

– Współczesna medycyna, przy dużej częstotliwości występowania chorób układu krążenia, wymaga ścisłej współpracy między lekarzami POZ i kardiologami. Samych kardiologów jest za mało, żeby zajmować się wszystkimi pacjentami. Nie jest to zresztą potrzebne, gdyż szczególnie kontynuacja terapii może być prowadzona w POZ – mówi **prof. dr hab. Piotr Hoffman**, kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca Instytutu Kardiologii w Warszawie-Aninie, były prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Każdy lekarz POZ powinien mieć swojego kardiologa

Świetne wyniki w kardiologii interwencyjnej i zdecydowanie słabsze, gdy chodzi o leczenie chorób układu krążenia w ogóle.

Część kardiologów skłonna jest obwiniać o to lekarzy POZ.

Podziela pan tę opinię?

Zdecydowanie nie. Zresztą uważam, że żadna z przywołanych tutaj przez pana specjalności nie zasługuje na przyszywanie jej etykiетки „winny”. Bo tak naprawdę kłopoty wynikają z przyczyn organizacyjnych, konkretnie ze złej organizacji naszego systemu ochrony zdrowia. Kuleje przede wszystkim współpraca, koordynacja opieki nad pacjentem. Współczesna medycyna, przy dużej częstotliwości występowania chorób układu krążenia, wymaga ścisłej współpracy między lekarzami obu specjalności. Samych kardiologów jest za mało, żeby zajmować się wszystkimi pacjentami. Nie jest to

zresztą potrzebne, gdyż szczególnie kontynuacja terapii może prowadzona być w POZ. Lekarzom rodzinnym niezbędna jest z kolei wydatna pomoc ze strony kardiologów.

Czyli częste konsultacje?

To na pewno. I do tego tematu chciałbym wrócić jeszcze w tej rozmowie, bo można sprawę konsultacji ułożyć lepiej niż obecnie.

Ale oprócz konsultacji potrzebny jest też spory wysiłek ze strony kardiologów skierowany już nie na konkretnego pacjenta, ale na całe środowisko lekarzy POZ. To jest edukacja, szczególnie istotna w dzisiejszej dobie, gdy postęp w medycynie następuje tak szybko. Po naszej stronie, specjalistów, widzę obowiązek dostarczania

i nieustannego aktualizowania tego, co w języku studentów nazywa się gotowcami, a więc algorytmów postępowania, wytycznych, rekomendacji, konsensusów. Trzymanie ręki na pulsie i propagowania postępów wiedzy.

Do najczęstszych błędów zaliczyłbym obawę przed stosowaniem wysokich dawek leków, np. statyn czy leków na nadciśnienie. Efekt jest taki, że pacjenci otrzymują dawki suboptymalne, które nie zapewniają osiągnięcia celów terapii.



Fot. Arcwium

Tak się przecież dzieje. I trafia to na podatny grunt, co widzieliśmy choćby podczas ostatniego kongresu Top Medical Trends. Lekarze POZ deklarują szczególny nacisk na śledzenie postępów medycyny w dziedzinach, które obejmują choroby cywilizacyjne, dotyczące olbrzymie grupy pacjentów. Kardiologia z pewnością należy do tych dziedzin.

Rzeczywiście lekarze rodzinni tę wiedzę mają, postęp jest dostrzegalny. Ale skoro zwrócił pan na to uwagę, chciałbym powiedzieć, że i tu pewne błędy się powtarzają. Do najczęstszych zaliczyłbym obawę przed stosowaniem wysokich dawek leków, np. statyn czy leków na nadciśnienie. Nie wiem, z czego to wynika. Nie chcę zgadywać, czy powodem jest obawa przed działaniami niepożądanymi, czy są i inne przyczyny. Ale efekt jest taki, że pacjenci otrzymują dawki suboptymalne, które nie zapewniają osiągnięcia celów terapii. To poważny błąd, wymaga korekty, bo bez odpowiedniej dawki leku leczenie staje się nieskuteczne.

Wróćmy zatem do tematu konsultacji między lekarzem POZ a kardiologiem. Co tu działa nie tak, co można poprawić?

Chciałbym w pierwszej kolejności usprawnić zasadę tych kontaktów. Dziś jest tak, że gdy lekarz

rodzinny potrzebuje konsultacji, wystawia skierowanie, pacjent zapisuje się w kolejkę, czeka, a jeśli pochodzi z małego miasta, musi dojechać do większego ośrodka. Tymczasem w wielu wypadkach wizyta pacjenta nie jest konieczna. Można zadać pytanie mailem, zdalnie poprosić kardiologa np. o interpretację EKG, zasięgnąć rady w innych sprawach. Same zalety – nie trzeba fatygować pacjenta, nie tracimy czasu. W ogóle wychodzę z założenia, że każdy lekarz POZ powinien mieć swojego zaufanego kardiologa, a każdy kardiolog pracować w zespole z dziesięcioma czy nawet dwudziestoma lekarzami rodzinnymi. Takie zespoły to byłoby idealne rozwiązanie. Zwłaszcza że lekarzy rodzinnych jest zbyt mało, a trwalsze związki z konkretnym kardiologiem sprzyjałyby poprawie efektywności współpracy. To oczywiście wymaga stosownej gratyfikacji.

Czyli każdy lekarz POZ powinien mieć swojego kardiologa? Może być trudno. Brakuje przecież nie tylko lekarzy rodzinnych, lecz także kardiologów.

Brakuje kardiologów? Wcale tak nie uważam. Problemem jest jednak to, że skupiają się w dużych ośrodkach i nie ma ich w mniejszych.

A czy pan zdecydowałby się na dojeżdżanie raz czy kilka razy w tygodniu i przyjmowanie pacjentów np. w Sierpcu czy Łapach?

Dlaczegoż by nie? Mało tego. Gdybym zauważył, że udało się nawiązać współpracę z lekarzami POZ z okolicznych ośrodków, mógłbym rozważyć otwarcie na miejscu stałej praktyki. Sądzę, że wielu kardiologów chętnie by się na takie rozwiązanie skusiło.

Co zatem stoi na przeszkodzie powołaniu takich zespołów?

Jeśli nie wiadomo, o co chodzi, to pewnie chodzi o pieniądze. Cóż, rzeczywiście preferowaną przez NFZ formą rozliczania z kardiologami są klasyczne wizyty w gabinecie. To trochę nie nadąża za postępem np. w dziedzinie telemedycyny. Porady inne niż wizyty trudno rozliczyć. A warto rozważyć inne sposoby rozliczania. Sądzę, że spotkałoby się to z zainteresowaniem i lekarzy POZ, i kardiologów. A przede wszystkim służyłoby dobru pacjentów.

Rozmawiał Bartłomiej Leśniewski