

В ближайшее время акцент медицинской помощи будет сделан на поликлиническое звено. Количество больниц сократится. Пока эта информация вызывает скепсис и недоумение большинства.

Размышлениями на эту тему делится наш постоянный автор врач и журналист Татьяна МОХРЯКОВА.

Тенденции

В ближайшее время в России больниц станет меньше. Почему? Жизнь дорожает. Больничное дело – не исключение. Оно требует огромных финансовых вложений. Особенно на приобретение и содержание современной диагностической, операционной и реабилитационной аппаратуры. Ведь любой стационар стремится к тому, чтобы соответствовать уровню мировой медицины.

Новые методы диагностики и лечения привели к тому, что болезни, от которых раньше умирали, сегодня лечат. Больницы вынуждены год от года увеличивать свою пропускную способность. Как помочь им функционировать на современном уровне и удовлетворять потребности населения?

Для внедрения новых образовательных программ необходимы политические и практические решения. Они не только коснутся больниц и поликлиник, но потребуют изменения менталитета пациентов. Чтобы понять, какова должна быть оптимальная модель медицинской, в частности стационарной, помощи, нужна дискуссия. Предлагаю начать её... с разговора о поликлинике.

Почему наш пациент минует поликлинику?

К сожалению, сегодня, заболев, люди нередко обходят поликлинику стороной, до последнего занимаясь самолечением. В сознании большинства визит в поликлинику видится затратным по времени, требующим терпения и сил. Детальное обследование в силу разных причин может длиться неделями.

Наверное, из-за этого в России очень популярно самолечение.

Способствуют этому и наши аптеки – своеобразный таблеточный магазин. И советчики – на экране ТВ, в Интернете, в окружении – на любой вкус и достаток. Приобрести лекарство можно также по совету провизора. Конечно, очень удобно покупать нужный препарат в аптеке без рецепта.

Но болезни имеют разные «маски», на фоне одной патологии может развиваться другая, что требует точной диагностики и терапии. А самолеченный или забросивший своё лечение больной нередко доводит себя до кризисной ситуации, в которой вынужден задействовать скорую помощь. Выход в данной ситуации – стационар и... круг замыкается.

Любовь к больницам

В понимании соотечественников больница – это не только место для операций и лечения тяжёлых недугов. Нередко люди ложатся в стационар, чтобы отдохнуть от текущей жизни. А пожилые, особенно одинокие люди часто рассматривают госпитализацию как экономию на питании и возможность пообщаться.

Большое количество тяжёлых пациентов, нуждающихся только в наблюдении и уходе, – онкологические больные, например, – из-за недостатка хосписов в стране также становятся пациентами стационаров.

А что нередко происходит после того, как человек полежал в больнице и ему подобрали адекватную терапию? После выписки, когда давление нормализовалось и боль за грудиной прекратилась, люди самостоятельно уменьшают дозы или отменяют подобранную терапию. Это ещё одна из причин бесконечного терзания врачей стационаров одними и теми же людьми. У них есть лекарства, гарантирована

Нельзя не сказать здесь и ещё об одной группе пациентов: о тех, кто не стремится в больницу, но вынужден госпитализироваться на 10-14 дней 1-2 раза в год. Постинсультного больного, например, нуждающегося в ежегодной поддерживающей внутривенной терапии, могли бы лечить амбулаторно в дневном стационаре поликлиники или, при организованной у нас патронажной службе, дома.

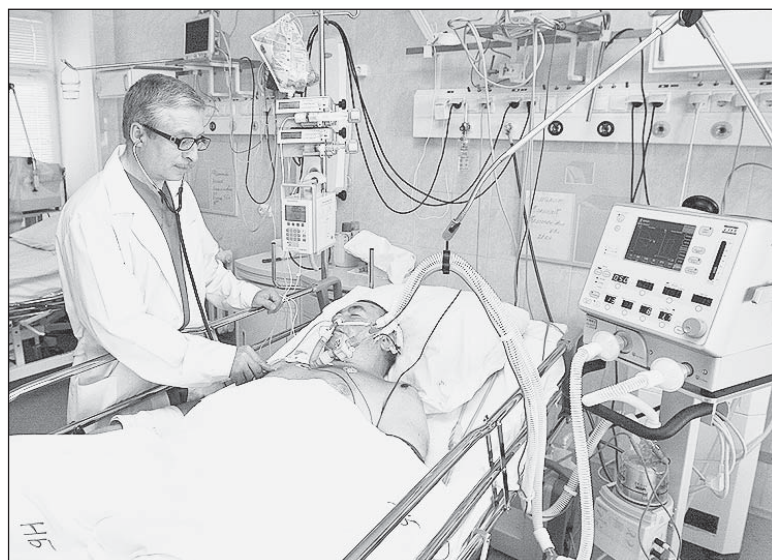
У них

К новой модели взаимодействия поликлиники и больницы с пациентами пришли на Западе. Там трюк лежания в стационаре

Точка зрения

В больницу – лечиться, а не отдыхать...

Наконец-то наши стационары должны перестать выполнять функции санаториев, отелей, хосписов и поликлиник!



бесплатная поликлиническая помощь, а лечатся они на свой лад: от «скорой» до «скорой». Точнее – от больницы до больницы.

Кто лежит в стационаре?

Известно, что попавший в стационар – это плохо леченный больной. Задача поликлинического врача – не довести заболевшего до больницы. Но и сам пациент не должен доводить себя до неё. Это возможно при своевременном обращении к врачу, регулярном обследовании и выполнении назначений. Пока такое взаимодействие врача и пациента встречается в России нечасто.

Правда, у нас есть категории больных, которые и в поликлинику ходят, и в больницу с удовольствием ложатся: выполняют все рекомендации врачей.

Есть у нас и «профессиональные больные», которые обожают пребывание в больничных стенах, где получают капельное лечение, любят экономить и общаться с себе подобными. В маленьких городах таких «профбольных» врачи «скорой» и больниц знают наизусть. А в городах-миллионерах они курсируют из больницы в больницу, растворяясь в пространстве мегаполиса.

пришла медсестра: поменяла повязку и сняла шов. Каждый визит – 5 минут. Без разговоров и сантиментов.

Стратегия и тактика там определена для каждой плановой ситуации.

Если пациент боится остаться без помощи и совета доктора, а живёт он далеко от клиники и амбулатории, после выписки из больницы он может лечь в отделение-отель, которое есть при каждом стационаре. Но больница в качестве отеля использоваться не может. И врачебные визиты в отделение-отель будут строго регламентированы.

Понятно, что Россия не сопоставима по масштабам, чис-

то пациент может быть выписан домой через 15 дней, он вынужден оставить его до рекомендуемых 20. Иначе страховая компания оплатит страховой случай не в полной мере, что скажется на врачебной зарплате. Стационарный врач в жёстких рамках, установленных страховщиком. Внешне. А в реалии...

Выход из подобных ситуаций он найдёт. Один врач разрешит пациенту пару дней пожить дома, узнавая ежедневно о состоянии его здоровья по телефону, а потом, в день формальной выписки, отдаст ему все документы. Другой... Вы сами дополните разные варианты хитростей. Но о стоимости

ленности населения, уровню развития общества со Скандинавскими странами. Но их медицинские модели могут быть интересны и полезны для нас.

У нас

У нас мужик не перекрестится, пока гром не грянет. Его сознание XXI век ещё не переформатировал. Вне зависимости от уровня жизни и достатка.

На моём терапевтическом приёме в частной клинике нередки случаи, когда обратившийся с проблемой пациент последний раз был у врача более 10 лет назад. Недавно, например, у женщины с такой давностью обследования после банальных анализов была диагностирована тяжёлая железодефицитная анемия (с уровнем железа 1,0 при норме 9-32) и ряд сопутствующих заболеваний. Если бы она обследовалась регулярно, железодефицит откорректировали бы на раннем этапе и до сопутствующих заболеваний дело, скорее всего бы, не дошло. Ложиться в стационар эта дама категорически отказалась. Её успешно пролечили амбулаторно. Только теперь она поняла важность регулярного обследования.

По стандарту лечим долго?

Эта состоятельная дама оказалась от больницы. Но она исключение: большинству стационарное лечение представляется очень серьёзным мероприятием. А врачи стационара в отличие от коллег в поликлинике видятся профессиональнее. Они никуда не торопятся: у них есть время оценить ситуацию, созвать консилиум при трудностях в диагностике.

Плюс к этому у врача больницы есть заданное стандартами время на лечение каждой болезни, что, правда, иногда выглядит абсурдно.

Например, по стандартам некая болезнь должна лечиться 20 дней. И если даже врач считает,

койко-дня и дороговизне пребывания пациента в больнице в эти моменты врач не задумывается: это не в его интересах.

Так, может, это ещё одна нерешённая проблема? Может, страховщикам стоит быть гибче?

Как прийти к сокращению стационаров?

Минздрав продолжает реформы, чтобы лечение в наших больницах становилось более эффективным. Но реализация их невозможна без изменения менталитета наших людей, которые в большинстве своём считают, что ответственность за их заболевшие тела, сознание и души должны нести врачи. Что как бы человек ни жил, какой бы хаос ни вносил в свой организм, медицина обязана сделать всё в случае сбоя какой-то из его систем. Люди забывают, что свою жизнь они делают сами.

Врач может, хочет, должен помочь в случае обращения к нему. Он готов дать рекомендации и несёт за них ответственность. Но и пациент обязан отвечать за своё здоровье: своевременно обращаться к врачу, не пить лекарства без рекомендации доктора, а флюорографию, анализы, медосмотр должен проходить хотя бы раз в 1-2 года.

В сознании наших людей ответственности за своё здоровье, понимания роли и ценности поликлиники и больниц в процессе диагностики и лечения, к сожалению, нет. Причин этому несколько. Каждая из них требует более тщательного рассмотрения и устранения. И тогда будет очевидно, что сокращение коек в стационарах, как и самих стационаров, – дело возможное, полезное и экономически выгодное для государства, а значит, для всех нас.

НА СНИМКЕ: в больнице койка должна работать на больного.

Фото
Александра ХУДАСОВА.