

W obronie telemedycyny z pediatrii

Teleporada powinna być pierwszą formą kontaktu rodziców/opiekunów dziecka z lekarzem. Rodzice powinni szczegółowo opisać, co ich niepokoi w zachowaniu dziecka i lekarz powinien zweryfikować, czy zasadna będzie wizyta osobista. Zlikwiduje to wizyty roszczeniowych rodziców, którzy „chcą osłuchać dziecko, czy nie zeszło na oskrzela”, gdy ma tylko katar. Takich wizyt przed pandemią było mnóstwo, to patologia i nadużywanie świadczeń zdrowotnych w myśl zasady: „płacę składki i moje dziecko MUSI być natychmiast zbadane”. Trzeba z takimi zachowaniami skończyć raz na zawsze i teraz jest ku temu dobra okazja. Pacjent jak wzywa pogotowie, a nie ma do tego uzasadnienia, może zapłacić. Dlaczego miałby nie płacić za takie nieuzasadnione wizyty w POZ?

Nie powinno być granicy wiekowej, kiedy musi być wizyta osobista, a kiedy teleporada. O tym decyduje lekarz, oczywiście opisując podane przez rodziców objawy występujące u dziecka w dokumentacji medycznej. To na rodzicu dziecka ciąży obowiązek podania objawów, co ich niepokoi, a na lekarzu zdecydowanie, czy jest zasadna wizyta. Jeśli pacjent dzwoni do pogotowia i mówi, że ma tylko temperaturę 38 stopni i nie podaje, że ma silny ból w klatce piersiowej to nikt karetki nie wyśle, ale jeśli poda tę dolegliwość, karetka najprawdopodobniej przyjedzie. Tak to funkcjonuje od dawna, to jest teleporada. Czemu w POZ nie może? Rodzic, który nie umie kompletnie opisać objawów u dziecka, myli wszystkie pojęcia, powinien zweryfikować swoje postępowanie, bo może to się źle dla dziecka skończyć. To rodzic widzi dziecko całą dobę, lekarz powinien mu pomóc, ale badanie trwa kilka/kilkanaście minut i nie zastąpi opieki rodzica.

Nieprawdziwym jest argument, że teleporada wydłuża czas pracy, choć akurat tu rozumiem nieco krytyków (bo tak jest w całej Polsce), że problemem jest odległość terminów wizyt na za 2-3 dni. To nie powinno tak wyglądać – jeśli w danym POZ najbliższe terminy wizyt są na za kilka dni lub tygodni świadczy to dwóch sytuacjach: 1. Pracuje za mało lekarzy i trzeba zatrudnić kolejnego, 2. Temu lekarzowi, który jest, należy zapłacić więcej i będzie pracował kilka godzin więcej i „obsłuży” ponad 99 proc. pacjentów, którzy sobie tego życzą. To, że pracodawcy oszczędzają jak mogą na personelu albo nawet chcą zatrudnić, a nie ma kogo, to nie wina lekarzy. W stanie nagłym pacjent powinien skorzystać z pomocy medycznej niezwłocznie i powinny być na takie stany dostępne wizyty, a takie miejsca często są blokowane przez „katarki od kilku godzin”.

Pediatrica, interna, medycyna rodzinna, ogólnie POZ, to miejsce, gdzie w pierwszej

kolejności zgłaszają się osoby z infekcjami dróg oddechowych. Część z nich będzie miało koronawirus. Dlatego tak ważne jest „sterowanie ruchem”, zapisywaniem pacjentów na określoną godzinę, rezygnacja z bezsensownych wizyt, zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej, dezynfekcja gabinetu. Nie rozumiem za bardzo hejtu lekarzy innych specjalności, że „POZ zamknięte”. Przepraszam bardzo, ale w wielu poradniach AOS i prywatnych pacjent wypełnia na początku ankietę, że nie ma gorączki, kaszlu itp. i z takimi objawami nie może wejść, do ortopedy, neurologa, kardiologa [...]

„Primum non nocere” – oczywiście, że tak. Ale pod warunkiem właściwej współpracy na linii lekarz-pacjent. A nie na zasadzie, że „non nocere” jest tylko wtedy, jak się spełni każde zachcianki pacjenta. To, że ktoś leczył teleporadą sepsę, świadczy o bagatelizowaniu objawów przez rodziców/opiekunów albo lekarza. Lekarz wezwałby na wizytę osobistą dziecko, gdyby objawy były niepokojące, przynajmniej powinien to zrobić, więc teleporady nie mogą stanowić 100 proc. świadczeń POZ (takie zjawisko też piętnuję), realne jest jakieś 60-70 proc.

Nie widzę naprawdę w wielu sytuacjach przewagi wizyty osobistej nad teleporadą, są naprawdę minusy – pacjenci będą czekać w poczekalni, więc będzie siedzieć jedno dziecko bez chorób przewlekłych z kaszlem i drugie z kaszlem z wywiadem astmy. Jeden potem okaże się COVID, a drugi zaostrzeniem astmy i w związku z tym u dziecka z astmą może się znacznie pogorszyć i może ono trafić do szpitala, a wystarczyłoby dziecko z kaszlem bez chorób towarzyszących i w dobrym stanie leczyć teleporadą Levoprontem, a nie wizytą osobistą, bo rodzice nie wiedzą i tak chcą. Jak ktoś złoży skargę, że przyszedł z niepokojem dziecka, a drugie obok niego kaszlało i miało gorączkę i biegało po korytarzu, to lekarz przyjmujący wszystkich pacjentów będzie się tłumaczyć, a nie ten, który „triażuje i steruje wizytami”.

Już pod koniec 2019 r. weszła ustawa dotycząca teleporad i już przed pandemią POZ miał obowiązek udzielania takich świadczeń przynajmniej 2 godziny tygodniowo.

Telemedycyna to przyszłość. Oczywiście, nie zapominajmy, że nie we wszystkich stanach się sprawdzi i badanie fizykalne nadal będzie obecne. Jednak o tym decyduje lekarz, nie pacjent. To nie pacjent sobie wybiera, jaką formę wizyty odbędzie, jakie badania będą zlecone, jakie leki zostaną wypisane. Oczywiście idźmy w kierunku relacji partnerskich, nie paternalistycznych i starajmy się słuchać pacjenta i jeśli nie kłóci to się z bezpieczeństwem, wiedzą i innymi uwarunkowaniami, pójdźmy im w pewnych sytuacjach na rękę. Niewiele to da, bo jak coś pójdzie nie tak, to i tak zaskarżą, a lekarzy w ramach tarczy 4.0 wsadzi się do więzienia. To czy mogli się kiedyś z 5-letnim dzieckiem zapisać z katarem na wizytę osobistą, nie będzie miało znaczenia, a tylko zwiększy liczbę pozwów, bo społeczeństwo będzie jeszcze mniej szanować personel ochrony (ochrony, nie służby) zdrowia, bo uzna, że zawsze i wszędzie wszystko im się należy i każda jakakolwiek

odmowa będzie nagłaśniania wszędzie, gdzie się da (co już obserwujemy).

dr n. med. Maciej Pawłowski,

specjalista pediatrii, Łódź

Panaceum 11/2020