

# Szkolenie dla lekarzy rodzinnych w zakresie reumatologii

## *Family doctor training in rheumatology*

**Małgorzata Happach**

Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

**Key words:** rheumatology, family medicine, postgraduate training.

**Słowa kluczowe:** reumatologia, medycyna rodzinna, szkolenie podyplomowe.

### Streszczenie

W artykule przedstawiono problemy, znane w całej Europie, dotyczące podyplomowego szkolenia lekarzy rodzinnych w dziedzinie reumatologii. Co ósmy pacjent lekarza rodzinnego zgłasza dolegliwości ze strony układu ruchu. Jest to wyzwanie dla wiedzy i umiejętności lekarza rodzinnego oraz szczególnej postawy, która uczy organizowania opieki nad przewlekle chorym – pacjentem reumatycznym.

Kształcenie ustawiczne lekarza rodzinnego musi być dostosowane do kompetencji, jakie posiada. Dzięki wiedzy łatwo dostępnej i uaktualnianej, lekarz rodzinny musi znać zasady postępowania w przypadku najczęstszych chorób reumatycznych, a także wiedzieć, kiedy szukać pomocy u specjalisty.

Każde nauczanie medycyny, w tym reumatologii, musi być ściśle powiązane z bazą epidemiologiczną swojego kraju i włączone w jego problemy [1]. Choroby reumatyczne stanowią problem społeczny. Decyduje o tym ich częste występowanie i przewlekłość procesu chorobowego, zagrożenie niepełnosprawnością, a także generowane znaczące koszty ekonomiczne.

Co 8. pacjent lekarza rodzinnego zgłasza dolegliwości ze strony układu ruchu. Dobra znajomość reumatologii jest więc ważna dla lekarzy rodzinnych. Najczęstszą przyczyną skarg pacjentów u lekarza rodzinnego jest reumatyzm tkanek miękkich, zespoły bólowe związane z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa i stawów obwodowych, a także osteoporoza.

Reumatologia jest specjalizacją wielopłaszczyznową o bogatej symptomatologii, a pacjenci z chorobami reu-

### Summary

The article presents problems, common for all European countries regarding rheumatological postgraduate education of primary care physicians. Every eighth patient of the family physician declares rheumatological problems, which demands knowledge, skills and special attitude.

Continuing education of the General Practitioner must be relevant to his professional competence. He needs to acquire and update the knowledge to manage common rheumatic diseases and to learn when to ask for help. He should know how to deal with chronic patients.

matycznymi są pacjentami lekarzy wielu innych specjalności poza reumatologią. Wystarczy wspomnieć o tzw. „maskach nowotworowych”, gdy objawy kliniczne, typowe dla którejś z chorób reumatycznych są oznaką procesu nowotworowego. Nie można zapominać, że w grupie 2000 pacjentów, którzy pozostają pod opieką lekarza rodzinnego, co najmniej 20 osób (1%) choruje na zapalne układowe choroby tkanki łącznej. Wśród nich są chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów i zespół Sjögrena (zespół suchości) – choroby, zaliczane do najczęstszych zapalnych chorób reumatycznych. W grupie tej lekarz rodzinny ma styczność z chorymi na spondyloartropatie zapalne, do których należy zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa ma opinię zapalnej choroby reumatycznej rozpoznawanej z największym opóźnieniem.

---

### Adres do korespondencji:

lek. Małgorzata Happach, Zakład Epidemiologii Chorób Reumatycznych, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa

W Instytucie Reumatologii w Warszawie, w którym od kilkudziesięciu lat szkoli się i egzaminuje specjalistów reumatologii dla całej Polski, uwzględniano w rocznym programie dydaktycznym kursy dla innych, poza reumatologami, specjalistów. Prowadzono też kursy z reumatologii dla lekarzy leczenia otwartego (lekarzy ogólnych i internistów). Szkolenie lekarzy rodzinnych w dziedzinie reumatologii obejmuje od 10 do 15 godz. zajęć w programie studiów na wydziale lekarskim AM oraz 25 godz. w programie specjalizacji z medycyny rodzinnej.

Od kilku lat, po utworzeniu specjalizacji medycyny rodzinnej, Instytut Reumatologii we współpracy z Zakładem i Katedrą Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Warszawie, organizuje 2-dniowy kurs dla lekarzy rodzinnych, a od 2007 r. planuje dwa kursy w roku o uzupełniającej się tematyce. Projektuje się też 6-tygodniowy cykl szkolenia z częstotliwością jednego dnia w tygodniu. Przy tworzeniu programów szkoleń podkreśla się zasady profilaktyki (jeśli istnieją), uczy rozpoznawania i leczenia, a także epidemiologii najbardziej rozpowszechnionych schorzeń reumatycznych, jednocześnie pamiętając o decyzjach, jakie musi podejmować lekarz rodzinny [2].

Tematy wykładów na kursach dla lekarzy rodzinnych organizowanych w Instytucie Reumatologii stanowią odbicie założeń programowych.

#### **Choroby będące domeną reumatologii:**

- Choroba zwyrodnieniowa stawów
- Reumatoidalne zapalenie stawów
- Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
- Reaktywne zapalenie stawów
- Toczeń rumieniowaty układowy – choroba młodych kobiet
- Dna – rozpoznawanie i leczenie
- Reumatyzm tkanek miękkich – wybrane zespoły
- Zapalenie skórno-mięśniowe

#### **Potencjalne problemy kliniczne:**

- Bóle krzyża
- Zapalenie naczyń – kiedy należy je podejrzewać?
- Przyczyny bólów spondylogennych u dzieci
- Bóle stawów u dzieci – kto ma leczyć: ortopeda czy reumatolog?
- Zespół bolesnego barku – praktyczne zasady postępowania
- Maski nowotworowe w chorobach reumatycznych
- Osteoporoza posteroidea

#### **Doświadczenie specjalisty reumatologa:**

- Metodyka badania układu ruchu
- Specyfika rehabilitacji w chorobach reumatycznych
- Wskazania do kontroli reumatologicznej w praktyce lekarza rodzinnego

- Pacjent partnerem lekarza w chorobach przewlekłych
- Balneoterapia chorób reumatycznych – polskie sanatoria
- Diagnostyka i terapia – współpraca z lekarzem rodzinnym

Po pierwszym z serii kursów, przeprowadzono ocenę szkolenia w Instytucie Reumatologii wg anonimowej ankiety, skierowanej do słuchaczy.

Wśród uzyskanych opinii pozytywnych, powtarzały się następujące stwierdzenia:

- ciekawy dobór tematów,
- bardzo dobra organizacja,
- dobra prezentacja przypadków klinicznych – **za najbardziej przydatny wykład uznano prezentację badania reumatologicznego z udziałem pacjenta,**
- również bardzo ciekawe były wykłady o zapaleniu naczyń i diagnostyce chorób reumatycznych,
- zakres materiału oceniano jako wystarczający i przydatny,
- na kursie przypomniano, że istnieją układowe choroby tkanki łącznej,
- spełnione zapotrzebowanie na kształcenie w zakresie reumatologii zostało ujęte jako uzyskana *nowa wiedza dla starego praktyka*

#### **Wybrane opinie krytyczne:**

- zbyt szeroko omawiane układowe choroby tkanki łącznej, zbyt szczegółowe omawianie patogenezы chorób oraz występujących przeciwciał, których oznaczenie jest mało dostępne dla lekarza rodzinnego,
- za mało wiadomości dotyczących leczenia i monitorowania leczenia (np. jak rozpoznać zaostrzenie procesu chorobowego?), wskazań do konsultacji specjalistycznych i hospitalizacji,
- brak analizy realnych możliwości diagnostycznych w poz,
- zbyt mało przypadków klinicznych,
- za krótki czas kursu,
- wskazane szersze omawianie obrazu klinicznego wstępnych okresów choroby.

W ocenie techniki wykładów wysoką rangę uzyskała organizacja szkoleń. Słuchacze sugerowali jednocześnie zaprogramowanie jednej dużej przerwy, wydłużenia kursu o 2 dni, uzupełnienie kursu warsztatami i lepszą organizację czasu wykładu przez niektórych wykładowców (skrócenie wstępu na korzyść szerszego przedstawienia wniosków terapeutycznych). Anonimowa ewaluacja kursu, dokonywana przez jego słuchaczy, jest niezwykle ważna dla wykładowców, którzy muszą stawić czoła wymaganiom słuchacza [3].

Lekarz rodzinny, jak każdy lekarz żądny wiedzy, ma jednak mniej czasu na dogłębne studiowanie reumatologii niż przyszły specjalista reumatolog. Wiedza, jakiej potrzebuje, różni się więc od wiedzy wymaganej od specjalisty reumatologa. Ewaluacja kursów, przeprowadzana wśród słuchaczy, potwierdza przypuszczenia organizatorów, że lekarze rodzinni oczekują wiadomości praktycznych (w tym nauki badania reumatologicznego), przekazywanych jasno, ale zwięźle, dostosowanych do możliwości i potrzeb gabinetu lekarza rodzinnego.

W celu porównania rozwiązania podobnych problemów w innych krajach europejskich posłużymy się badaniem empirycznym przeprowadzonym w Holandii [4]. Badania holenderskie przedstawiają następujące korzyści ze szkoleń, wyliczane przez uczestników kursów dla lekarzy rodzinnych:

- pogłębienie wiedzy na temat rozpoznawania chorób i możliwości leczniczych,
- nawiązanie znajomości z reumatologami i poznanie ich osobistych opinii,
- nauka lepszej interpretacji badań dodatkowych,
- nauka kontroli leczenia poprzez krytyczny przegląd metod prowadzenia pacjentów.

Analiza współpracy holenderskich reumatologów i lekarzy rodzinnych doprowadziła do następujących wniosków:

- 1) główną przyczyną kierowania na konsultację do reumatologa była raczej niepewność dotycząca diagnozy niż brak możliwości leczniczych,
- 2) występują znaczne różnice w liczbie badań dodatkowych, zlecanych w celach diagnostycznych oraz trafności rozpoznań:
  - lekarze rodzinni zlecieli 2 razy więcej badań w kierunku obecności czynnika reumatoidalnego u pacjentów z guzkami Heberdena niż reumatolodzy,
  - u pacjenta z ostrym zapaleniem stawu kolanowego 41% lekarzy rodzinnych rozpoznało nieprawidłowo gorączkę reumatyczną (wszyscy reumatolodzy postawili prawidłową diagnozę),
  - tylko 5% lekarzy rodzinnych rozpoznało prawidłowo pseudodnę u starszego mężczyzny z zapaleniem stawu nadgarstka (wszyscy reumatolodzy prawidłowo),
  - bóle krzyża u młodego człowieka i zespół przypominający fibromialgię u kobiety ocenili podobnie reumatolodzy i lekarze rodzinni.

Holenderscy lekarze rodzinni i reumatolodzy, pytani o opinię, które z chorób reumatycznych powinien leczyć lekarz rodzinny, a które reumatolog, odpowiadali zgodnie, że lekarz rodzinny powinien leczyć reumatyzm tkanek miękkich, np. zespół bolesnego barku, łokieć tenisisty, przewlekły zespół bólowy kręgosłupa oraz choro-

bę zwyrodnieniową stawów, a specjalista reumatolog powinien leczyć toczeń rumieniowaty układowy oraz reumatoidalne zapalenie stawów; 50% lekarzy rodzinnych i mniej niż 10% reumatologów przychyliło się do opinii, że diagnostyka bólów stawowych i izolowanego zapalenia stawu kolanowego powinna być domeną lekarzy rodzinnych; 90% lekarzy rodzinnych i tylko 20% reumatologów uważało, że leczenie dny leży w kompetencjach lekarza rodzinnego.

Powszechnie uznaje się, że programy kształcenia lekarzy powinny obejmować: wiedzę, umiejętności, ale także rozwijanie postawy [5].

Lekarz rodzinny musi posiadać aktualną wiedzę na temat rozpoznania i leczenia najczęstszych chorób reumatycznych. Szkoleni lekarze podkreślali znaczenie umiejętności rozpoznawania wczesnego stadium zapalnych układowych chorób tkanki łącznej, gdyż obraz zaawansowanej choroby nie sprawia większych kłopotów diagnostycznych. W leczeniu przewlekłym zapalnych chorób reumatycznych istotna jest też umiejętność rozpoznania zaostrzenia procesu chorobowego.

**Wiedza reumatologiczna** lekarza rodzinnego umożliwia podejmowanie dobrych decyzji (szybsze diagnozowanie, prawidłowe kierowanie chorym i jego leczeniem), zaniechanie wykonywania niepotrzebnych badań, np. radiologicznych (korzyść ekonomiczna), twórczą współpracę z reumatologiem i innymi specjalistami, a także satysfakcję intelektualną, która jest jednym z istotnych bodźców w kształceniu.

Do **umiejętności**, które powinny służyć lekarzowi rodzinnemu należy badanie reumatologiczne, podmiotowe i przedmiotowe oraz umiejętność podejścia zespołowego w leczeniu. Podejście zespołowe polega na współpracy wielu specjalistów i/lub umiejętności tworzenia zespołów leczniczych. W skład zespołu leczniczego wchodzi osoba z różnymi profesjami medycznymi. Lekarze przez dziesiątki lat byli szkoleni dla potrzeb szpitali. To właśnie tak szkoleni interniści byli następnie lekarzami rodzinnymi (rejonowymi) [6]. Podejście zespołowe w leczeniu ambulatoryjnym jest trochę inne – związane z większymi kłopotami organizacyjnymi niż w szpitalu. Pozwala ono jednak zrozumieć stronę psychosocjalną chorób reumatycznych. W mniejszym stopniu chodzi tu o ratowanie zagrożonego życia, a bardziej o energiczne zapobieganie niepełnosprawności i powolnemu, ale często podstępemu pogarszaniu się zdrowia [7].

Najwięcej uwagi w istniejących programach kształcenia poświęca się wiedzy i umiejętnościom lekarza. **Na rozwijanie postawy brakuje czasu.** Tymczasem profesjonalna postawa lekarza ujawnia się:

- w kontaktach lekarza z pacjentem [8],
- w kontaktach lekarza z kolegą – lekarzem,

- w czerpaniu przyjemności z ciągłej nauki i doskonalenia w zawodzie,
- w pasji naukowej.

Do rozwiązania problemów, z którymi boryka się chory reumatyczny, nieodzowna jest odpowiednia postawa lekarza, wynikająca z wiedzy o specyfice leczenia chorych przewlekłych (pacjent staje się partnerem lekarza). Podstawową radą dla lekarzy, którzy mają do czynienia z chorym reumatycznym, jest zalecenie, by nie przyczyniać się do lęku pacjenta przed ewentualnymi konsekwencjami choroby, a tym samym nie odbierać mu nadziei, tak ważnej w walce o sprawność.

Dobry kontakt specjalisty z lekarzem rodzinnym jest niezwykle ważny w leczeniu pacjenta reumatycznego, chorującego przewlekłe. Lekarz rodzinny nie może poskąpić w swoim skierowaniu do specjalisty wyczerpujących informacji o stanie zdrowia pacjenta czy też wiedzy o dolegliwościach, nawet o tych, które pozornie nie mają znaczenia.

Tradycja lekarza rodzinnego w Polsce powojennej jest dość krótka. Bariery administracyjne dzielą skutecznie specjalności i poziomy hierarchii. Dla dobra chorego należy je usuwać. Lekarz rodzinny, który realizuje interes zdrowotny pacjenta, musi posiadać praktyczną wiedzę reumatologiczną. Powinien więc mieć istotny wpływ na szkolenie, a nawet na jego metody. Szkolenie lekarzy rodzinnych jest wyzwaniem dla medycyny akademickiej, która musi zmienić styl edukacji, zgodnie z zapotrzebowaniem lecznictwa otwartego.

Reumatologia jest powiązana z medycyną rodzinną, interną, ortopedią, rehabilitacją, neurologią, okulistyką, onkologią, patofizjologią. Uczy przede wszystkim leczenia przewlekłe chorych.

**Reumatologia uczy tego, za czym tęsknią pacjenci: powiązania medycyny, będącej atakiem biotechnologii, z tradycyjną, nasyconą troską i wsparciem, postawą lekarza.**

#### Piśmiennictwo

1. Woolf A. Specialist training in Europe. Rheumatology in Europe 1995; (suppl. 2): 114-5.
2. Herrick AL, Silman AJ. Manchester experience in establishing a part-time course in rheumatology. Br J Rheumatol 1998; 37: 1020-2.
3. Davis P. Physicians: our greatest potential resource for continuing medical education. J Rheumatol 1997; 24: 1670-2.
4. Bernelot Poems HJ. Postgraduate rheumatology training for general practitioners in the Netherlands: experience from a consultation – group project. Rheumatology in Europe 1995; (suppl. 2): 117-9.
5. Rasker J. Attitude education in rheumatology. J Rheumatol Suppl 1999; 55: 41-2.
6. Hebanowski M. Realia i perspektywy kształcenia lekarzy rodzinnych w Polsce. Medycyna po Dyplomie 1993; 1: 16-8.
7. Grygielska J. Zrozumieć chorego – warunek powodzenia procesu leczenia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2006; 10: 18-9.
8. Moskalewicz B, Grygielska J, Świerkocka K. Partnerska współpraca w walce z chorobami reumatycznymi. Zdrowie Publiczne 2006; 116: 206-9.