a nie tworzyć akty dla podkreślenia wagi kogokolwiek, kto nie został dotąd zauważony czy doceniony. Jeśli jakaś regulacja jest niepotrzebna, nie powinno się jej podejmować.

O kartach żywieniowych

Powinno się w sposób zdecydowany recenzować i dawać odpór ewentualnym aktom prawnym innych zawodów medycznych, które mogą wpływać na utrudnienie naszego działania. Przykładem może być wymóg zawarty w prawie związanym z dokumentacją medyczną dotyczący konieczności wypełniania specjalnych ankiet, których tematem jest stan odżywienia pacjenta. Wprowadzenie można ubrać w werbalnie przekonującą argumentację sugerującą troskę o pacjenta niedożywionego. Określenie stanu odżywienia zawsze jednak było integralnym elementem badania lekarskiego,



dlatego nie wiem, czy za przyjęciem specjalnych zapisów nie wiąże się chęć stymulowania „przemysłu” żywienia pozajelitowego i dojelitowego.

Konieczność recenzowania informatyzacji

Ponadto wydaje się nieświadomą chyba jeszcze odpowiedzialnością przedstawicieli środowiska lekarskiego konieczność recenzowania i ewentualnego piętnowania nieprzyjaznych systemów informatycznych, szczególnie dotyczących szpitali. Dlaczego nikt jeszcze nie pokusił się o sporządzenie ich rzetelnego rankingu, by wskazywać – także w kontekście podejmowania decyzji administracyjnych – możliwie najlepsze? Jednym z problemów jest pewne wyalienowanie dość znaczącej, a nade wszystko wpływowej, części środowiska lekarskiego, która zajmując znaczniejsze stanowiska, nie podejmuje wysiłku bądź czuje się zwolniona z recenzowania ewentualnej opresji informatycznej, niekiedy nie będąc nawet tego faktu świadoma.

Nie ukrywam, że jako lekarz zanurzony z jednej strony w działaniach administracyjnych, z drugiej jednak faktycznie codzien-

nie praktykujący, często czuję się niezrozumiany, nie potrafiąc właściwie ukazać abstrakcji administracyjno-informatycznych ryzykujących prowokacją uciążliwości w działalności lekarskiej. Poczawszy od wyrażenia tego, że często zwyczajnie mi wstyd za to, że spoglądam nie w oczy pacjenta, lecz w ekran komputera. Czy taka powinna być ewolucja wykonywania naszego zawodu?

Wydaje się, że powyższe rozważania powinny być ważne dla każdego z nas. Trzeba nadać dobry ton związany z ochroną w pielęgnowaniu w naszym zawodzie tego, co najistotniejsze: diagnozowania i leczenia. Budując ład prawny, ekonomiczny i organizacyjny w harmonii z innymi zawodami medycznymi, nie można pominąć logicznej i twórczej kontestacji.

Jest jeszcze jeden warunek: nie możemy dawać żadnych argumentów mogących podważać zaufanie do naszego zawodu. To rzeczywistość zaufania jest w stanie ocalić najważniejsze wymiary naszego posłannictwa. A gubić nas może nieufność, która usytuowana jest u źródeł każdej z opresji, które nas irytują. Stop nadmiernej formalizacji. Proszę pozwolić nam skupić się na istocie spraw.

SZCZEPAN COFTA