



Fot. Archiwum

Znowu podstawowa opieka zdrowotna!

W związku z kolejnym podejściem do wprowadzenia elementów koordynowanej opieki zdrowotnej do POZ ponownie rozgorzała dyskusja na ten temat. W gruncie rzeczy o niemożliwości realizacji takiego rozwiązania najgłośniej wypowiadają się organizacje pracodawców POZ. I pewnie gdyby dyskutowały o aspektach biznesowych nowych regulacji (które w oczywisty sposób mogą zmniejszyć nieuzasadnione moim zdaniem korzyści po ich stronie), do pewnego stopnia byłoby to naturalne. Słychać jednak głównie głosy krytyczne dotyczące aspektów merytorycznych wprowadzanej koordynacji.

Gdy w 1994 r. ustanawiano w Polsce specjalizację z medycyny rodzinnej, głównym powodem było widoczne gołym okiem „odwrócenie piramidy ochrony zdrowia” w porównaniu z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia i praktyką wielu państw Europy Zachodniej. W Polsce, wbrew opiniom ekspertów, mówiącym, że przeważająca część problemów zdrowotnych powinna być zaopatrzona w POZ, lekarz POZ był co najwyżej dyżurnym ruchem. Przytłaczająca część chorych

systemowe do ich oczekiwanej samodzielności. Nie było to łatwe, ale szczególnie pierwsze zasady dotyczące POZ wprowadzone w 1999 r. dawały nadzieję.

Burzliwe dzieje POZ, które nastąpiły potem, po wielu korektach doprowadziły do regulacji dziś obowiązujących. Warto zerknąć na praktykę i porównać ją z punktem wyjścia oraz od lat stawianymi przez organizatorów systemu ochrony zdrowia celami. Sukcesem jest ogromna liczba specjalistów medycyny rodzinnej (11,5 tys.), choć ciągle jest ich o wiele za mało w stosunku do potrzeb. Jak jednak wygląda praca większości z nich? Czy zasadniczo zmieniła się ich rola w systemie w porównaniu z lekarzem rejonowym sprzed trzydziestu lat? Niestety w wielu przypadkach, zwłaszcza jeśli chodzi o pacjentów z chorobami przewlekłymi, praktyka lekarza rodzinnego ogranicza się do kierowania (i to nie na konsultację, ale do stałej opieki) chorych do specjalistów, np. z nadciśnieniem tętniczym do kardiologów, z cukrzycą do diabetologów, niedoczynnnością tarczycy do endokrynologów, a wielu chorych niedodia-

„Czy zasadniczo zmieniła się rola lekarzy POZ w systemie w porównaniu z lekarzami rejonowymi sprzed trzydziestu lat?”

szturmowała od razu co najmniej ambulatoryjną opiekę specjalistyczną lub szpital (i to najchętniej o jak najwyższym stopniu referencyjności).

Wprowadzana specjalizacja, a potem praktyki lekarzy rodzinnych miały tę fatalną z punktu widzenia organizacji, kadr, ekonomii, zdrowia publicznego, a także interesu pacjentów sytuację zmienić. Wszelkoniem przygotowani lekarze rodzinni wspierani przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne mieli otoczyć holistyczną opieką swoich podopiecznych – zalecać zdrowy styl życia, dbać o wielowymiarową profilaktykę i wczesne wykrywanie chorób, opiekować się osobami z chorobami przewlekłymi, odpowiednio reagować w ostrych chorobach, a nawet przeprowadzać drobne zabiegi czy ewentualnie prowadzić pacjentki w ciąży prawidłowej. Do takiej roli przygotowywano kadry. Do dziś pamiętam egzamin z chirurgii ogólnej u śp. prof. Jana Nielubowicza, który „przetrzepał” mnie z diagnostyki i postępowania praktycznie we wszystkich chorobach chirurgicznych, które mogą się zdarzyć w POZ. Gdy w systemie pojawili się pierwsi lekarze rodzinni, zaczęto mozolnie dostosowywać regulacje

gnozowanych do szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. Prowadząc zajęcia z medycyny rodzinnej na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, z żalem muszę przyznać, że także studenci VI roku wydziału lekarskiego nie widzą w takich praktykach niczego złego.

Konsekwencje są oczywiste. Przeciążenie AOS (szczególnie w wymienionych specjalnościach) oraz SOR-ów i izb przyjęć szpitali nie jest niespodziewanym rezultatem. Niestety negatywne konsekwencje dotyczą także stanu świadomości na temat zdrowia, praktykowanego stylu życia podopiecznych POZ i wreszcie sposobu leczenia pacjentów szczególnie w podeszłym wieku i z wielochorobowością (np. polipragmazja).

Taka diagnoza sytuacji wymaga radykalnych kroków ku przywróceniu potężnej roli, jaką POZ może odgrywać szczególnie w zakresie promocji zdrowia i leczenia pacjentów z chorobami przewlekłymi. Trzeba również powrócić do naturalnego i praktykowanego w wielu krajach zadania lekarza rodzinnego, jakim jest koordynacja opieki nad pacjentem w całym systemie ochrony zdrowia. Chciałbym, aby decydentom wystarczyło determinacji.