

W gabinetach lekarzy rodzinnych przybywa starszych pacjentów

z dr hab. med. Tomaszem Tomasikiem, prezesem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, rozmawia Tomasz Michałek

Czy lekarz rodzinny jest potrzebny?

Myszę, że lekarz rodzinny jest bardzo potrzebny, zwłaszcza w sytuacji, kiedy dochodzi do powstawania nowych specjalności medycznych, które mają coraz węższy zakres. Jest potrzebna przynajmniej jedna taka specjalizacja, która w swoich pryncypiach ma kompleksowe i całościowe podejście do problemów pacjenta, bez względu na jego wiek czy schorzenia. I jest to właśnie specjalizacja z medycyny rodzinnej, która zajmuje się kompleksowo każdym problemem zdrowotnym. To unikalna cecha i jednocześnie zaleta tej specjalizacji. Czasami postępowanie lekarza rodzinnego będzie polegało na zdiagnozowaniu, podjęciu wstępnych decyzji i zaordynowaniu leków, co w konsekwencji może przynieść poprawę stanu zdrowia pacjenta, ale w niektórych sytuacjach będzie polegało na rozpoczęciu nawet bardzo pilnych zabiegów, z reanimacyjnymi włącznie, wezwaniem karetki i przewiezieniem do szpitala. Oczywiście takie sytuacje nie zdarzają się może często, ale i do tego lekarze rodzinni muszą być też przygotowani. W podejściu lekarza POZ chodzi o to, by spojrzeć na pacjenta w kontekście całościowym, rodziny, czy środowiska, w którym żyje. Tak jak hepatolog powinien posiadać całościową wiedzę o chorobach wątroby, a hipertensjolog o nadciśnieniu, tak lekarz rodzinny powinien wiedzieć maksymalnie dużo o swoich 2 tys. pacjentów. W kontekście np. nadciśnienia tętniczego - lekarz rodzinny powinien temu nadciśnieniu zapobiegać, wcześniej rozpoznać, podjąć wczesną diagnostykę nadciśnienia wtórnego czy złośliwego oraz wdrożyć leczenie. I taka jest właśnie rola lekarza POZ - nie mała jak widać.

Czy Pana zdaniem zakres uprawnień lekarza rodzinnego powinien ulec zmianom?

Moim zdaniem odeszliśmy nieco od pełnego zakresu zadań lekarza rodzinnego. Kilkanaście lat temu lekarzy rodzinnych pozbawiono na przykład kompetencji ginekologicznych czy położniczych. Trudno będzie teraz je przywrócić, chociażby dlatego, że zmniejszył się nacisk na ten zakres wiedzy w trakcie edukacji podyplomowej lekarzy, a i pacjentki przyzwyczyły się, że mają dostęp bez skierowania do lekarzy tych specjalności. Dlatego te-

raz nikt nawet nie podnosi postulatów przywrócenia tych kompetencji. Jednak od polskiego lekarza wyjeżdżającego do pracy w innych krajach UE jest wymagana wiedza i umiejętności w zakresie chorób kobiecych i ciąży.

Czy to znaczy, że lekarze rodzinni w innych krajach UE mają większy zakres uprawnień niż w Polsce?

W niektórych krajach lekarz rodzinny ma większy zakres uprawnień, a w niektórych mniejszy. W części byłych krajów postkomunistycznych są lekarze POZ, którzy zapewniają opiekę oddzielnie dzieciom, a oddzielnie dorosłym. W porównaniu do tych krajów polscy lekarze rodzinni mają znacznie większy zakres odpowiedzialności. W stosunku do krajów skandynawskich, Wielkiej Brytanii, Danii czy Holandii mamy jednak zakres odpowiedzialności węższy. Dotyczy to między innymi już wspomnianego obszaru ginekologii i położnictwa.

Na początku tego roku został utworzony w Ministerstwie Zdrowia Zespół ds. Ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej, któremu Pan przewodniczy. Do jakiej konkluzji doszliście Państwo podczas prac tego zespołu?

Na początku kwietnia zespół przyjął wstępny dokument, w którym została przeanalizowana sytuacja POZ zarówno pod kątem struktury, procesu jak i wyników opieki. Przeanalizowaliśmy silne jak i słabe strony funkcjonowania POZ w Polsce, zaproponowaliśmy cele do których należy dążyć oraz zostały określone działania konieczne do realizacji. I to jest pierwsza część tego dokumentu. Druga część polegała na wyłonieniu z tych działań dekalogu, czyli takich 10 strategicznych i najistotniejszych zmian, które w systemie POZ powinny być wprowadzone. Opracowanie zostało przyjęte uchwałą całego zespołu, a dokument został przedstawiony ministrowi zdrowia. Obecnie czekamy na opinie, komentarze czy zastrzeżenia Ministerstwa Zdrowia do przedstawionych zmian. Przedstawione rozwiązania nie budzą może zbyt dużych kontrowersji, ale będą wymagały nakładów finansowych, tak jak np. od kilku miesięcy dyskutowana kwestia POZ dla każdego (wszyscy bez względu na to czy są ubezpieczeni czy nie, mogą korzystać z opieki POZ) - istotna



dr hab. Tomasz Tomasik

kwestia budząca opór niektórych części środowisk zaangażowanych w POZ. Do tej grupy należą na przykład pielęgniarki i położne oraz pielęgniarki szkolne protestujące przeciwko postulatowi wprowadzenia zespołu medycyny rodzinnej, w którym lekarz, pielęgniarka i położna posiadają tę samą listę pacjentów, mimo że kontraktowanie świadczeń z płatnikiem może odbywać się oddzielnie, a nie tylko przez lekarza. Ta zmiana budzi największy opór. W dekalogu są podniesione również inne kwestie, z którymi wszyscy się zgadzają i je wspierają, takie jak rozwój badań w medycynie rodzinnej, poprawa jakości opieki, czy zmniejszenie biurokracji. Ważny postulat dotyczy np. finansowania POZ i możliwości rozszerzenia tego finansowania na np. budżet powierzony na niektóre procedury diagnostyczne i terapeutyczne czy konsultacje w zakresie specjalistyki. Pojawił się postulat rozliczania wybranych świadczeń w oparciu za usługę, a nie jak obecnie kapitałowo. Kolejny dotyczy wprowadzania dodatkowych zachęt finansowych, w postaci finansowania za uzyskany wynik opieki. Moim zdaniem to najważniejsze z postulatów proponowanych przez Zespół.

Z roku na rok liczba osób starszych w Polsce wzrasta. Starszych pacjentów przybywa również w gabinetach lekarzy rodzinnych. Są to ludzie dotknięci często tzw. wielochorobowością. Jak, Pana zdaniem, polska służba zdrowia radzi sobie z tym wyzwaniem?

W tej chwili jest na szczęście, obok geriatry, jedna specjalizacja, która moim zdaniem, jest dobrze przygotowana do radzenia sobie w wielochorobowością, współchorobowością i kompleksowością problemów zdrowotnych u pacjentów starszych. Tą specjalizacją jest właśnie medycyna rodzinna. Im węższe specjalizacje, tym większy może być problem z kompleksowym i całościowym podejściem do pacjenta. Starzenie się społeczeństwa jest, w mojej opinii, jednym z trzech podstawowych problemów zdrowotnych w Polsce, drugi to wielochorobowość i choroby przewlekłe, a trzeci to budowanie prawidłowych relacji z pacjentami. Wracając do współchorobowości i wielochorobowości - kiedy np. do gabinetu zgłasza się pacjent z nietrzymaniem moczu, to bardzo rzadko się zdarza, by był to izolowany problem. Na ogół jest to pacjent otyły, po przebytych operacjach urologicznych czy ginekologicznych, występuje u niego dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, często depresja. Lekarz rodzinny nie będzie w tym wypadku patrzył jedynie na problem nietrzymania moczu. Osobiście nie przypominam sobie takiego pacjenta, który cierpiałby tylko na NTM i byłoby to głównym jego problemem - ten sam

pacjent ma najczęściej wiele innych, często poważnych problemów zdrowotnych.

Jedną z charakterystycznych chorób wielu podeszłego jest właśnie nietrzymanie moczu. Czy tym pacjentom lekarz rodzinny jest w stanie w jakikolwiek sposób pomóc czy raczej powinien natychmiast kierować ich do specjalisty urologa?

Nawet jeśli lekarz POZ skieruje taką osobę do specjalisty urologa, to i tak pacjent poczeka jeszcze kilka miesięcy na wizytę, ponieważ nie jest to konsultacja pilna. Jeśli odnosimy się do zadań lekarzy rodzinnych to należy zacząć mówić o zapobieganiu NTM poprzez np. aktywny sposób życia, czy wykonywanie pewnych ćwiczeń. Ważna jest jeszcze kwestia wczesnego rozpoznania nietrzymania moczu, bo zgłaszający się do nas pacjenci niestety o tym nie mówią. To ważne w kontekście wspomnianego przeze mnie

budowania prawidłowych relacji z pacjentem; pacjent, który ufa lekarzowi wcześniej powie o problemie NTM. Tym samym lekarz będzie miał szansę wcześniej tę dolegliwość zdiagnozować i w konsekwencji wcześniej przy-

gotować pacjenta, być może, do leczenia farmakologicznego czy nawet, w dalszej perspektywie, leczenia operacyjnego. Podkreślam - zbudowanie prawidłowej relacji z pacjentem jest tu kluczowe, zwłaszcza jako podstawa do wczesnego rozpoznania i wdrożenia wczesnego i skutecznego postępowania w tym zakresie.

Od 1 września br. zacznie obowiązywać ustawa o darmowych lekach i wyrobach medycznych dla osób w wieku 75+. Jedynymi uprawnionymi lekarzami do wypisywania recept w tym zakresie będą lekarze rodzinni. Czy Pana zdaniem, na liście tych produktów powinny się znaleźć leki urologiczne?

Trudno jednoznacznie się do tego ustosunkować. Wolałbym zdecydowanie, by w kwestii, zwłaszcza leków urologicznych, wypowiedzieli się specjaliści, którzy na bieżąco śledzą publikowane badania randomizowane i przeglądy systematyczne. Generalnie sądzę, że uprawnienie do wypisywania leków bezpłatnych dla osób 75+ powinno być rozszerzone poza lekarzy POZ, tak by pacjent np. po konsultacji z lekarzem specjalistą nie musiał iść specjalnie po lek do swojego lekarza rodzinnego czy innego lekarza POZ. Wynikają oczywiście z takich uprawnień pewne korzyści, lekarz rodzinny pełni wtedy rolę koordynatora opieki, choć musi przyjąć w ciągu dnia więcej pacjentów. Taka sytuacja ma swoje również

negatywne strony dla pacjentów, jakimi chociażby jest ich czas. Przepisywanie darmowych leków to kwestia jest wciąż dyskutowana, choć lekarze POZ stoją na stanowisku, by takie uprawnienia rozszerzyć na lekarzy innych specjalizacji.

Pacjenci, przy wsparciu lekarzy ginekologów i urologów, od wielu lat domagają się usunięcia wymogu wykonania badania urodynamicznego przy wypisywaniu refundowanych leków na zespół pęcherza nadreaktywnego. Jak lekarze POZ radzą sobie z tą barierą administracyjną?

Generalnie jest to problem, bo kwestie refundacji nie są proste, a każdy lekarz chciałby, aby lek był tani i dostępny dla pacjenta, ale w tej kwestii powinni się raczej wypowiedzieć specjaliści zdrowia publicznego.

Czy wypisuje Pan czasami recepty na leki antycholinergiczne na zespół pęcherza nadreaktywnego?

Rzadko, ale się zdarza. Czasami jest to problem jak np. w przypadku pacjentów po prostatektomiach, którzy cierpią na nietrzymanie moczu, ale nie mają zespołu pęcherza nadreaktywnego. Takim pacjentom ani urolog nie chce przepisać tego leku bezpłatnie ani lekarz POZ. Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że na konsultację urologiczną czeka się długo, więc często pacjent korzysta z wizyty prywatnej, a specjalista ma wątpliwości jak się zachować wobec tego leku, a czasami nawet nie ma podpisanej umowy z NFZ-tem i wszystkie leki wypisuje w pełnej odpłatności. Czasami jest tak, że pacjent jest odsyłany po lek ze zmniejszoną odpłatnością do lekarza POZ, a lekarz rodzinny nie ma aktualnego badania czy opinii specjalisty i to jest sytuacja, kiedy relacje z pacjentem się pogarszają. Oczekiwania jednej strony i możliwości drugiej nie mogą się spotkać. W takich sytuacjach kryteria ustalenia refundacji powinny być bardziej jednoznaczne.

My, pacjenci mamy świadomość, że to na lekarzu POZ spoczywa główny ciężar wypisywania środków absorbcyjnych. Jak sobie z tym radzicie?

To element stałej praktyki. Oprócz zbyt dużej biurokracji nie widzę w przypadku środków absorbcyjnych i wyrobów medycznych, większych problemów. Znacznie gorzej jest z lekami. Teraz praw do kontynuacji wypisywania wniosków na środki absorbcyjne nabywają pielęgniarki i myślę, że jest to dobre posunięcie. Dlatego pomyśl, by lekarz i pielęgniarka pracowali na jednej liście pacjentów świetnie się tutaj sprawdza, bo w tym wypad-

ku potrzebny jest kontakt osobisty, a nie za pośrednictwem listów czy skierowań.

Pacjenci skarżą się, że lekarze odmawiają wypisania zlecenia powołując się na obowiązujące przepisy refundacyjne. Czy brak jasnego kryterium chorobowego, jakim mogłoby być nietrzymanie moczu mocno utrudnia wam pracę?

Owszem, utrudnia, bo wiąże się z ryzykiem przy złych rozpoznaniach. Przy braku pewnej dokumentacji może zakończyć się postępowaniem kontrolnym czy nawet karami w tym zakresie. Tego typu restrykcja może budzić obawy lekarzy, choć sam system nie jest skomplikowany. Jeśli jednak prowadzi się prawidłową dokumentację i ewidencję pacjentów, dobrze się ich zna, lekarz jest wyczułony na pewne zagadnienia, to nie powinno to być problemem.

Zdarzyło się Panu odmówić wypisania pacjentowi zlecenia na środki pomocnicze lub recepty na leki, bo się nie kwalifikował, chociaż cierpiał na nietrzymanie moczu?

Z powodu braku np. badania urodynamicznego, czy posiadania nieodpowiednich wskazań medycznych - tak zdarzyło się. I było to bardzo źle odbierane przez pacjentów.

Kolejną barierą, z którą musi się zmierzyć lekarz przepisujący zlecenia na środki pomocnicze to limit ilościowy, który w Polsce wynosi 60 szt. miesięcznie. Czy, w pana opinii, jest to wystarczający limit?

Jest to limit niewystarczający i to jest faktyczny problem dla wielu pacjentów. Należy jednak spojrzeć na to szerzej - i z punktu widzenia pacjentów i z punktu widzenia finansowania całego systemu.

Jaką rolę w przełamywaniu bariery wstydu i zażenowania w kontekście NTM, mogą spełnić lekarze rodzinni?

Z literatury wiadomo, że upływa wiele czasu zanim pacjent powie swojemu lekarzowi o nietrzymaniu moczu. To nie są miesiące, to są lata. Dlatego dobra relacja z pacjentem jest niezwykle istotna. Rola lekarza rodzinnego to wyczulenie na pacjenta, pewna uważność i umiejętność zadawania pytań z tego zakresu, zwłaszcza jeśli chodzi o pacjentów starszych czy pacjentów po przebytych urazach, zabiegach i operacjach. Ważna jest wcześniejsza interwencja opiekuńcza, nawet zanim nastąpi interwencja medyczna. Nie wolno nam bagatelizować tego problemu.

Współpraca redakcyjna: Marzena Michalek