

Pacjenci nie znają nazwiska swojego lekarza rodzinnego

W swojej pracy zadają każdemu pacjentowi pytanie o nazwisko jego lekarza rodzinnego. Jak myślą państwo, jaki odsetek je zna? Otóż wyniki nie są zbyt pochlebne dla lekarzy rodzinnych, ponieważ ponad 80% pytanym nie potrafi mi udzielić odpowiedzi. Pytani dlaczego, odpowiadają, że nie korzystają z jego usług, ponieważ nie lubią czekać w kolejkach, być przyjmowani w obskurnych poradniach z opryskliwymi rejestratorkami. Na uwagę, że przecież wiele się zmieniło na korzyść, szczególnie w Wielkopolsce, gdzie podstawowa opieka zdrowotna jest praktycznie w całości sprywatyzowana, odpowiadają, że wolą nie ryzykować, gdyż te krytyczne opinie słyszeli od znajomych, którzy muszą korzystać z publicznej służby zdrowia. Inni z kolei mówią, że co prawda korzystają z podstawowej opieki zdrowotnej, ale za każdym razem przyjmuje ich inny lekarz, więc nie zapamiętali jego nazwiska. Co ciekawe, i jedni, i drudzy często mówią, że znają nazwisko lekarza opiekującego się ich dziećmi w ramach POZ. Podobnie jest z młodymi osobami. One często potrafią podać nazwisko lekarza „pediatry”, który zajmował się nimi do 18. roku życia. Na uwagę, że zapewne jest to nadal ich lekarz, ponieważ system lekarza rodzinnego miał polegać właśnie na tym, że pacjentem „od narodzin aż do śmierci” zajmuje się jeden lekarz, który dzięki temu dobrze zna „wszystkie problemy zdrowotne, uwarunkowania rodzinne, środowiskowe, etc.” swojego pacjenta, odpowiadają, że po „osiemnastce” poleciono im się przepisać do innego lekarza – „dla dorosłych”. Inną prawidłowością jest to, że im mniejsza miejscowość, tym więcej osób zna swojego lekarza, szczególnie gdy ten nie pracuje w NZOZ molochu, tylko albo we własnej praktyce, albo w kameralnej przychodni, gdzie pracuje tylko kilku lekarzy, którzy także są jej właścicielami. Niestety, ostatnio wzrasta także liczba osób, które mówią, że znały nazwisko swojego lekarza, ale ten zmarł albo przestał pracować, bo przeszedł na emeryturę lub wyjechał za granicę. A nowego jeszcze nie wybrały. Oczywiście moje obserwacje to nie żadna poważna praca naukowa, tylko pewne spostrzeżenia oparte na odpowiedziach niereprezentatywnej z pewnością grupy, ale jednak coś w tym jest, ponieważ co roku badam co prawda tylko kilka tysięcy pacjentów, ale za to w różnych miejscowościach Wielkopolski. Dlatego grona lekarzy rodzinnych powinny się zastanowić, co poprawić, aby pacjenci znali swojego lekarza rodzinnego z nazwiska i by to, co głoszą na sztandarach, czyli opieka jednego lekarza

SHORT CUTS

PREZENTUJĄ SUBIEKTYWNY ODBIÓR RZECZYWISTOŚCI PRZEZ AUTORA I NIE POWINNY BYĆ UTOŻSAMIANE Z OFICJALNYM STANOWISKIEM WIL KRZYSZTOF OŻEGOWSKI



znającego swojego pacjenta oraz jego rodzinę, środowisko itd., itp., było prawdą, a nie tylko pustym hasłem, którym szermują w okresach zawirowań wokół medycyny rodzinnej czy też podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ to nie są synonimy, o czym zapominają nawet wysokiej rangi działacze wszelkich organizacji skupiających lekarzy rodzinnych.

Gdy nie wiadomo, o co chodzi...

Ostatnimi czasy ponownie rozgorzała dyskusja nad kształtem podstawowej opieki zdrowotnej i rolą w niej lekarza rodzinnego. Kanwą do tej dyskusji są pewne pomysły ministra zdrowia. Jak to zresztą z ministrem bywa, a w konsekwencji także z posłami, dyskusja jest w zasadzie monologiem przedstawicieli władzy, którzy swoje pomysły uważają za jedynie słuszne i nie przyjmują żadnej krytyki. Podobnie jest zresztą z przedstawicielami organizacji skupiających lekarzy rodzinnych, którzy obok merytorycznych uwag, dotyczących organizacji pracy, kompetencji POZ, głoszą także hasła wysoce demagogiczne, często będące, delikatnie mówiąc, nie do końca prawdą. Nie będę w tym „ścinku” zajmował całością propozycji ministra i tym, co o nich sądzą lekarze, ponieważ w tym numerze „Biuletynu WIL” powinny znaleźć się także inne teksty. Przedmiotem moich uwag będzie, chyba najbardziej bulwersująca lekarzy rodzinnych, propozycja ministra zdrowia, by przywrócić lekarzom internistom i pediatrom możliwość pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, a także pozwolić im na posiadanie własnych list „aktywnych” pacjentów, by tym samym mogli mieć własne przychodnie. Bowiem, o czym już niezbyt chętnie się wypowiadają prominenci organizacji lekarzy rodzinnych, pediatry i interniści ciągle pracują w POZ, tyle że są tylko najemną siłą roboczą, bez prawa do własnych pacjentów. W zasadzie nie chciałem wsadzać tego kija w mrowisko, ale by to uczynić, zdopingowały mnie teksty zamieszczone na stronie Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. Szczególnie bulwersujący jest anonimowy tekst o „literackich zapędach internistów i pediatrów”. Zapewne w zamiarze autora/autorów (?) miało to być dowcipne wypunktowanie absurdów propozycji ministra i pokazanie, że jedynie słuszne jest zdanie PZ, KLR i innych organizacji protestujących przeciwko ponownemu wprowa-

dzeniu lekarzy internistów i pediatrów do podstawowej opieki zdrowotnej. Tekst zaczyna się interesująco: *Coraz częściej dostrzegany jest problem czytania bez zrozumienia tekstu. Niestety, rzadziej zauważa się problem pisania bez zrozumienia, którego przykładem niektóre publikacje na temat reformy systemu ochrony zdrowia.* Paradoksalnie przykładem takiego „pisania bez zrozumienia” jest także tekst, z którego pochodzi powyższy cytat. Zaczniemy od początku, czyli od tego, że większość lekarzy w POZ to interniści i pediatry, którzy później uzupełnili wykształcenie o umiejętności pożądaną u lekarzy rodzinnych, uzyskując tytuł specjalisty medycyny rodzinnej. Ciekawe, że obecnie ewentualnym kandydatem do pracy w POZ najwyraźniej odmawia się tej możliwości. Ba, wręcz traktuje się ich jak idiotów, którzy poza szpitalem nie mogą funkcjonować (to akurat wcześniejsza wypowiedź doktora Jacka Krajewskiego, ale często powtarzana przez innych). Najśmieszniejsze są przy tym insynuacje, że taki lekarz nie potrafi pracować w ambulatorium, bo nie był tego nauczony. Oczywiście, teraz z winy posłów, a także Narodowego Funduszu Zdrowia nie ma poradni „czysto” internistycznych czy pediatrycznych, ale praca w szpitalnej izbie przyjęć dostarcza dość „nieprzesianego” materiału ludzkiego, by takie umiejętności osiągnąć. Gdybym był złośliwy, w tym miejscu zauważyłbym, że są to ci pacjenci, którzy albo się nie doczekali wizyty u lekarza rodzinnego, albo wręcz (jak często podają media) są przysłani z POZ na SOR czy IP. Ale ponieważ nie jestem, to tego nie zauważę. Jeszcze śmieszniej zaczyna być, gdy czyta się stwierdzenia gremiów lekarzy rodzinnych, że przeniesienie internistów i pediatrów do POZ byłoby takim samym nieporozumieniem jak przeniesienie lekarzy rodzinnych na oddziały internistyczne i pediatryczne. Niestety, szanowni lekarze specjaliści medycyny rodzinnej, to nie działa w dwie strony, ponieważ, by zdobyć specjalizację z interny czy pediatrii, trzeba się – zgodnie z równie często przez was wspomnianą dyrektywą europejską 2005/36/WE – znacznie dłużej uczyć. Ponadto, o czym zapewne zapomnieli niektórzy lekarze rodzinni posiadający te specjalizacje, ucząc się interny czy pediatrii, posiada się wiele z tych umiejętności, których się odmawia internistom czy pediatrom, a które, podobno, są tylko charakterystyczne dla specjalizacji z medycyny rodzinnej. Jak nieco

wcześniej wspomniałem, lekarze rodzinni szerują unijną dyrektywą 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, mówiąc ustami np. dr Joanny Zabielskiej-Cieluch, że ta dyrektywa wymusza posiadanie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej specjalizacji z medycyny rodzinnej. Ja, w odróżnieniu od wielu osób, mam taki dziwny zwyczaj, że dokładnie czytam teksty aktów prawnych, na które się powołuję. Wspomnianą dyrektywę także przeczytałem i niestety muszę panią doktor zmartwić, niczego takiego w tej dyrektywie nie ma. Po pierwsze, operuje ona pojęciem „ogólnej praktyki medycznej” i by lekarz ją zdobył, powinien uczyć się 2 lata przed 1 stycznia 2006 r., a po tym terminie 3 lata. Po drugie, i chyba najważniejsze, to zainteresowane państwo podaje w załączniku nr V pkt 5.1.4 listę dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji lekarzy ogólnych i w tym miejscu Polska określiła, że wymagany jest tytuł lekarza specjalisty medycyny rodzinnej. Żeby było ciekawiej, ustawa o świadczeniach finansowanych z funduszy publicznych w art. 5 pkt 13 określa jako lekarza POZ – obok specjalisty medycyny rodzinnej i osoby, która odbywa szkolenie w tej specjalizacji – także specjalistę II stopnia medycyny ogólnej. Jest także drugi warunek – „posiadanie umowy z NFZ”. Widać więc, że ministerstwo ma pełną swobodę, by do tej dyrektywy unijnej i ustawy wpisać także internistów i pediatrów, ponieważ dyrektywy nie są nienaruszalne, można je zmieniać – *vide*: zmiana nazwy egzaminu lekarskiego z LEP na LEK. Dlatego też anonimowemu autorowi/autorom, a także osobom wspomnianym w tym ścinku, zadedykuję zdanie dr. Korczaka: *Żyjemy pospiesznie, nie dbale, powierzchownie, partacko*, przywołane przez niego na koniec, by także skłoniło ich do refleksji. Ze swej strony na koniec chciałbym wyjaśnić tytuł tego ścinka, ponieważ do tej pory tego nie uczyniłem, trudno go również wysnuć z cytowanych powyżej wypowiedzi. Być może się mylę, ale wydaje mi się, że sedno obaw gremiów lekarzy rodzinnych tkwi w nie do końca artykułowanym lęku, że „wpuszczenie” internistów i pediatrów do POZ i umożliwienie im posiadania własnych list pacjentów spowoduje, że szpitale będą tworzyły „na bazie” swoich oddziałów poradnie podstawowej opieki zdrowotnej i odbiorą kontrakty lekarzom rodzinnym, ponieważ w konkursach NFZ uzyskają dodatkowe punkty za „kompleksowość”. I być może tego się „rodzinni” obawiają, a nie tego, że interniści czy pediatrzy nie są przygotowani do roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Bowiem, powtórzę to raz jeszcze, nie można stosować zamiennie terminów lekarz POZ i lekarz rodzinny. A dlaczego tak się stało, to już temat na osobne rozważania.