

Teleporady lekarzy dla lekarzy

Pomysł, by podjąć temat właśnie teraz poddała dr Bogumiła Kempieńska-Mirośławska. Gdyby lekarze POZ mieli systemową możliwość konsultowania się z lekarzami specjalistami, przyczyniłoby się to nie tylko do skrócenia kolejek do specjalistów, ale też zmniejszyłoby liczbę skierowań do szpitali. Jak na ten pomysł zapatrują się lekarze?

Redakcja „Panaceum” zaprosiła do dyskusji lek. Lidię Klichowicz, lekarza medycyny rodzinnej, prof. dr. hab. Jerzego Krzysztofa Wranicza, kardiologa oraz dr n. med. Łukasza Jaska, neurologa oraz wiceprzewodniczącego ORL w Łodzi. Panel moderowała dr n. med. Patrycja Proc, przewodnicząca kolegium „Panaceum”, a spotkanie prowadziła Agnieszka Danowska-Tomczyk, redaktor naczelna pisma.

„Panaceum”: Jaki jest Państwa stosunek do teleporad? Środowisko jest w tej kwestii mocno podzielone.

prof. dr. hab. Jerzy Krzysztof Wranicz: - Mogę śmiało nazwać się entuzjastą tego rozwiązania. Nawet połowa wizyt moich pacjentów mogłaby się odbywać w formie teleporad i mam tu na myśli zarówno pacjentów dobrze mi znanych, jak i czasami pierwszorazowych. W formie teleporad można też skutecznie prowadzić pacjenta poszpitalnego. Od wielu lat jestem w Zarządzie Sekcji Elektrokardiologii Nieinwazyjnej i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, w swoich działaniach akcentujemy zasadność i potrzebę korzystania z usług telemedycznych. Prowadzone są tzw. telekonsultacje EKG. Na czym to polega? Są POZ-y, które mają podpisane umowy z poszczególnymi ośrodkami, które za pośrednictwem licencjonowanych platform, są w stanie opisać EKG i w krótkim czasie przelać wyniki do lekarza rodzinnego. Możliwości są olbrzymie.

Dr n.med. Łukasz Jasek: - Powinniśmy w ogóle zdefiniować czym jest teleporada. Bo rozmowa telefoniczna jest najmniej wydajną formą teleporady. Dla mnie kontakt telefoniczny jest niewystarczający. Ale skuteczny może być kontakt przez np. Skype, gdy widzę pacjenta. W przypadku pacjentów neurologicznych, stanąłbym na stanowisku, że pierwszorazowi pacjenci powinni przyjść na tradycyjną wizytę: w mojej pracy bardzo ważna jest obserwacja pacjenta, jego reakcje, język ciała. Są niuanse, których nie wychwycę przez kamerę internetową. Dlatego też, nawet w szczytowym momencie pandemii, pracowałem z pacjentami w gabinecie.

Niestety wiele poradni specjalistycznych czy poradni lekarzy rodzinnych w czasie pandemii było nieczynnych, niektóre są nadal lub pracują wyłącznie w trybie teleporad. Jak to wpływa na leczenie pacjentów?

J.K.W.: - Zauważyliśmy niepokojące zjawisko: nawet 40-50% pacjentów nie zgłasza się do specjalisty, nie stawia się w szpitalu, bo się boją zakażenia COVID-19. A przypomnijmy – wiele osób czeka po kilka miesięcy na przyjęcie do szpitala. Ryzyko powikłań – czy to kardiologicznych, czy jakichkolwiek innych, jest dużo większe niż ewentualne zakażenie koronawirusem. Komunikat ze strony lekarzy jest jednoznaczny: pacjenci powinni się zgłaszać. Zamknięcie poradni jest dla mnie niezrozumiałe. Obecnie przyjmuję około pięćdziesięciu pacjentów tygodniowo na wizytach tradycyjnych.

Ł.J.: Są specjalizacje, które fantastycznie funkcjonują w systemie teleporad, należy do nich psychiatria. Choć są lekarze, którzy nie zgadzają się na teleporady z pacjentami pierwszorazowymi.

W tym niespokojnym czasie można by usprawnić system poprzez konsultacje lekarzy POZ ze specjalistami. Czy to dobry pomysł?

1. K. W.: - My jako Klinika Elektrokardiologii Uniwersytetu Medycznego jesteśmy otwarci na taką współpracę i zgadzam się, że forma takich konsultacji powinna być usystematyzowana. Wówczas lekarze będą mogli regularnie korzystać z teleporad.

Lek. Lidia Klichowicz: - To jest znakomity pomysł! Już blisko dekadę temu taki projekt pilotażowo wdrożyło Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. System był finansowany z grantów norweskich. Konsultacje obejmowały neurologa, kardiologa, pulmonologa i psychiatrę. W 48 godzin można było uzyskać informację i rozwiązać wątpliwości. Zainteresowanie było tak duże, że specjaliści nie nadążali z odpowiedziami. Niestety czekało się nawet dwa tygodnie na odpowiedź, w końcu wyczerpały się fundusze i projekt zakończył się. Gdyby się udało wprowadzić takie konsultacje u kolegów specjalistów, byłoby wspaniale. Tylko system musiałby być oparty na szybkim kontakcie, łatwo dostępnej platformie i oczywiście odpowiednio finansowany.

Potrzebny byłby zapewne również zakres tych działań - jakie pytania można zadać, od jakiego momentu można zwracać się o poradę, itp.?

L.K.: - Ja bym nie ograniczała możliwości zadawania pytań. Pamiętajmy, że inne wątpliwości mają lekarze u progu swojej praktyki zawodowej, inne – doświadczeni medycy.

To może idźmy krok dalej i wprowadźmy konsultacje w obrębie jednej

specjalizacji?

L.K.: - Przy Kolegium Lekarzy Rodzinnych powstały grupy tutorskie: kręgi lekarzy rodzinnych, które powinny się spotykać, dyskutować, wymieniać doświadczeniami. Teoria sobie, praktyka sobie – jesteśmy tak zapracowani, że nie mamy kiedy się widywać. Być może moglibyśmy powrócić do tych spotkań w formule on-line?

Dr n.med. Łukasz Jasek: - Konsultacje ze specjalistami odbywałyby się zapewne w formie ogólnikowych zaleceń w danym przypadku. Podjęcie decyzji terapeutycznej czy diagnostycznej przez neurologa na podstawie maila od lekarza rodzinnego jest bardzo ryzykowne. Przebiegi kliniczne są różne i taki pacjent powinien być zbadany. Zgadzam się natomiast z Panem Profesorem, że dałoby się znacząco odciążyć system, wprowadzając grupy pacjentów: tych, których można leczyć zdalnie, tych, którzy powinni się pojawić na tradycyjnej wizycie. Choć stanowczo podkreślam, że teleporady nie powinny być jedyną formą kontaktu z lekarzem i chociaż raz do roku pacjenci przewlekle chorzy powinni stawiać się w gabinecie. I oczywiście teleporady sprawdzą się w przypadku medycyny zachowawczej, bo w medycynie zabiegowej nie można ograniczać kontaktu z pacjentem.

Jakie jeszcze zagrożenia widzą Państwo w tym pomysle?

Ł.K.: - Z pewnością oprogramowanie. To nie mógłby być „zwykły” Skype, Zoom czy Teams. Przekazujemy dane wrażliwe, obowiązuje RODO, więc musiałby to być system odpowiednio przygotowany do pracy lekarzy, a z drugiej strony łatwo dostępny dla wszystkich. Obserwowaliśmy prace nad systemem e-recept, jak to nieudolnie i powoli szło, jak system był niedoskonały. Obawiam się, że tu mogłoby być podobnie. Jednak jestem zdania, że powinniśmy apelować do Ministerstwa Zdrowia czy do NFZ o rozpoczęcie prac nad takim systemem. By lekarz rodzinny mógł się skonsultować ze specjalistą.

J.K.W.: - To muszą być platformy gwarantujące szyfrowanie informacji, umożliwiające przekazywanie danych wrażliwych.

L.K.: - Ja z kolei chciałabym zwrócić uwagę na formę tego kontaktu. Takie konsultacje to jest również nauka dla nas, byłabym wdzięczna nawet za odpowiedź ganiącą. Negatywna ocena mojego postępowania nie jest powodem do obrażania, a do wyciągania wniosków. Ale najgorsze są zdawkowe, kuriozalnie krótkie odpowiedzi. W opisie porady jest np. „Badanie przedmiotowe i badanie podmiotowe” i zalecenie jak stosować leki – to nie dodaje mi doświadczenia.

J.K.W.: - Zgadza się, konsultacja powinna być konkluzyjna. Odpowiedź jednosłowna jest

objawem braku szacunku.

Można powiedzieć, że pandemia dała nową perspektywę dla systemu ochrony zdrowia. Pojawiło się wiele wątków, które skłaniają do refleksji.

Ł. J.: Zupełnie niezrozumiałą decyzją Ministerstwa i NFZ było zamknięcie gabinetów dla pacjentów i nakaz teleporad. Przepis był tak nieprecyzyjnie sformułowany, że lekarze interpretowali go różnie. Potem rakiem się z tego wycofano, ale nie dając żadnych wytycznych, ani żadnego wsparcia dla pracujących lekarzy. My z panem profesorem pracujemy w sąsiednich szpitalach: CKD ma zupełnie inne procedury na izbie przyjęć niż „Barlicki”. Ona są wystarczające w kwestii zabezpieczenia pacjentów i personelu, ale różnią się, nie ma złotego standardu. I tu znów możemy wrócić do tematu teleporad lekarzy do lekarzy: im lepiej dopracujemy ten pomysł, podamy konkrety, szczegóły tego systemu, tym sprawniej będzie on działał.

L.K.: Ja te przepisy odebrałam jako silne zalecenie ograniczenia niepotrzebnych wizyt pacjentów. I sami pacjenci drastycznie zmniejszyli frekwencję w przychodni. W moim gabinecie każda wizyta jest poprzedzona konsultacją. Na etapie umawiania telefonicznego pacjenta, pielęgniarka-rejestratorka jest w stanie określić czy wystarczająca będzie teleporada, czy konieczna będzie wizyta osobista. Ja również cały czas przyjmowałam pacjentów stacjonarnie. W najgorętszym okresie pandemii, pacjenci nawet nieco nadużywali teleporad i uznawali, że wszystko są w stanie „załatwić” przez telefon, również wielokrotnie przedłużające się L4. Musiałam wręcz namawiać, by pacjent pojawił się osobiście. To ambiwalentne uczucie, bo przy mojej działalności, czyli gabinecie, w którym jestem jedynym lekarzem, ewentualne objęcie kwarantanną mnie i mojego personelu, de facto zamyka mi firmę na kilka tygodni. Być może po takich 2-3 tygodniach nie miałabym do czego wracać, musiałabym odbudowywać bazę pacjentów.

Ł.J.: Rozumiem postawę lekarzy rodzinnych, którzy zrezygnowali z wizyt stacjonarnych. Szczególnie, że nie było żadnych narzędzi, ani systemu wsparcia w walce z pandemią. Szpitale były zabezpieczone w PPE, lekarze rodinni - nie. Natomiast jest odium społeczne, szczególnie w zakresie lekarzy rodzinnych. Pacjenci są wściekli, że nie mogą dostać się do lekarza. Sami chodzą do pracy, sklepy są otwarte, tramwaje jeżdżą, dzieci chodzą do przedszkola, a lekarze nie pracują. Ten stan rzeczy wynika też z niezrozumienia specyfiki pracy lekarzy.

Wracając do tego, co zmieniła pandemia, a konkretniej, czego niestety nie zmieniła: nie wzrósł zdrowy rozsądek pacjentów kierujących się do poradni specjalistycznych. Nie zmieniło się odczucie potrzeb medycznych: wciąż są pacjenci, którzy swój problem mogliby rozwiązać u lekarza rodzinnego, nawet telewizytą.

J.K.W.: - Teleporady zmniejszyły z kolei liczbę pacjentów, którzy potrzebowali głównie tylko porozmawiać z lekarzem...

Jak wygląda współpraca środowiska kardiologicznego z POZ?

J.K.W.: - Nie wyobrażam sobie, by tej współpracy nie było. Jestem pełen uznania dla lekarzy rodzinnych za ich globalne spojrzenie na pacjenta. Nie ma możliwości ani potrzeby, by wszyscy pacjenci po przebytych zabiegach, po opuszczeniu szpitala byli prowadzeni przez specjalistyczne poradnię. Nawet 70% moich pacjentów mogłoby z powodzeniem być prowadzonym przez lekarza POZ, z jasnym przesłaniem od specjalisty, co do zakresu leczenia, prowadzenia i co do momentu, w którym pacjent powinien wrócić do specjalisty. Nie wyobrażam sobie kardiologii w wydaniu szpitalnym i ambulatoryjnym bez wsparcia medycyny rodzinnej.

W ramach współpracy z lekarzami POZ widzę również wielką potrzebę edukacji. Od wielu lat we współpracy z Kolegium Lekarzy Rodzinnych organizuję konferencję „W sercu Łodzi” i jest to jedna z dróg edukacji i integracji środowiska. Teraz włączyłem się w projekt platformy VOD z wykładami specjalistów ze wszystkich dziedzin, której patronuje nasza OIL. Lekarz POZ może wybrać tematykę, która go interesuje i obejrzeć ją w dogodnym dla siebie czasie. Konferencje on-line czy webinaria są świetne, ale nie zawsze można się podłączyć na żywo ze względu na obowiązki służbowe.

Ja również podkreślam swoje stanowisko: lekarze POZ powinni mieć systemową możliwość konsultowania się ze specjalistami.

A pacjenci nie będą oponować? Że lekarz POZ nie pokieruje do specjalisty, tylko sam się skonsultuje?

L.K. – To prawda, jest tradycja i przekonanie społeczne, że nadciśnienie leczy się u kardiologa, a jak boli kręgosłup – idzie się do neurologa. Pacjenci wypraszają te skierowania! Ale bardzo często jest tak, że jak już się po tych kilku miesiącach dostaną do specjalisty, to wracają i przyznają, że moje leczenie było prawidłowe. Oczywiście są badania, których ja zlecić nie mogę, ale wiele przypadków może być prowadzonych w POZ w porozumieniu z okresową konsultacją specjalistyczną. Ja mogę przyjąć te 70% pacjentów, o których wspomniał Pan Profesor. Wówczas kolejki do specjalistów skrócą się i to wyraźnie.

Ł.J.: - System lekarzy rodzinnych miał być zbliżony do systemu brytyjskiego. Ale tak jak powiedziała Lidia, jest opór pacjentów. Tłumaczenie nie spotyka się ze zrozumieniem. Lekarze POZ nie mają też wsparcia ze strony NFZ, często wydają skierowania do specjalisty, bo jest taka presja społeczna. System, w którym specjalista wydaje

zaświadczenie dla lekarza POZ, by ten mógł wypisywać leki refundowane pacjentowi, też deprecjonuje wiedzę i doświadczenie lekarzy rodzinnych. Przecież sami mogliby takie leki zaordynować!

J.K.W.: - Relacje lekarz-lekarz są dalekie od moich oczekiwań. Kiedyś szanowaliśmy się bardziej. Teraz nie brakuje podejścia lekceważącego do opinii kolegów medyków. To trzeba zmieniać. Trzeba wyrabiać w pacjentach poczucie, że lekarz medycyny rodzinnej jest takim samym specjalistą jak każdy z nas. Jeśli specjalista dzieli się negatywnymi opiniami z pacjentem na temat innego lekarza, to jest bardzo źle. Można mieć inną opinię, natomiast nie wolno w żaden sposób lekceważyć środowiskowych relacji. Pacjent widzi, czy my podchodzimy z szacunkiem do kolegi lekarza.

Ł.J.: - Miło, że się zgadzamy, zastanówmy się co dalej. Ze swojej strony, jako wiceprezes ORL, deklaruje działania z ramienia prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi. Będę namawiał kolegów by stworzyć stanowisko w tej sprawie i przekazać je do Ministerstwa Zdrowia i NFZ, by rozpoczęły się prace nad taką platformą. Jest to właściwy kierunek.

Dziękujemy Państwu za rozmowę.

Wyimek:

prof. J.K. Wranicz: Nie ma możliwości ani potrzeby, by wszyscy pacjenci po przebytych zabiegach, po opuszczeniu szpitala byli prowadzeni przez specjalistyczne poradnię. Nawet 70% moich pacjentów mogłoby z powodzeniem być prowadzonym przez lekarza POZ