

✖ Oliwia Tarasewicz-Gryt, 2017-05-31 12:04

Lekarze POZ tylko od recept i katarku?



Fot. Thinkstock

Lekarz rodzinny jako koordynator zespołu i strażnik zdrowia swoich podopiecznych. Nowa ustawa miała podnieść rangę POZ, ale komentarze środowisk medycznych wskazują, że realizacja założeń nie będzie łatwa. Potrzebne są też działania wizerunkowe. POZ nie ma najlepszej opinii.

Nowa ustawa o POZ miała ustawić lekarza rodzinnego na pozycji opiekuna pacjenta i koordynatora jego leczenia. Za tym rozwiązaniem przemawia sporo argumentów, specjalizacja ta ma duży potencjał. Lekarz ma z pacjentem bezpośredni kontakt, zna jego potrzeby i może odpowiadać za koordynowanie opieki, także specjalistycznej. Generuje znacznie niższe koszty niż leczenie specjalistyczne i szpitalne. Można je obniżyć jeszcze bardziej, inicjując i realizując działania profilaktyczne. Kolejną konsekwencją przegrupowania sił w systemie to mniejsza liczba pacjentów leczących się w szpitalach i AOS, a więc krótsze kolejki i lepszy dostęp do świadczeń. Takie założenia przyświecały twórcom reformy z 1993 roku i – jak podkreślają lekarze rodzinni – są one z powodzeniem realizowane w wielu europejskich krajach.

U nas nie udało się tego modelu utrzymać na dłuższą metę. Czy teraz coś się zmieni?

Uwagi, jakie do projektu wnoszą środowiska medyczne, rodzą pewne obawy. Najwięcej wątpliwości zgłaszają sami zainteresowani. Lubuskie Porozumienie Zielonogórskie mówi wprost, że projekt ustawy jest nie do przyjęcia. Nie ma nic wspólnego ani ze Strategią Rozwoju POZ, dyskutowaną w drugiej połowie ubiegłego roku, ani z założeniami Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych WONCA. Lekarze rodzinni z Dolnośląskiego Związku Lekarzy Rodzinnych Pracodawców piszą w odpowiedzi na konsultacje społeczne: „Działanie w ramach systemu opieki zdrowotnej wymaga kontaktu ze specjalistami, szpitalami, rehabilitantami, dietetykami itd. Zharmonizowanie tych wszystkich działań wymaga wydawania poleceń i uzyskiwania informacji zwrotnej o ich realizacji, również możliwość wyegzekwowania tych poleceń. Projekt nie daje lekarzowi możliwości wywiązania się z tego zadania.”

Brak odpowiednich narzędzi i procedur do koordynacji leczenia pacjenta, zarządzania tym leczeniem (bo na tym de facto polega koordynacja) mogą zaszkodzić nie tylko pacjentom, utrudnić pracę personelu medycznego, ale także fatalnie wpłynąć na wizerunek POZ.

Ogólny specjalista

Kiedy planuje się ustawowo przywrócić medycynie rodzinnej rangę, należy zrobić wszystko, by poprawić jej wizerunek. O konieczności wzmocnienia pozycji lekarza rodzinnego mówi się od dawna. Już sama opozycja lekarz rodzinny – specjalista świadczy o tym, że lekarza rodzinnego za specjalistę się nie uważa. To taki „lekarz od katarków” – od wszystkiego, czyli od niczego. O wysokiej randze nie świadczy także określenie „lekarz ogólny”, mogące sugerować, że jego zadaniem jest kierowanie do odpowiedniego specjalisty do „uszczegółowienia”.

„Medycyna rodzinna nie jest medycyną od przedłużania recept i kierowania ruchem pacjentów. Jest medycyną od promocji zdrowia do medycyny paliatywnej” – to słowa ministra Konstantego Radziwiłła. Niestety, zarówno wśród pacjentów, jak i w środowisku branżowym lekarz rodzinny bywa postrzegany jako pośrednia stacja w drodze do specjalisty. Z badania przeprowadzonego w lutym w ramach projektu Razem dla Zdrowia wynika, że 93% ankietowanych woli leczyć chorobę przewlekłą u specjalisty i tylko 54% jest zdania, że lekarz POZ jest w stanie zrobić to skutecznie. Rzecznik Praw

Dziecka kwestionował niedawno pomysł wykluczenia pediatrów z zespołu POZ, mówiąc, że lekarz rodzinny nie ma wystarczającej wiedzy i umiejętności z zakresu pediatrii, by efektywnie prowadzić leczenie dziecka. Nie jest, jego zdaniem, również wystarczająco kompetentny, by zająć się profilaktyką u dzieci.

Niepocholebna opinia o lekarzach pierwszego kontaktu bywa uzależniona od zapadłych w ostatnim ćwierćwieczu decyzji oraz ich konsekwencji. Przyczynił się do niej system, który nie motywuje pracownika, ponieważ z punktu widzenia POZ najlepiej mieć na liście jak najwięcej zdrowych, nieleczących się pacjentów i ograniczyć zlecenie badań. Wizerunek i rangę medycyny rodzinnej jako specjalizacji niszczyły też takie decyzje ustawodawców, jak ograniczenie wyboru badań, na które może kierować lekarz rodzinny. Nie pomogło też zamykanie gabinetów wykorzystane przez polityków i media jako pretekst do oskarżeń lekarzy o chciwość. Reputację grupy zawodowej buduje się latami, a utracony etos trudno stworzyć od nowa. Wyzwanie to przekonać, że lekarz rodzinny jest wystarczająco kompetentny.

Kto ufa lekarzowi rodzinnemu?

Optymistyczne jest to, że lekarzowi POZ ufa pacjent. Uczestnicy badania przeprowadzonego w ramach projektu Razem dla Zdrowia, mimo niskiego stopnia zaufania względem placówek POZ jako instytucji, pozytywnie wyrażają się o usługach lekarzy, którzy w nich pracują. 62% pacjentów jest zadowolonych z lekarza, pielęgniarki i położnej, a 63% im ufa. Pozytywne są też wyniki raportu „Internet + Pacjent = Diagnoza?” opracowanego przez jedną z agencji PR w styczniu tego roku. Wynika z niego, że Polacy darzą zaufaniem małe gabinety oraz lekarzy pierwszego kontaktu w większym stopniu niż pozostałe instytucje – w tym ministerstwo i NFZ.

Aby lekarz rodzinny cieszył się zaufaniem i dawał poczucie bezpieczeństwa, konieczne jest wypracowanie jego pozycji nie tylko wśród pacjentów, ale także wśród lekarzy innych specjalizacji (by rozumieli funkcjonowanie całego systemu) i studentów medycyny (by spopularyzować i uczynić atrakcyjnym zawód lekarza rodzinnego). Ostatnia kluczowa grupa to decydenci. W ciągu ubiegłych lat widoczne było ograniczanie zaufania ze strony ustawodawców. Konstancy Radziwiłł, ówczesny prezes NRL, mówił w 2010 roku – po wprowadzeniu przepisów ograniczających lekarzowi rodzinnemu możliwość kierowania pacjenta na badania – że jest to wyraz braku zaufania ze strony polityków. Teraz pojawiła się szansa, że ustawodawca uwierzy w medycynę rodzinną.

Lekarz z konieczności?

Lekarze rodzinni alarmują, że ich średnia wieku przekracza 60 lat i jest ich coraz mniej, dlatego w nowej ustawie przewidziano, że w POZ mogą pracować także lekarze innych specjalności. Problem niedoboru kadr nie jest wyłącznie polską domeną. Dotyczy to także Wielkiej Brytanii, gdzie opublikowano niedawno pesymistyczne prognozy na najbliższe 5 lat. W Irlandii Północnej 25% lekarzy ma powyżej 55 lat i jest ich mniej niż w 1950 r. Największe problemy są w odludnych hrabstwach, gdzie ludzie mogą zostać wkrótce pozbawieni dostępu do podstawowej opieki medycznej. Priorytetową kwestią jest więc, by uczynić pracę lekarza rodzinnego atrakcyjnym zawodem.

Prawie 2/3 ankietowanych studentów medycyny UJ uważa, że praca lekarza rodzinnego nie cieszy się poważaniem wśród lekarzy innych specjalności. To wyraźnie wskazuje na konieczność działań wzmacniających pozycję tej specjalizacji w całej branży, szczególnie że dla szkolącego się lekarza ważny jest staż, na którym powinien pod okiem specjalisty zdobywać potrzebne umiejętności. Istotne jest więc zrozumienie specyfiki jego pracy i wagi tego, czym się zajmuje.

Jednocześnie 56% ankietowanych studentów sądzi, iż praca lekarza rodzinnego cieszy się szacunkiem wśród pacjentów (co potwierdza się w badaniach). Z badań wynikało, że często motywacją do podjęcia specjalizacji to motywacja negatywna: studenci postrzegają tę pracę jako monotonną, zbiurokratyzowaną, bez wystarczających możliwości diagnostycznych, a ich decyzja spowodowana

była brakiem innych możliwości zatrudnienia i najkrótszym czasem specjalizacji. Studenci zagraniczni częściej mówią o wysokich zarobkach, możliwości zachowania równowagi praca - życie i budowania relacji z pacjentami. Wyzwanie polega więc na tym, jak zwrócić uwagę polskiego studenta na te walory i przekonać go do zawodu.

Ranga i reputacja

Część zadań mających na celu budowanie wizerunku może podjąć sam pracownik POZ, kierując się wynikami ankiet i badań, które mówią, że pacjenci nadal ufają swoim lekarzom, lecz nie traktują ich poważnie, wolą powierzać im błahostki. Zgłaszają też często trudności z komunikacją - 73% umawia się na wizyty telefonicznie (i bywa, że telefon jest wyłączony), 28% czeka od rana na numerek, 18% przybywa osobiście do rejestracji. Skarżą się też, że lekarz nie zaprasza ich mailowo na badania profilaktyczne. 81% robi to rzadko lub nigdy, sądząc zapewne, że wystarczy wywieszenie informacji w gablocie w przychodni, tymczasem takie działania powodują, że pacjent nie czuje, że jego przychodnia o niego dba. Wdrożenie działań naprawczych bywa czasem proste, jeśli się słucha pacjenta.

Najważniejsze jest jednak przywrócenie reputacji całej grupy zawodowej - systematyczne, długofalowe budowanie wizerunku, wspierane przez ustawodawcę.

Skoro zamierza on przywrócić rangę zawodu, który się w ostatnich latach zdeprecjonował, możemy oczekiwać działań, które uwypuklą mocne strony medycyny rodzinnej. Kiedy zostanie to zaakcentowane, w ślad za tym pójdą rozwiązania, które pokażą, że ustawodawca docenia tę rolę i traktuje wprowadzane przez siebie reformy poważnie, realnie wspiera i daje potrzebne narzędzia. Jeśli działanie tego mechanizmu będzie rodzić konflikty i napięcia, wszystko zostanie po staremu.