

Z zapisków młodej lekarki

Aleksandra Jaworowska

GM Lekarze Rodzinni

Adres do korespondencji: Aleksandra Jaworowska, GM Lekarze Rodzinni, Przykopy 13, 30-612 Kraków, zophija@gmail.com

Podobno „tyle wiemy o sobie, ile nas sprawdzono”. Nadzwyczajne warunki, jakie zapanowały w kraju po wprowadzeniu stanu epidemii, wymusiły na nas weryfikację wielu naszych przyzwyczajzeń. Umożliwiły też przyjrzenie się priorytetom, którymi kierujemy się zarówno my, jak i nasi znajomi czy współpracownicy. Na stosunkowo dla mnie nową pracę pediatry w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) wpłynęły w różnych, czasami nieoczywistych obszarach.

A było to mniej więcej tak.

Przedwiośnie

Po raz pierwszy w moim życiu zawodowym poczułam się właściwie niepotrzebna. Zamknięcie placówek opiekuńczych i edukacyjnych niosło ze sobą różnorakie zagrożenia i niedogodności, ale jedna zaleta była niezaprzeczalna i wręcz uderzająca – z perspektywy gabinetu lekarskiego można było mieć wrażenie, że dzieci przestały chorować. Teoretycznie sezon infekcyjny w pełni, a pediatra w POZ spędza czas głównie na samokształceniu. Zgodną decyzją wszystkich odpowiednich konsultantów rekomendowano wstrzymanie szczepień i badań bilansowych, toteż opieka nad dzieckiem zdrowym niemal przestała istnieć. Prowadzę pojedyncze wizyty patronażowe noworodków i pojedyncze szczepienia preparatami, których podania nie można opóźnić ze względu na bezpieczeństwo, ale bardzo mało dzieci się zgłasza – z rozmów z rodzicami wynika, że są przekonani o bezwzględnym wstrzymaniu wszelkich wizyt w poradni. Narodowy Fundusz Zdrowia rekomenduje teleporady, i faktycznie – w pierwszym tygodniu *lockdownu* odbieram (a właściwie wykonuję) liczne telefony – część dzieci jeszcze kaszle, część gorączkuje, ale podstawowym tematem rozmów jest pielęgnacja dziecięcych rąk w stanie zapalnym. Ciekawa jestem, czy świadczy to o tym, że dzieci wcześniej tych rąk po prostu nie myły, czy też woda jest jakoś bardziej chlorowana. Niemożliwe, żeby za stan skóry

odpowiadał powszechnie nadużywany alkohol w płynach dezynfekcyjnych – sama próbuję go zdobyć dla swojej rodziny i wiem dobrze, że mają go tylko najbardziej przedsiębiorczy rodzice.

W kolejnym tygodniu spodziewam się konieczności przyjęcia części gorączkujących dzieci w ramach wizyty osobistej, ale wygląda na to, że rodzice, uspokojeni telefoniczną informacją, że dziecko (z wyłączeniem noworodków i małych niemowląt) gorączkujące w dobrym stanie ogólnym wymaga konsultacji lekarskiej dopiero po 3–4 dniach, bez problemu dają sobie radę w domu. Upowszechnienie tej wiedzy – także całkowicie bez związku z wirusem SARS-CoV-2 – byłoby ogromną korzyścią zarówno dla dzieci, jak i dla pediatrów. Mam głęboką nadzieję, że po zakończeniu pandemii NFZ pozostawi możliwość teleporady – rola pediatry w pierwszym dniu infekcji w większości przypadków ogranicza się do dobrego zebrania wywiadu lekarskiego, wystawienia ZUS ZLA dla opiekuna i polecenia czujnego oczekiwania. Zwiększyłyby to radykalnie dostępność pediatry dla dzieci, które faktycznie potrzebują badania lekarskiego. Z uwagi na niedobór pediatrów w warunkach przedpandemicznych (powstrzymam się przed nazwaniem ich zwyczajnymi, bo to oznaczałoby zgodę na taki stan rzeczy) zdecydowanie zbyt wiele dzieci trafiło do nocnej i świątecznej opieki lekarskiej lub SOR tylko ze względu na brak terminów w POZ.

Teraz zaś w POZ cisza na korytarzach. I całe szczęście, bo nie mam żadnych środków ochrony osobistej. Są niedostępne w hurtowniach, a środki przyznane przez Ministerstwo Zdrowia obejmują słownie dwie maski chirurgiczne na całą placówkę POZ. Wszyscy przyglądamy się tym maskom z poczuciem bezsilności. Jak to możliwe, że od góry do samego dołu drabinki decyzyjnej nikt nie zwrócił uwagi na tę sytuację? Oczywiście, można twierdzić, że opieka pediatryczna to nie jest sektor najbardziej zagrożony w okresie pandemii, ale to jest przecież sprawa bezpieczeństwa nie tylko pracowników, ale także dzieci – pacjentów i ich rodziców.

Wiosna

Wracają szczepienia, dzieci wracają do POZ. Znaczna część nie wraca jednak do placówek edukacyjnych, a w tych, które zostały uruchomione, skrajnie rygorystycznie podchodzi się do kwestii przyjmowania dzieci bez jakichkolwiek objawów infekcji, toteż nadal trudno znaleźć chore dziecko w poradni. (Ciekawe, jak sobie z tym poradzą stażyści, skoro nie mają żadnej szansy na obejrzenie zapalenia ucha środkowego). Potrzebujemy za to mnóstwo czasu dla dzieci zdrowych, bo musimy nadrobić wszystkie opóźnienia w szczepieniach i bilansach, z zachowaniem bezpiecznych odstępów między pacjentami. Po raz pierwszy mam wystarczającą ilość czasu dla rodziców noworodków i niemowląt, mogę spokojnie odpowiedzieć na wszystkie ich pytania. Do tej pory kładłam duży nacisk na korygowanie powszechnych błędów w sposobach noszenia, podnoszenia i pielęgnacji niemowląt, bo głęboko wierzę, że ma to podstawowe znaczenie dla dobrostanu ich kręgosłupów w wieku dorosłym. Teraz mam jednak dylemat: na ile rodzice życzą sobie, żebym dotykała ich dziecko bardziej, niż to jest niezbędne? Pandemia podała w wątpliwość podstawową wartość w relacji lekarza z pacjentem, jaką jest obopólne zaufanie. Nie ufam do końca moim pacjentom co do ich zachowania dystansu społecznego i mam wątpliwość, na ile oni ufają mnie. Owszem, dezynfekuję gabinet i myję ręce niemal ostentacyjnie, ale czy nie mają nic przeciwko braniu na ręce ich dziecka i narażaniu go na bezpośredni kontakt z obcą osobą? Nikt oczywiście głośno nie protestuje, ale gra w przemilczanie jest obustronna: ja też w wielu sytuacjach, w których przekraczane są granice mojego komfortu, decyduję się nie zwracać głośno uwagi. Jedną z takich sytuacji jest noszenie maski z filtrem i wentylem, które niektórzy rodzice moich krakowskich pacjentów mają z zimowych zapasów przeciwsmogowych. Taka maska przepuszcza na zewnątrz 100% wydychanych substancji, bo jest przeznaczona do ochrony noszącego, a nie jego otoczenia, z czego większość prawdopodobnie nie zdaje sobie sprawy. Taka nieufność w stosunku do pacjentów bardzo utrudnia pracę. Czuję, że jestem tutaj dla nich, ale jednocześnie wolałabym do minimum ograniczyć czas kontaktu.

Uświadamia mi to istotną cechę pracy pediatry w POZ w porównaniu do pracy szpitalnej – możliwość i konieczność osobistego podejmowania niemal wszelkich decyzji, tak merytorycznych, jak i dotyczących własnej organizacji pracy. Dostępne są już wszelkiej maści środki ochrony osobistej, łącznie z najbardziej profesjonalnymi, stosowanymi na oddziałach zakaźnych. Patrząc na to realnie, trudno jednak przyjąć w ciągu dnia kilkunastu teoretycznie zdrowych pacjentów, mając na sobie kosmiczny kombinezon, maskę i przyłbicę, których generalnie dzieci panicznie się boją, prowadząc w tym samym pomieszczeniu elektroniczną dokumentację medyczną. Pomijając poczucie adekwatności swojego działania, nie jestem przecież nawet w stanie rozebrać się z zachowaniem zasad bezpieczeństwa. Muszę zatem podjąć decyzję dotyczącą akceptowalnego przeze

mnie stopnia ryzyka i wypośrodkować pomiędzy zachowaniem osobistego bezpieczeństwa i komfortu pracy. Nie do końca ufam przecież swoim pacjentom...

Lato

Wydaje mi się, że nieco więcej ojców przychodzi z dziećmi na szczepienia. Być może jest to efekt pracy zdalnej i tego, że mają teraz więcej czasu dla dzieciaków? W ostatnich latach ogólnie widoczne jest coraz większe zaangażowanie ojców, w szczególności w pierwszych miesiącach życia dzieci. Stopniowo zyskiwali swoje miejsce w opiece nad niemowlętami, od porodów rodzinnych do przewijaków w męskich toaletach, są zachęceni na wielu etapach do zwiększania zakresu odpowiedzialności, brania urlopów rodzicielskich i coraz pełniejszego uczestnictwa w życiu rodzinnym. Pojawia się coraz więcej badań wskazujących, że w organizmach młodych ojców zachodzą podobne zmiany, jak u matek po porodzie; między innymi rośnie stężenie oksytocyny i aktywizacji ulegają podobne obszary mózgu [1]. Niestety, ta szczególna więź wytwarzająca się pomiędzy ojcami i nowo narodzonymi dziećmi wymaga podtrzymywania – a realia życia sprawiają, że ojcowie zazwyczaj spędzają znacznie mniej czasu z dziećmi niż matki w zwykłych, codziennych sytuacjach. W rezultacie w gabinecie pediatry nadal w większości poddają się przy pytaniach o szczegółową dietę, dotychczasowe szczepienia, wyniki wcześniejszych badań czy dawki przyjmowanych leków i konieczna jest konsultacja telefoniczna z mamą. A w obliczu wymogów bezpieczeństwa epidemiologicznego sama przyczyniam się do marginalizacji roli ojców, w przypadku wizyty obojga rodziców zapraszając do gabinetu tylko jedno z nich – i zawsze wchodzi matka.

Jesień

W POZ pojawia się coraz więcej pacjentów, powracają dziecięce infekcje. Trzeba zatem całkowicie przeorganizować system pracy i krytyczna staje się rola tzw. średniego personelu medycznego – w warunkach POZ to głównie pielęgniarki, pełniące jednocześnie funkcję rejestratorek medycznych. To one (jak wiadomo, to branża niezwykle sfeminizowana) odbierają wszystkie telefony od pacjentów i umawiają ich na odpowiednią godzinę. W większości znanych mi placówek instrukcje są jasne – każdy pacjent musi odbyć najpierw teleporadę u lekarza. To lekarz decyduje zatem, kto z pacjentów wymaga badania lekarskiego. Znaczną oszczędność czasu przyniosłoby przekazanie części decyzji w tej sprawie niedocenanemu w Polsce personelowi średniemu. Już na etapie rejestracji powinno się przeprowadzić z pacjentem wywiad (nie tylko popularny ostatnio i niewiele wnoszący – szczególnie w dużych miastach – wywiad epidemiologiczny), ustalić istotę jego problemu i ocenić, czy jest szansa na rozwiązanie go w rozmowie telefonicznej z lekarzem. Ewentualne sprawy wątpliwe można by umawiać na najwcześniejsze godziny teleporady, dając pacjentowi możliwość przyjazdu do placówki tego samego dnia, jeśli lekarz ostatecznie uzna to za konieczne. Po obu stronach rozwiązanie takie

napotyka jednak na opór. Lata lekceważenia i budowania bariery pomiędzy lekarzami i personelem średnim sprawiły, że ten drugi nie jest gotowy do wzięcia większej odpowiedzialności za proces leczniczy i sam ogranicza swoje zadania do wypełniania zleceń lekarza. Nie spotkałam na przykład żadnej pielęgniarki wypisującej receptę, choć od ponad dwóch lat mają do tego prawo, wiem za to, ile czasu zajmują lekarzowi w POZ tzw. wizyty recepturowe, służące wydaniu recepty na leki stosowane przewlekle. Z drugiej strony, i to chyba główny czynnik blokujący, lekarze nie są gotowi do oddania części swoich uprawnień i możliwości podejmowania decyzji. Wydaje mi się, że my, lekarze, nadal sami chcemy decydować, kogo przyjmujemy w gabinecie, i boimy się zaufać ocenie merytorycznej personelu średniego, zamiast wspólnie ustalić kryteria postępowania, co pozwoliłoby sensowniej zorganizować pracę z korzyścią dla wszystkich.

Planowane i ogłoszone włączenie POZ w opiekę nad pacjentami potencjalnie zakażonymi SARS-CoV-2 będzie dla placówek doświadczeniem niezwykle ciekawym, ale i poważnym wyzwaniem. Prawdopodobnie da się to zorganizować z zachowaniem względnego bezpieczeństwa jedynie przy pełnej współpracy pracowników wszystkich szczebli i pacjentów, o co – jak pisałam wcześniej – nie jest łatwo. Ponieważ testowani mają być jedynie pacjenci objawowi, a dzieci raczej rzadko przechodzą zakażenie wirusem SARS-CoV-2 z objawami, to w porównaniu z lekarzami rodzinnymi pediatrzy będą z pewnością mniej obciążeni obowiązkowym badaniem przedmiotowym pacjenta przed skierowaniem na test w kierunku zakażenia.

Jestem w stanie zrozumieć, że mimo optymistycznych deklaracji decydentów nasz system dotarł aktualnie do kresu możliwości zwiększania liczby wykonywanych dziennie testów, czy to z powodów finansowych, czy organizacyjnych. Z czasów mojej pracy w wysokospecjalistycznej klinice znam nieco specyfikę pracy diagnostów laboratoryjnych w pracowni PCR, wiem, ile czasu zajmuje ich wykształcenie i jak wysokie standardy muszą być spełnione, żeby wydać rzetelny wynik badania molekularnego – rozumiem zatem, że samo dofinansowanie, nawet gdyby było osiągalne, nie wystarczy do radykalnego zwiększenia dostępności badania. Brakuje mi jednak otwartej informacji, że zamiast propagowanej w większości krajów zachodnich zasady testowania i wyszukiwania kontaktów, musimy jako społeczeństwo wziąć odpowiedzialność za samoizolację i na własną rękę śledzić własne ryzykowne kontakty, nie licząc na odpowiednie służby. Jak na razie docierają do mnie jedynie echa kampanii informacyjnej dotyczącej szczepień przeciwko grypie i pneumokokom. W rezultacie brakuje już w hurtowniach 13-walentnej szczepionki przeciwko pneumokokom, zalecanej w ramach standardowego programu szczepień ochronnych niemowląt. A ja właściwie przestałam już zalecać szczepienie przeciwko grypie dzieciom i rodzicom, którzy już o nie przestali pytać – i to mimo refundacji. I rodzice moich małych pacjentów, i ja zdajemy sobie bowiem sprawę, że szczepionka i tak będzie dostępna jedynie dla najbardziej zdeterminowanych, a nadzieje na wprowadzenie jakichś zasad racjonalizujących dystrybucję są znikome.

Piśmiennictwo

1. Eyal A., Hendler T., Shapira-Lichter I., Kanat-Maymon Y., Zagoory-Sharon O., Feldman R., *Father's brain is sensitive to childcare experiences*, „Proc Natl Acad Sci USA” 2014, July 8; 111 (27): 9792–9797.