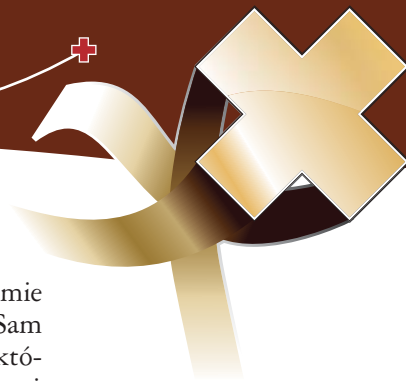


Człowiek Roku 2009 w Ochronie Zdrowia

Na miarę XXI wieku

Rozmowa
z prof. Andrzejem Steciwką,
prezesem Polskiego Towarzystwa
Medycyny Rodzinnej



Jest pan lekarzem, nauczycielem, prezesem wpływowego stowarzyszenia lekarzy, a więc i działaczem, ponadto organizatorem megakonferencji, badaczem, bo nadzoruje pan programy, które mają odpowiedzieć, jak leżeni są Polacy. Którą z tych ról lubi pan najbardziej?

Wszystkie te zadania i obowiązki są bliskie memu sercu i dają mi wiele satysfakcji. Medycyna szeroko rozumiana, zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym, jest moją pasją i poświęciłem jej życie zawodowe, choć realizuję się również w działalności pozamedycznej, m.in. na rzecz pomocy charytatywnej. Udzielam się społecznie w Rotary Klub Wrocław-Centrum oraz biorąc udział w innych akcjach na rzecz ludzi biednych czy pokrzywdzonych przez los. Lubię dzielić się wiedzą jako nauczyciel kolejnych pokoleń lekarzy, jak również być przy chorym, prowadząc diagnostykę i lecząc różne choroby. Dewizą życiową, wpojoną mi przez ojca, który też był lekarzem, jest powiedzenie: *To, co możesz uczynić drugiemu człowiekowi, jest jedynie kroplą w oceanie potrzeb, ale jest tym, co nadaje sens całemu życiu* – właśnie z tej maksymy czerpię dużo energii i motywacji do dalszych działań. Kongresy, zjazdy i sympozja organizowane przeze mnie i zespół współpracowników to okazja do spotkania w krótkim czasie wspaniałych naukowców, dydaktyków i fachowców z różnych dyscyplin medycyny, którzy przekazują wiedzę tysiącom uczestników. Ich zadowolenie i chęć uczestniczenia w kolejnych spotkaniach skłaniają mnie do jeszcze większej aktywności, widzę bowiem, że to, co robię, jest potrzebne i spotyka się z zainteresowaniem. Jednym słowem – lubię wszystkie płaszczyzny moich działań, bo wydaje mi się, że służą one nie tylko choremu – potrzebującemu pomocy, ale również ludziom zdrowym i nam wszystkim, wzbogacając nas w aktualną wiedzę, w najnowsze standardy diagnostyki i terapii.

W czasach, gdy wybranymi dziedzinami zajmują się wąsko wyspecjalizowani fachowcy, pan próbuje odgrywać kilka ról jednocześnie. Dlaczego?

Specjaliści w zakresie niekiedy wąskich dyscyplin medycyny są bardzo potrzebni, gdyż dzięki ich wiedzy mogą być diagno-

zowane i leczone na najwyższym poziomie rzadkie i trudne jednostki chorobowe. Sam zresztą jestem specjalistą z nefrologii, która jest bardzo wąską specjalnością, ale też specjalistą drugiego stopnia z chorób wewnętrznych, balneologii, bioklimatologii, fizykoterapii oraz medycyny rodzinnej. Mając te specjalizacje, wykorzystuję wiedzę i doświadczenie z nich wynikające i widzę, jak wszystkie stają się przydatne



„ Miątem wielkie szczęście, uczyli mnie wybitni wykładowcy, którzy wywodzili się z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, a w okresie powojennym przyjechali do Wrocławia ”



„ Tym, co bardzo cenię, jest współorganizowanie i kierownictwo naukowe dużych kongresów i zjazdów, a szczególnie *Top Medical Trends* „

✚
w pracy z chorymi i w codziennym życiu zawodowym. Specjalizacja z medycyny rodzinnej daje możliwość szerokiego i holistycznego podejścia do każdego chorego. Zresztą świat medycyny u progu XXI wieku zaczyna coraz częściej podkreślać rolę i znaczenie holistycznego podejścia w zakresie diagnostyki i terapii u wszystkich pacjentów. To szerokie i wielowątkowe podejście daje choremu człowiekowi wiele korzyści. Myślę, że dziś potrzebni są zarówno lekarze mający podejście holistyczne, jak i bardzo wąsko wyspecjalizowani.

Co skłoniło pana do wyboru takiej, a nie innej drogi życiowej?

Sądzę, że największy wpływ miał fakt, że wyrosłem i wychowywałem się w rodzinie lekarskiej z tradycjami i już jako chłopiec wi-

działem zadowolone rodziców z niesienia pomocy ludziom chorym, przysłuchiwałem się rodzinnym dyskusjom, a czasem nawet pomagałem w drobnych zabiegach w gabinecie lekarskim ojca. Będąc w szkole średniej, wiedziałem, że chcę być lekarzem, mimo że nauczyciel matematyki oczekiwał, że wybiorę architekturę lub matematykę. Sprawilem mu zawód i w tajemnicy, ponieważ był wicedyrektorem liceum, złożyłem dokumenty na akademię medyczną. Przez wiele lat nie mógł mi tego wybaczyć, ale gdy kilkanaście lat temu potrzebowałem pomocy lekarskiej, której mu udzieliłem, przyznał mi rację co do wyboru zawodu. Patrząc z perspektywy czasu, jestem głęboko przekonany, tak jak większość z nas, że bycie lekarzem jest jednym z najpiękniejszych, o ile nie najpiękniejszym ze wszystkich zawodów.

Miał pan szczęście do wykładowców, potem szefów? Czy bywało z tym różnie?

Miałem wielkie szczęście spotkać na swojej drodze grupę wspaniałych i wybitnych wykładowców, którzy wywodzili się z Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, a w okresie powojennym przyjechali do Wrocławia. Tu, podczas moich studiów na Wydziale Lekarskim, byli nie tylko wielkimi naukowcami, wspaniałymi dydaktykami i praktykami, ale także ludźmi szalenie



życzliwymi i wrażliwymi na różne problemy. Wśród nich należy wymienić profesorów: Antoniego Falkiewicza, Edwarda Szczeklika, Wiktora Brossa, Zbigniewa Knapika, Hugona Kowarzyka i Bolesława Popielskiego. Miałem również bardzo dużo szczęścia do mego jedyne go szefa, kierownika Katedry i Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej we Wrocławiu, profesora Zenona Szewczyka – wspaniałego naukowca i lekarza, człowieka o dużej życzliwości oraz umiejętności kierowania zespołem współpracowników. Był szefem, który umiał cieszyć się z sukcesów innych, zwłaszcza swoich współpracowników, był zwolennikiem zarówno badań klinicznych, jak i eksperymentalnych. Zaszczepił we mnie wiele ze swojego sposobu bycia i umiejętności analizy sytuacji, dzielił się ze mną doświadczeniami życiowymi, uczył, jak nie popełniać różnego rodzaju błędów, a przede wszystkim zachęcił do prowadzenia różnych badań eksperymentalnych związanych z etiopatomechanizmem kłębuszkowych zapaleń nerek, za które otrzymałem Nagrodę im. Ludwika Hirszfelda przyznaną przez Polskie Towarzystwo Immunologiczne. Muszę podkreślić, że miałem i mam szczęście do kolegów i współpracowników, wcześniej w Klinice Nefrologicznej, a obecnie w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej, gdzie współpracują ze mną oso-

by, które darzą mnie życzliwością i są mądrymi, pracowitymi ludźmi.

Które ze swoich osiągnięć ceni pan najbardziej?

To trudne pytanie. Każde wydaje mi się drogie i bardzo ważne, ale gdybym miał wybrać, to zdecydowałbym się wymienić kilka – cykl badań eksperymentalnych dotyczących etiopatomechanizmu kłębuszkowych zapaleń nerek, utworzenie od podstaw jednej z najno-

„ Nigdy nie podejmowałem decyzji i działań, które wykonywałbym z niechęcią, wprawiłyby mnie w zakłopotanie lub które byłyby niezgodne z moimi zasadami „

wocześniejszych na początku lat 90. XX wieku stacji dializ w Legnicy, utworzenie najnowocześniejszego i najlepiej wyposażonego Zakładu Medycyny Rodzinnej w Polsce oraz zainicjowanie, a następnie współtworzenie Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i jednocześnie wydawanie kwartalnika *Family Medicine & Primary Care Review*, którego redaktorem naczelnym jestem do dziś. Wśród tej palety osiągnięć tym, co również bardzo cenię, jest współorganizowanie i kierownictwo naukowe dużych kongresów i zjazdów, a szczególnie *Top Medical Trends*.

Czy jest coś, czego wstydzisz się pan, coś, o czym wolałby pan zapomnieć?

Nie ma chyba takiej rzeczy, o której dziś, z perspektywy trzydziestu sześciu lat pracy zawodowej, chciałbym zapomnieć lub której się wstydzę. Wszystko, czego się podejmowałem, było przemyślane i starałem się wykonać to w miarę możliwości jak najlepiej. Nigdy nie podejmowałem decyzji i działań, które wykonywałbym z niechęcią, wprawiłyby mnie w zakłopotanie lub które byłyby niezgodne z moimi zasadami.

W Stanach Zjednoczonych coraz głośniej mówi się o *szpitalnym lobby*. Stara się ono o to, by wykonywać jak najwięcej drogich usług szpitalnych, i o to, by po macoszemu traktować lekarzy pod-

stawowej opieki zdrowotnej – bo procedury podstawowe są tanie, a w biznesie chodzi o to, by za odpowiednią cenę sprzedawać drogie, wysokospecjalistyczne usługi. Czy podobnie jest w Polsce? Czy u nas spowodowane jest to tymi samymi przyczynami?


W Polsce od wielu lat preferowana była specjalistyczna, w tym zwłaszcza szpitalna, opieka zdrowotna. Dopiero reforma systemu zdrowotnego i wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego miały spowodować zmianę sposobu myślenia. Założenia mówiły, że 80 proc. świadczeń w ochronie zdrowia powinno być realizowanych przez podstawową opiekę zdrowotną, za czym, oczywiście, powinny iść odpowiednie środki. Dziś dużo się mówi o tym, że zbyt wiele środków przeznaczają się na POZ, a zbyt mało na szpitale, co nie jest prawdą. Lecznictwo szpitalne pochłania bardzo dużo pieniędzy, gdyż jest najbardziej kosztochłonne. Środki przeznaczone na POZ, a w ramach POZ na profilaktykę i wczesną diagnostykę, mogłyby ograniczyć koszty leczenia szpitalnego, ale takie podejście wymaga długofalowego, perspektywicznego myślenia. W Polsce specyfika problemów jest inna niż w Stanach Zjednoczonych, mamy niewiele jednostek prywatnej opieki szpitalnej, inny system ubezpieczeń. Zasadniczą różnicą jest również kwestia zbyt małej ilości środków finansowych w systemie i w związku z tym wszyscy dążą, aby dostać ich jak najwięcej, ale jest to tzw. syndrom zbyt krótkiej koldry – zawsze dla kogoś zabraknie.

Co należy poprawić w pracy polskich lekarzy rodzinnych i szerzej – opieki podstawowej?

Zwiększyć środki finansowe, które nadal – wbrew temu co wielu mówi – pozostają zbyt małe w stosunku do nakładu pracy. Rozważyć modyfikację rozliczania pracy w POZ – zamiana systemu kapitałowego (płatność *per capita*) na kapitałowo-usługowy (płatność *per capita i for service*), co będzie premiowało lekarzy intensywniej pracujących, przyjmujących więcej pacjentów i mających większe umiejętności. Egzekwować i premiować systematyczne doszkadzanie, ale jednocześnie umożliwić to czasowo: obecnie, kiedy lekarz POZ pracuje od poniedziałku do piątku w godzi-



„ Dzięki badaniom epidemiologicznym uświadamiamy sobie boleśnie, jak zła jest sytuacja zdrowotna społeczeństwa w naszym kraju i jak dużo musimy zrobić, aby to zmienić ”



nach 8.00–18.00, na szkolenie pozostają mu wieczory lub weekendy, kosztem czasu wolnego. Pamiętajmy – dobrze funkcjonująca podstawowa opieka zdrowotna to fundament dobrze działającego systemu ochrony zdrowia.

Prowadzi pan również badania populacyjne. Czy w Polsce przeprowadza się ich wystarczająco dużo, czy też traktuje się je po macoszemu?

Rzeczywiście, prowadzi się różne badania oceniające stosowanie profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz skuteczność leczenia różnych jednostek chorobowych. Jednym z ostatnich dużych badań, którymi kierowałem, było badanie POZ-NAD, oceniające skuteczność terapii hipotensyjnej w populacji 75 tysięcy mieszkańców naszego kraju leczonych przez lekarzy rodzinnych pracujących w POZ. Badania te wskazały na niedostatki w prowadzeniu kontrolnych badań laboratoryjnych, np. tak istotnych, jak lipidogram w grupach chorych szczególnego ryzyka, tj. z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, przewlekłą chorobą nerek, nadwagą i otyłością. Tego typu badania to z jednej strony dobra diagnoza sytuacji, a z drugiej drogowskaz, na co należy zwrócić szczególną uwagę i gdzie występują niedociągnięcia. Na podstawie wniosków należy nie tylko ocenić sytuację, wskazać problemy dotyczące zarówno diagnostyki, jak i terapii, ale również wdrożyć działania naprawcze, by osiągnąć w miarę możliwości założone cele. Muszę stwierdzić, że na profilaktykę, promocję zdrowia i edukację społeczeństwa w zakresie zdrowego stylu życia przeznaczona jest zbyt mała ilość środków. Działania te nie wymagają dużych nakładów finansowych w porównaniu z leczeniem chorób i ich powikłań, a decydują o zdrowiu każdego z nas. Nie mogą to być jednak działania krótkoterminowe, przeprowadzane w formie różnego rodzaju akcji, musi to być działalność rozłożona na wiele lat, wówczas bowiem efekty są widoczne. W Polsce, na szczęście, przeprowadza się coraz więcej badań populacyjnych, ale i tak wciąż za mało. Zaplanowanie i realizacja badania, a potem opracowanie wyników to ogromna praca. Dziś wiadomo już i uświadamiamy sobie, jak wiele ważnych informacji można uzyskać na podstawie wyników szeroko zakrojonych badań tego typu. Powinno to, oczy-

„ Szerokie i wielowątkowe podejście daje choremu człowiekowi wiele korzyści. Dziś potrzebni są zarówno lekarze mający podejście holistyczne, jak i bardzo wąsko wyspecjalizowani „

wiście, mieć przełożenie na postępowanie z pacjentami. Jeśli np. wiadomo dzięki tym badaniom, że 70 proc. pacjentów ma źle leczone nadciśnienie tętnicze i nie uzyskuje zadowalającego stopnia kontroli, to należy zachęcać lekarzy do zmiany i intensyfikacji terapii, wskazując najczęściej popełniane błędy.

Jak to wpływa na funkcjonowanie ochrony zdrowia w Polsce?

Dzięki badaniom epidemiologicznym uświadamiamy sobie boleśnie, jak zła jest

„ W Polsce od wielu lat preferowana była specjalistyczna, w tym zwłaszcza szpitalna, opieka zdrowotna. Reforma systemu zdrowotnego i wprowadzenie instytucji lekarza rodzinnego miały spowodować zmianę sposobu myślenia „

sytuacja zdrowotna społeczeństwa w naszym kraju i jak dużo musimy zrobić, aby to zmienić, na bardzo wielu płaszczyznach – edukacji społeczeństwa czy egzekwowania realizacji aktualnych wytycznych diagnostyki i terapii ze strony lekarzy, a więc również ich edukacji. Na razie nie widzę wyraźnego przełożenia wyników dużych badań epidemiologicznych na funkcjonowanie ochrony zdrowia, może z wyjątkiem programów profilaktyki kardiologicznej.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski