

PULMONOLOGIA

POChP w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Na pytanie, czy dzięki temu zwiększy się wykrywalność i usprawni leczenie pacjentów z POChP, prof. Agnieszka Mastalerz-Migas odpowiedziała, że na pewno usługa ta powinna poprawić wykrywalność, ponieważ niedodiagnozowanie w tej jednostce chorobowej jest bardzo duże. Zmiana powinna objąć również leczenie, które może stać się optymalne.

Zmiana dopiero się zaczyna

– Jesteśmy na początku drogi. Opieka koordynowana w POZ jest realizowana od roku, a usługę tę świadczy 33 proc. podmiotów. Nie wszystkie jednak realizują ścieżkę pulmonologiczną, dlatego musimy poczekać, aż w systemie pojawią się dane, które będą wskazywały, czy wzrosła wykrywalność POChP. Aby te wskaźniki się poprawiły, potrzebna jest też edukacja lekarzy, nad którą pracujemy. Wspólnie z dr Małgorzatą Czajkowską-Malinowską nie tak dawno opublikowałyśmy wytyczne konsultantów krajowych w zakresie diagnozowania i leczenia POChP w gabinecie lekarza POZ, z uwzględnieniem opieki koordynowanej – wyjaśniła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. Doktor Małgorzata Czajkowska-Malinowska podkreśliła, że jako lekarz specjalista spogląda z wielką nadzieją na zaangażowanie się lekarzy POZ w opiekę nad pacjentami z POChP.

– Nie można zapominać, że pacjent z POChP wymaga poprowadzenia przez system na wszystkich etapach od momentu wykrycia choroby. Według szacunków aż ok. 40 proc. pacjentów ma chorobę nierozpoznaną. Lekarze specjaliści nie dadzą sobie z tym rady, to musi zrobić lekarz rodzinny. Bardzo liczymy na to, że ci chorzy zostaną zidentyfikowani w POZ. Dzięki temu, że opieka będzie skoordynowana – co oznacza, że pacjent będzie miał całą ścieżkę, łącznie z edukacją realizowaną w trakcie aż sześciu porad edukacyjnych – opieka pulmonologiczna zostanie odciążona. To wszystko sprawi, że do specjalisty będą trafiali tylko ci pacjenci, którzy naprawdę wymagają takiego wsparcia oraz specjalistycznej diagnostyki i leczenia. To jest bardzo dobry pomysł, że taka opieka powstaje – mówiła dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska.

Liczy się dobrze zorganizowana współpraca

Profesor Agnieszka Mastalerz-Migas zwróciła uwagę, że bardzo ważne jest opracowanie i wdrożenie zasad współpracy między lekarzem rodzinnym a specjalistą chorób płuc, aby w pewnym zakresie ustalić, który pacjent jest czyj. – Wiemy, że wielu pacjentów z POChP może być leczonych w POZ, oczywiście z okresową konsultacją pulmonologa, z którym lekarz rodzinny współpracuje w ramach opieki koordynowanej. Niemniej część chorych to osoby podlegające opiece specjalistycznej. Tu właśnie ogromną rolę do odegrania ma lekarz w POZ. To na nim spoczywa zadanie rozróżnienia tych pacjentów i w razie potrzeby skierowania do wyższych piętór opieki medycznej. Usługa w ramach opieki koordynowanej ma spr-

Od ubiegłego roku lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w ramach opieki koordynowanej mogą się zająć pacjentem z podejrzeniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). Co to oznacza dla chorych, wyjaśniają dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, oraz dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, konsultant krajowa w dziedzinie chorób płuc.

wić, że pacjenci chorujący łagodniej pozostaną w POZ. Wtedy udrażnia się ścieżka do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) – stwierdziła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

– Kolejne zadanie lekarza POZ to skoordynowanie opieki, żeby umożliwić pacjentowi ewentualne przejście do specjalisty czy okresowe kontrole. Pamiętajmy, że chory zawsze pozostaje pacjentem swojego lekarza rodzinnego. Ważne jest jednak, żeby ten, kto wymaga leczenia u specjalisty, trafił do niego jak najszybciej – najkrótszą możliwą ścieżką. Zależy nam także, żeby w ślad za opieką koordynowaną w POZ została stworzona koordynowana opieka w AOS. To jednak jeszcze przed nami – dodała dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska.

Zgodziła się z nią prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. Jak przyznała, musi istnieć szybka ścieżka przekazywania pacjenta do opieki specjalistycznej, ponieważ jeśli nie będzie towarzyszycielką, to w którymś momencie pacjent zgubi się w systemie.

Chory z zaostrzeniami

Osobnym problemem u pacjentów z POChP są zaostrzenia choroby.

– To, jak będzie przebiegała ścieżka pacjenta z zaostrzeniem, zależy w dużej mierze od jego stopnia. Pamiętajmy, że zaostrzenie może przybrać formę łagodną – wówczas pacjent będzie leczony ambulatoryjnie przez lekarza rodzinnego, ale też formę ciężką. W takiej sytuacji chory wymaga hospitalizacji. Jest też forma pośrednia zaostrzenia, czyli umiarkowana, która czasem będzie wymagała hospitalizacji, a czasem nie. W tym wypadku wiele zależy od tego, jaki to jest pacjent, jaką ma współchorobowość – wyjaśniła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. Dodała, że zaostrzenie to nieco odmienny problem niż choroba przewlekła stabilna. Ekspertka zaznaczyła, że należy skupić się na tym, aby pacjent, który ma już zdiagnozowaną chorobę, był optymalnie leczony – żeby nie wystąpiły u niego zaostrzenia.

– Ważną rolę będą odgrywały porady edukacyjne w ramach opieki koordynowanej. Ich celem jest nauczenie pacjenta, czym jest choroba, z którą przyszło mu się zmagać, z jakim ryzykiem wiąże się okresowe odstawienie leków, a także niestosowanie

”

prof. Agnieszka Mastalerz-Migas: *Lekarz rodzinny powinien nauczyć pacjenta, jak postępować w przypadku pogorszenia objawów, a także jak te pogorszenia rozpoznać. POChP to trudna choroba, która będzie towarzyszyć pacjentowi do końca życia*

się do zaleceń lekarza. Lekarz rodzinny powinien nauczyć pacjenta, jak postępować w przypadku pogorszenia objawów, a także jak te pogorszenia rozpoznać – co stanowi „czerwoną flagę” wskazującą na konieczność wezwania pogotowia i pilnego udania się do szpitala. POChP to trudna choroba, która będzie towarzyszyć pacjentowi do końca życia – podkreśliła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Walka z nikotynizmem i indywidualny plan opieki

Bardzo ważnym elementem zapobiegania zaostrzeniom jest wsparcie chorego w rzucaniu palenia.

– Wszelkie działania antynikotynowe – poradnictwo, wsparcie psychologiczne, leczenie farmakologiczne uzależnienia od tytoniu, jak również szczepienia ochronne to formy opieki chroniące pacjenta przed zaostrzeniami – powiedziała dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska. – Chory na POChP ma naprawdę całą paletę szczepień ochronnych do wykonania. Dzięki opiece koordynowanej będzie miał szansę, że ktoś dopilnuje jego kalendarza szczepień i że zostanie zaszczepiony właściwie – wyjaśniła.

– W opiece koordynowanej lekarze mają do dyspozycji narzędzia, które pozwalają systematyzować wszystkie wymienione kwestie. Ważną rolę odgrywa indywidualny plan opieki medycznej.

Można w nim wypisać wszystkie zalecenia, w tym np. szczepienia ochronne, i traktować go jako listę kontrolną dla pacjenta. Oczywiście poza opieką koordynowaną taki plan działania wobec pacjenta też powinien być realizowany, niemniej opieka koordynowana wszystko systematyzuje. Nie zapominajmy, że pacjent również powinien być bardzo aktywnym uczestnikiem tego procesu – wskazała prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Komunikacja lekarz rodzinny – specjalista

Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej podkreśliła, że do tej pory w systemie brakowało dobrej komunikacji pomiędzy lekarzami specjalistami z różnych obszarów.

– Medycyna rodzinna to obszar, gdzie wszystkie wątki opieki nad chorym zaczynają się i kończą. Pacjent przychodzi do POZ, żeby się zdiagnozować. Czasem trafia do AOS, czasem do szpitala, ale potem zawsze wraca do POZ – wyjaśniła.

– Dobra współpraca po pierwsze pozwala budować pewien schemat opieki, czyli standaryzowane ścieżki. Po drugie pozwala koordynować opiekę

nad pacjentem. Nie możemy jednak tworzyć koordynacji tylko w swoim obszarze. Ona musi być w całym systemie, żeby pacjent, który często jest bardzo ciężko chory, miał zapewnioną opiekę od początku do końca. U pewnych osób będzie to np. kwestia domowego leczenia tlenem, nadzoru, umiejętności i wiedzy, jaka jest rola lekarza rodzinnego. Dobra współpraca między lekarzami

”

dr Małgorzata Czajkowska-Malinowska: *Według szacunków aż ok. 40 proc. pacjentów ma chorobę nierozpoznaną. Lekarze specjaliści nie dadzą sobie z tym rady, to musi zrobić lekarz rodzinny. Bardzo liczymy na to, że ci chorzy zostaną zidentyfikowani w POZ*

różnych specjalności daje szansę na wypracowanie modelu, który będzie kompleksowo obejmował nie tylko POZ i specjalistykę, lecz także te wątki łączące – zauważyła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. Doktor Małgorzata Czajkowska-Malinowska dodała, że wprowadzany model daje także szansę ciężko chorym pacjentom, którzy wymagają tlenoterapii.

– Mamy świadomość, że dzieje się coś niedobrego, zwłaszcza po pandemii COVID-19 – pacjenci kupują sami koncentratory tlenu i stosują tlenoterapię bez nadzoru. Dla pacjentów z POChP jest to szczególnie niebezpieczne, ponieważ u części z nich generuje się wysoki dwutlenek węgla, a z tym wiąże się ryzyko śpiączki hiperkapnicznej, czyli ciężkiej niewydolności oddychania wymagającej leczenia respiratorem w trybie ostrym. Takie połączenie opieki i nadzór nad pacjentem pozwoli wcześniej rozpoznać chorych, zanim dojdzie u nich do ciężkiego zaostrzenia. Pod nadzorem znajdzie się również przewlekła tlenoterapia, a to jest bardzo ważne – podsumowała.

Marzena Sygut-Mirek

