

20 LAT

KOLEGIUM LEKARZY RODZINNYCH W POLSCE
- rok założenia 1992

MEDYCYNY RODZINNEJ W POLSCE

Czwartek | 24 MAJA 2012

Dodatek specjalny

Lekarz rodzinny – niełatwa specjalizacja

ROZMOWA | Dr hab. med. Adam Windak, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej



Mija 20 lat funkcjonowania medycyny rodzinnej w Polsce, jako jednego z elementów podstawowej opieki zdrowotnej. Jakie były początki tworzenia tej struktury?

Faktycznie można przyjąć, że świętujemy 20-lecie istnienia tej specjalizacji w Polsce. Bo tak naprawdę trudno powiedzieć, co było jej początkiem. Zrodziła się w nurcie przemian społeczno-gospodarczo-politycznych na początku lat 90. Wówczas stało się jasne, że system ochrony zdrowia, który był bardzo niewydolny w tamtych czasach – czego wiele osób dziś już nie pamięta, a wielu ma resentymenty – trzeba zmienić. Podstawowa opieka zdrowotna nie spełniała oczekiwanych zadań. A dla nowoczesnego systemu zdrowia podstawowa opieka zdrowotna jest jego najważniejszą częścią. Jeżeli kuleje, to cały system nie działa dobrze. To trochę tak jak dom, który stoi na marnych fundamentach. Nie nadaje się za bardzo do mieszkania. A POZ w tamtych czasach opierała się na rozwiązaniach radzieckich, był to tzw. model Siemaszki (od nazwiska radzieckiego komisarza odpowiedzialnego za sprawę zdrowia), szeroko opisany w literaturze. Polegało to na tym, że pacjenci mieli krążyć pomiędzy specjalistami różnych dziedzin. Chory miał sam wiedzieć, że jak go boli gardło, to idzie do laryngologa, a jak kostka, to do ortopedy. W praktyce nie mogło się to sprawdzić i tym bardziej dobrze funkcjonować. Efekt był taki, że działo się to ze szkodą dla pacjenta i dla systemu ochrony zdrowia. Ten nie był w stanie udźwignąć tak absurdalnych rozwiązań.

Zatem zaczęło się od potrzeby stworzenia czegoś nowego?

Tak. Naturalne było, że rozpoczęły się prace nad reformowaniem systemu i za radą światowych ekspertów

rozpoczęto właśnie od POZ. Za jedno z najważniejszych rozwiązań uznano potrzebę wprowadzenia nowego typu lekarza, tj. takiego, który nie będzie specjalistą od wybranego fragmentu ciała, narządu, układu, a będzie specjalistą od człowieka. Pacjenta, którego od czasu do czasu boli gardło, czasem ma nadciśnienie, a czasem coś mu źle w duszy gra i nie wie, czy jest chory i czy już potrzebuje zasięgnąć fachowej porady. Nie była to nowinka. To był sprawdzony system, który działał i działa na całym świecie. Lekarz rodzinny jest obecny wszędzie tam, gdzie system ochrony zdrowia jest skuteczny. Do najbardziej efektywnych w tej dziedzinie należą Holandia, Dania, Kanada, Wielka Brytania czy kraje skandynawskie. W tych krajach system dobrze rozwiązuje problemy zdrowotne obywateli. Tam wyłącznym świadczeniodawcą w POZ jest właśnie lekarz rodzinny. Wzorując się na zagranicznych rozwiązaniach 20 lat temu podjęto zadanie tworzenia modelu medycyny rodzinnej w Polsce. Było to oczywiście rozłożone w czasie, długo trwało i niekiedy bolało. A bywa, że dalej boli.

Kiedy nastąpił przełom?

Punktem przełomowym było stworzenie w Polsce możliwości kształcenia w medycynie rodzinnej tym, którzy kończyli studia medyczne i chcieli od razu wybierać taką ścieżkę zawodową. Jednocześnie medycyna rodzinna była pierwszą specjalizacją w Polsce, która rozpoczęła szkolenie w ramach rezydentur. Po takim wypróbowaniu i sprawdzeniu się na żywym organizmie medycyny rodzinnej, inne specjalności w kolejnych latach również zaczęły wdrażać rezydentury.

Czy jest duże zainteresowanie taką specjalizacją, ilu jest dziś lekarzy rodzinnych?

W bazie danych Naczelnej Rady Lekarskiej jest prawie 10 tys. aktywnych zawodowo lekarzy tej specjalizacji. Nie oznacza to, że wszyscy pracują w podstawowej opiece zdrowotnej. Część z nich pełni funkcje menedżerskie, jak i spełnia się w innych obszarach np. naukowych, dydaktycznych. Według mojej oceny w pracy bezpośrednio z pacjentem zaangażowanych jest około 9 tys. Można by zapytać, czy to dużo, czy mało w relacji się do ogółu lekarzy w POZ. Tu mowa jest o około 24 tys.

lekarzy. Można więc powiedzieć, że ponad 40 proc. medyków POZ to lekarze rodzinni. Pozostali to głównie internści i pediatrzy. Nie można stwierdzić, żeby młodzi lekarze tłumnie garmeli się na medycynę rodzinną. Nie jest to łatwa specjalizacja, choć nie trwa tak długo, bo cztery lata. Wymaga jednak szerokiego kształcenia zarówno w złożonych obszarach klinicznych, jak i pozaklinicznych, tak bardzo istotnych w pracy lekarza rodzinnego. Chodzi m.in. o umiejętności z zakresu psychologii, socjologii, komunikacji interpersonalnej. Jednak nie to jest istotną barierą powodującą, że wciąż niewielu młodych lekarzy decyduje się na specjalizację lekarza rodzinnego.

Zatem co ich zniechęca?

Myszę, że może ich przerażać dalsza kariera w zawodzie lekarza rodzinnego. Bardzo trudno jest wystartować. Być może jest dużo miejsca dla takich lekarzy, którzy mogliby być zatrudnieni u kogoś na umowę o pracę. Ale od dawna promujemy model, w którym lekarz rodzinny powinien być niezależnym praktykiem medycznym. Są dowody na to, że taka praktyka jest wówczas lepsza i skuteczniejsza, m.in. dlatego, że lekarze bardziej dbają o własny warsztat pracy. Bardzo duże i niezwykle złożone są też oczekiwania systemowe. Dlatego młodzi koledzy podchodzą do tego z dużą rezerwą i nieśmiałością.

Jest coś jeszcze, co utrudnia zostanie lekarzem rodzinnym?

Niedostatek miejsc szkoleniowych, rezydenckich. Z tym bywa różnie, w zależności od naborów. W ostatnim, z wiosny tego roku, było niezwykle mało miejsc rezydenckich. Jako dyscyplina jesteśmy przygotowani do kształcenia dużej liczby lekarzy, mamy kadry. Natomiast powinny jeszcze zaistnieć warunki zewnętrzne – finansowe – żeby ci lekarze mogli się kształcić.

A jak się już wykształca, to wyjeżdżają z Polski. Czy tendencja taka się utrzymuje?

Niestety tak. Może dziś już nieco mniej masowo, a był okres, kiedy wyjeżdżało bardzo wielu. Zaczęło się od Szwecji, a potem, kiedy dyrektury o swobodnym przepływie kadr zaczęły obowiązywać, wyjeżdżali do Wielkiej Brytanii, Irlandii. Osobiście znam kilkudziesięciu takich lekarzy, którzy wyjechali i prawie nikt z nich

nie wrócił. Teraz nie ma już takiej fali, bo pewnie i tam kryzys daje się odczuć, ale zjawisko wciąż ma miejsce. Ci, którzy pojechali, to najbardziej przedsiębiorczy, zdolni. A lekarze, którzy wyjechali kilkanaście lat temu, mieli szanse odgrywać w Polsce rolę liderów tworzenia tej dyscypliny.

Jest recepta, by lekarze rodzinni nie emigrowali? Co ich może zatrzymać w kraju?

Zjawisko to będzie mieć miejsce tak długo, aż stworzymy lekarzom przyjazne warunki wykonywania praktyki. Nie mam tu na myśli wyłącznie wynagrodzenia, bo zdaję sobie sprawę z tego, że jeszcze długo nie będziemy w stanie płacić lekarzom tak, jak się płaci np. w Wielkiej Brytanii. Tam zarobki są niemal 10-krotnie wyższe niż polskiego lekarza. Można jednak wprowadzić rozwiązania, które spowodują, że założenie nowej praktyki nie będzie heroicznym wysiłkiem całej rodziny. Przede wszystkim potrzebne jest bardziej elastyczne podejście w zakresie kontraktu. Trudno oczekiwać, że lekarz, który będzie miał 50 pacjentów na początek, będzie w stanie trzymać otwartą praktykę przez 50 godzin w tygodniu, zatrudniać personel i wynajmować lokal. A takie są oczekiwania i są one takie same dla kogoś, kto zaczyna praktykę, jak i tego, który ma 3 tys. pacjentów i leczy od 20 lat. Można np. wzorem naszych południowych sąsiadów Czechów uzależnić czas funkcjonowania praktyki od liczby pacjentów objętych opieką. Warto pewnie też pomyśleć o przyjaznych rozwiązaniach finansowych, np. specjalnej formie kredytu na otwieranie praktyk. Na pewno trzeba też zadbać o budowę pozytywnego wizerunku lekarzy rodzinnych.

A z tym bywa chyba różnie zarówno wśród kolegów po fachu, jak i potencjalnych pacjentów?

Wzorców pozytywnych nie brakuje i trzeba je pokazywać. Są dowody – wyniki badań, rozprawy doktorskie – pokazujące, jak pacjenci oceniają swoich lekarzy rodzinnych. I oni oceniają ich dobrze i niemal zawsze lepiej niż opiekę innych specjalistów. Ale dziś, dopiero co drugi mieszkaniec Polski ma swojego lekarza rodzinnego. A co drugi wciąż jest pod opieką internisty lub pediatry. Należy też kłaść większy

nacisk na doinformowanie ludzi, że lekarze rodzinni są lepiej przygotowani do pracy w POZ od specjalistów innych dziedzin. Z różnych względów takie informacje trudno przedostają się do opinii publicznej. Często jest to zasługa „złych języków”, także w środowisku. Na budowę pozytywnego wizerunku składa się też wyposażenie tych lekarzy w odpowiednie narzędzia, kompetencje oraz stworzenie motywacji, by mogli w tym systemie odgrywać większą rolę. Teraz jest tak, że zarówno po stronie POZ, jak i na wyższych piętrach systemu, nie ma dużego zainteresowania, aby jak najwięcej problemów zdrowotnych rozwiązać właśnie w POZ. Wręcz bywa odwrotnie. Szpitale i ambulatoria specjalistyczne mają interes w przyciągnięciu do siebie jak największej liczby pacjentów i to wcale nie tych najbardziej chorych. Często też lekarze rodzinni spotykają się z presją ze strony samego pacjenta, który chce iść do specjalisty, bo wydaje mu się, że tam dostanie lepszą opiekę. Dzisiaj nie jest trudno takiej presji ulec. A lekarze rodzinni mogliby świadczyć równie duże i dobre spektrum świadczeń. Do tego należy jednak stworzyć odpowiednie warunki organizacyjne, prawne i finansowe.

Ideal podstawowej opieki zdrowotnej istnieje?

Marzy mi się taki system POZ, jaki obserwowałem już kilkanaście lat temu w Holandii. Tam lekarze rodzinni, pracując z reguły w warunkach niewielkiej, ale dobrze wyposażonej praktyki, są w stanie rozwiązać znakomitą większość problemów pacjenta. Konsultacja specjalistyczna należy do rzadkości, ale gdy już do niej dochodzi, lekarze komunikują się pomiędzy sobą za pomocą listu, a dzisiaj pewnie e-maila. W ten sposób wymieniają informację na temat pacjenta, jego problemów i leczenia. To ułatwia pracę zarówno specjalistom, jak i potem lekarzowi rodzinnemu, do którego pacjent wraca. Nie potrzebne są do tego rozwiązania techniczne czy prawne. Wystarczy, aby wytworzyła się kultura współpracy i współdziałania pomiędzy lekarzami. Jestem przekonany, że taka relacja już funkcjonuje w wielu miejscach w Polsce, ale byłoby dobrze, gdyby stało się to standardem, któremu sprzyjałyby rozwiązania systemowe.

—rozmawiała Kamila Gębska

Najważniejsze są kompetencje

ROZMOWA | Dr Jacek Łuczak, pierwszy prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych



MATERIAŁY PRASOWE

Jest pan jednym z pierwszych lekarzy rodzinnych w Polsce. Co się zmieniło przez ten czas w podstawowej opiece zdrowotnej?

Ewolucja systemu podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce nie jest liniowa, zmiany meandrują. Sytuacja nie jest wszędzie jednakowa. Duży wpływ na kształt podstawowej opieki zdrowotnej ma samorząd terytorialny. W poszczególnych województwach różna jest liczba pracujących lekarzy rodzinnych. W Warszawie lekarze tej specjalizacji pracują głównie na etatach w publicznych przychodniach, zaś w Krakowie czy Łodzi są to przede wszystkim prywatne praktyki albo niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Nieco inna sytuacja jest w małych miasteczkach i na wsiach. Chcąc być precyzyjnym, muszę stwierdzić, że Polacy nie mają jednakowej sytuacji w podstawowej opiece zdrowotnej.

Zatem jak można opisać sytuację?

W Polsce w większości wypełniamy rekomendacje WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) i WONCA (Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych), której członkiem jest Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Opiekę podstawową świadczy

specjalista medycyny rodzinnej zapewniający wysoką jakość świadczeń. Jakość dodatkowo gwarantują systemy kształcenia lekarzy i akredytacji praktyk i zakładów. Polacy korzystają z łatwego dostępu do lekarzy, bez barier. Mogą sobie wybrać swojego lekarza i zgłosić się z każdym problemem. Opieka ma charakter ciągły i koordynowany. Lekarz rodzinny jest przygotowany do analizowania przypadków w kontekście rodziny pacjenta. Nastawiony jest na działania prewencyjne. Proszę zwrócić uwagę, że jest wynagradzany na zasadzie od opcji, a nie od usługi. Oznacza to, że lekarz rodzinny jest zainteresowany, aby jego pacjenci byli zdrowi.

Lekarze rodziinni zajmują się szerokim spektrum opieki medycznej. Co jest dla pana najważniejsze?

Najważniejsze są kompetencje lekarza rodzinnego. Im są wyraźniej zarysowane, tym lepiej. Lekarz rodzinny powinien robić to wszystko, co jest w jego kompetencjach, a te są duże. Oczywiście w praktyce zdarzają się przypadki specjalisty bez dostatecznego uzasadnienia albo pod presją pacjenta. Dla WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) jest oczywiste, że obecność

szeroko uprawnionego lekarza rodzinnego to najlepszy i efektywny sposób konstruowania dobrego systemu opieki zdrowotnej. Pamiętajmy, że dobrze wprowadzony do systemu lekarz rodzinny załatwia 80 proc. pacjentów, świadcząc opiekę wysokiej jakości. Dlatego kluczowe jest, by uczelnie medyczne i Kolegium Lekarzy Rodzinnych wyposażały lekarzy rodzinnych w odpowiednią wiedzę oraz umiejętności zawodowe. Do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia należy zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i uprawnień do właściwego funkcjonowania instytucji lekarza rodzinnego.

Czy możliwości lekarzy rodzinnych są w pełni wykorzystywane przez pacjentów i system?

Niestety, Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia nie wykorzystują potencjału podstawowej opieki zdrowotnej. Strony nie rozumieją się i nie mają do siebie zaufania. W niektórych europejskich rozwiązaniach lekarze rodziinni i publiczny nabywca świadczeń ściśle współpracują dla pożytku pacjentów. W Polsce dochodzi do rozmycia zasady „strażnika bramki”. Niedostatecznie przestrzega się zasady, że w systemie publicznym specjalista udziela konsultacji lekarzowi rodzinnemu. Za koordynację kompleksowej i ciągłej opieki przez całe życie pacjenta powinien odpowiadać właśnie lekarz rodzinny. To on ma mieć ciągły kontakt z pacjentem, znać nie tylko historię choroby, ale i jego radości, smutki, sytuację rodzinną i zawodową. Lekarze rodziinni nie są od leczenia jednego schorzenia. Powinni leczyć

ludzi całościowo, za cel stawiać sobie nie tylko leczenie, ale także poprawę jakości życia podopiecznych. W polskim systemie opieki zdrowotnej na razie nie tworzy się warunków do egzekwowania tych zasad.

Jakie ułatwienia w pracy z pacjentem ma lekarz rodzinny? Czy np. dokumentacja papierowa zastępowana jest elektroniczną?

Niestety, przepisy nie pozwalają na zastąpienie w 100 procentach dokumentacji papierowej elektroniczną. Ale komputer na biurku lekarza rodzinnego stanowi wielkie ułatwienie. Mam na myśli lepsze, tańsze i łatwiejsze administrowanie danymi. Dotyczy to zarówno współpracy z NFZ, jak i prowadzenia badań naukowych czy wypisywania recept i skierowań. Zaś umawianie pacjentów na godziny jest wpisane w medycynę rodzinną. Ułatwia to pracę nam i daje komfort pacjentom. Apelujemy jednak, by dotrzymywać ustalonych wspólnie godzin i terminów.

Lekarz rodzinny jest też przyjacielem pacjenta, odwiedza go w domu, zna jego problemy. Czy to pomaga w diagnostyce?

Kontekst rodzinny jest bardzo ważny. Człowiek najczęściej choruje w rodzinie. Kiedy coś mu dolega, to choruje cała rodzina. Rozmowa nie tylko z pacjentem ma olbrzymie znaczenie dla diagnozowania, leczenia, opieki i rehabilitacji. W szczególności przy nastawieniu na prewencję. Informacja o obecności chorób, na przykład uwarunkowanych genetycznie, jest bardzo ważna. Niektóre badania przesiewowe, nie-ekonomiczne w populacji ogólnej, stają się wskazane w kontekście informacji płynących z uwarunkowań rodzinnych. Nie bez powodu

Lekarz rodzinny:

- prowadzi edukację zdrowotną
- prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia
- uczestniczy w realizacji programów zdrowotnych, działając na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej
- koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych szczepień ochronnych
- uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych
- planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne stosownie do stanu zdrowia pacjenta
- informuje pacjenta o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje podmioty właściwe do jego przeprowadzenia
- wykonuje testy lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych
- kieruje na konsultacje specjalistyczne w celu dalszej diagnostyki i leczenia w przypadku gdy uzna to za konieczne
- wykonuje zabiegi i procedury medyczne
- kieruje pacjenta do wykonania zabiegów i procedur medycznych do innych świadczeniodawców
- kieruje do oddziałów lecznictwa stacjonarnego, a także do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz do oddziałów paliatywno-hospicyjnych
- kieruje do leczenia uzdrowiskowego
- orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki

—Marcin Mikos

Opracowanie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarzki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

mówimy o medycynie rodzinnej, a nie pierwszego kontaktu czy domowej.

Jak układa się współpraca ze specjalistami i pacjentami, którzy wciąż nie do końca wierzą w szerokie kompetencje lekarzy rodzinnych?

Wiarę warto sprawdzać i weryfikować. Wiele nieprawdziwych sądów o podstawowej opiece zdrowotnej i lekarzach rodzinnych ukształtowało się w wyniku konfliktów i oczywistych różnic interesów. To obszerny temat na oddzielny artykuł. W Kolegium Lekarzy Rodzinnych opowiadamy się za jasnym rozgraniczeniem kompetencji, i nad tym pracujemy np. poprzez tworzenie wytycznych postępowania w konkretnych

chorobach. Na uwagę zasługuje współpraca z Polskim Towarzystwem Diabetologicznym przy tworzeniu wytycznych leczenia cukrzycy. Polakom potrzebni są zarówno lekarze rodziinni, jak i wąscy specjaliści, ale każdy w swoim zakresie kompetencji.

Czy lekarze rodziinni muszą konkurować z pediatrami?

Lekarze pediatrzy nie konkurują z lekarzami rodzinnymi. W większych miastach lekarze rodziinni są bardzo zadowoleni, pracując w zespołach z pediatrami. Wielu pediatrów uzyskało specjalizację z medycyny rodzinnej. Niedobór lekarzy pracujących w opiece zdrowotnej zapobiega nadmiernej konkurencji.

—rozmawiała Kamila Gębska

By nie popełniać cudzych błędów

Według dostępnych danych światowych, na 100 tys. konsultacji medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej zdarza się od 5 do 80 incydentów związanych z bezpieczeństwem pacjenta. 20 proc. z nich ma konsekwencje zdrowotne. By temu zapobiec, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce wraz z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi w zeszłym roku stworzyli system zgłaszania tego typu incydentów.

– Incydent dotyczący bezpieczeństwa pacjenta to każde niezamierzone zdarzenie lub stan zagrożenia, wynikające raczej z procesu opieki niż spowodowane przez trwającą cho-

robę pacjenta, które doprowadziło lub mogłoby doprowadzić do niezamierzonych następstw. W Polsce nie mamy danych, jak wiele takich zdarzeń ma miejsce, bo nie ma obowiązku od dawna obowiązującej procedury poufnego zgłaszania wszelkich błędów związanych z zagrożeniem bezpieczeństwa. Tak jest np. w Danii, gdzie personel opieki zdrowotnej ma obowiązek informować o danym przypadku. I nie chodzi tu o szukanie winnych czy o zadośćuczynienie, ale o to, by w przyszłości uniknąć podobnych sytuacji. I temu ma służyć polski system Bezpiecznej Opieki Podstawowej (BOP) – mówi dr med. Maciej Godyc-

ki-Ćwirko, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, twórca BOP.

Internetowy system BOP umożliwia zgłaszanie, gromadzenie i udostępnianie informacji o incydentach dotyczących bezpieczeństwa pacjenta, np. związanych z zarządzaniem dokumentacją pacjentów, ze sprzętem medycznym, z badaniami laboratoryjnymi, z przepisami i stosowaniem leków, badaniami lekarskimi, interpretacją wyników oraz stawianiem rozpoznania. Na razie wszelkie uchybienia anonimowo mogą zgłaszać tylko pracownicy opieki zdrowotnej: lekarze opieki podstawowej czy pielęgniarzki, ale w przyszłości również pacjenci będą mogli

informować o występujących incydentach.

System BOP składa się z formularza zgłoszenia i zbioru dotychczas zgłoszonych incydentów. Każdy może potem przeczytać i skomentować powiadomienia na stronie internetowej <http://wnbikp.umed.lodz.pl/bo/p/>.

– Systemy informowania o incydentach powstały najpierw w lotnictwie cywilnym oraz w branżach, w których pozornie małe błędy mogą mieć poważne skutki (przemysł energii jądrowej, przemysł chemiczny). Obecnie stosowane są także w medycynie w wielu krajach. U podstaw wszystkich tych systemów leży idea uczenia się na doświadczeniach innych. Za-

chcemy pracowników opieki zdrowotnej do korzystania z tej możliwości. Dotychczas w bazie mamy jedynie kilkanaście opinii. W Niemczech system ten działa od czterech lat i już zgromadzono ok. 400 wpisów, rocznie stronę odwiedza 10 tys. osób. To jest wielki sukces. Ludzie czytają, co komu się przydarzyło i dzięki tej wiedzy będą mogli w przyszłości zapobiec podobnym sytuacjom. U nas ludzie wciąż boją się konsekwencji, dlatego nie zgłaszają uchybień. A nieujawnianie ich pozbawia możliwości ich zapobiegania – mówi dr Godycycki-Ćwirko.

Obecnie trwają prace nad utworzeniem systemu klasyfikacji zdarzeń, by można było sprawdzić, jakiego typu sytu-

acje zdarzają się najczęściej. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce współdziała z Zakładem Medycyny Rodzinnej i Medycyny Społeczności Lokalnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w realizacji zadań europejskiego projektu LINNA-EUS Euro-PC. „Uczenie się od międzynarodowych sieci o błędach i rozumienie bezpieczeństwa w opiece podstawowej”. W jego ramach podejmowane są działania mające poprawić bezpieczeństwo pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej. Organizowane są warsztaty, seminaria dla pracowników POZ, którzy dowiadują się, jak zapewnić dobrej jakości bezpieczną opiekę zdrowotną. —a.u.

Dobra tylko opieka podstawowa

Medycyna rodzinna w Polsce to dobrze działający i skuteczny system opieki nad pacjentem – wynika z analiz przeprowadzonych w 31 krajach przez naukowców z holenderskiego Instytutu Badań Zdrowotnych (NIVEL). Kiepsko natomiast wygląda ogólny obraz polskiej służby zdrowia.

Autorzy holenderskiego badania zwrócili uwagę na kluczową rolę podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w poprawie zdrowia całego społeczeństwa.

Według naukowców najskuteczniejszą opiekę lekarzy rodzinni zapewniają mieszkańcom Holandii, Wielkiej Brytanii, Danii i Szwecji. Przykładami krajów w Europie Środkowej, które postawiły na silną medycynę rodzinną, są Litwa, Estonia i Słowenia.

Polskę zaliczono do krajów, w których zapewnianie zdrowia społeczeństwu w POZ jest na dobrym poziomie. Wskazano też na ogromny postęp, jaki dokonał się w naszym kraju w ciągu ostatnich 20 lat. Obecnie model organizacji opieki podstawowej jest zbliżony do takich krajów jak Szwecja czy Niemcy. Pozytywnie oceniany jest odrębny

budżet NFZ w opiece podstawowej, prowadzenie praktyk grupowych, dobre wyposażenie medyczne przychodni POZ oraz rozbudowaną opiekę nad matką i dzieckiem.

– Mamy sporo osiągnięć. Warto wspomnieć także o tym, że medycyna rodzinna to nie tylko działalność kliniczna, czyli opieka i świadczenia w gabinecie lub domu pacjenta. Medycyna rodzinna to także działalność naukowa. W każdej uczelni medycznej są zakłady lub katedry medycyny rodzinnej, lekarze POZ biorą udział w badaniach naukowych, piszą prace naukowe, bronią doktoraty i uzyskują habilitacje. Współpracujemy także z renomowanymi ośrodkami naukowymi w Europie – wymienia dr med. Tomasz Tomasik, prezes elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

Wyniki badania przeprowadzonego przez holenderski NIVEL miały wskazać obszary, które wymagają udoskonalenia. Naukowcy zwrócili uwagę, że polscy lekarze bardzo rzadko kontaktują się ze swoimi pacjentami przez telefon czy e-mail. Zmian wymaga również model współpracy lekarzy POZ z innymi specjalistami i opieką szpitalną.

– Dziś w zasadzie są to odrębne i słabo współpracujące sektory, do których kieruje się pacjentów bez wystarczającej wzajemnej wymiany informacji dodatkowych. By to się zmieniło, musi się zmienić nastawienie samych lekarzy. Żadne odgórne reformy systemowe i organizacyjne w tym przypadku nie pomogą.

W niektórych krajach jest tak, że lekarz rodzinny kierujący pacjenta do szpitala ma obowiązek zadzwonić do lekarza w izbie przyjęć i przedstawić problem. To mogłoby być dobrym rozwiązaniem, ale na początek warto zacząć od pełnej i rzetelnej pisemnej informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, którą dostanie specjalista zajmujący się danym chorym. To znacznie ułatwi mu pracę, a chory będzie miał poczucie, że jest pod bardzo dobrą opieką – mówi dr med. Tomasz Tomasik.

Sytuacja w podstawowej opiece zdrowotnej jest dobra, ale ogólna kondycja polskiej służby zdrowia jest jedną z najgorszych w Europie. W europejskim konsumencie indeksie zdrowia (EHCI) – międzynarodowym rankingu badającym jakość usług medycznych – zajmujemy 27. miejsce w Europie na 33 zbadańe kraje.

W porównaniu z ostatnią edycją z 2009 roku spadliśmy o jedno miejsce.

W rankingu najwyższą plasuje się Holandia, potem Dania. Opiekę podstawową opierają oczywiście na lekarzach rodzinnych.

– Gorzej niż Polska w rankingu wypadły Węgry, Albania, Macedonia, Łotwa, Rumunia, Bułgaria i Serbia. Według autorów badania należymy do krajów, które nie czynią postępów, podczas gdy nasi sąsiedzi usprawniają swe systemy.

Najgorzej jest w Polsce z dostępem do nowoczesnych leków, długo czeka się na wizytę u lekarza i zabieg w szpitalu, notuje się też wysoką umieralność na nowotwory. Z badania wynika również, że plusami naszego systemu są: łatwy dostęp do własnej dokumentacji medycznej, wysoki odsetek szczeni wśród dzieci i niska umieralność na zawały serca.

Wyniki opracowano na podstawie ogólnodostępnych danych statystycznych, ankiet wypełnianych przez pacjentów i niezależnych badań, prowadzonych przez twórcę rankingu Health Consumer Powerhouse (HCP).

–a.u.

Działają na rzecz pacjenta

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce jest towarzystwem naukowym zrzeszającym 4,5 tys. lekarzy z tą specjalizacją. Wspólnie działa na rzecz budowy i rozwoju systemu ochrony zdrowia. W 1996 roku zostało przyjęte do Światowej Organizacji Kolegiów i Stowarzyszeń Lekarzy Rodzinnych (WONCA) jako jedyna polska organizacja zrzeszająca lekarzy tej specjalności.

– Naszą misją jest m.in. wspieranie lekarzy rodzinnych w codziennej pracy, w ich rozwoju zawodowym i naukowym oraz kształtowanie modelu podstawowej opieki zdrowotnej według europejskich standardów. Zależy nam, by każdy pacjent był pod jak najlepszą opieką – mówi dr med. Maciej Godycki-Ćwirko, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP).

Stowarzyszenie powstało 20 lat temu. Skupia najaktywniejszych lekarzy w środowisku.

KLRwP jest organizatorem i współorganizatorem szkoleń, konferencji i specjalistycznych kursów. Ważnym spotkaniem, podczas którego specjaliści dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem, jest coroczny Kongres Medycyny Rodzinnej.

Wśród najważniejszych dokonań stowarzyszenia wymienia się m.in.: stworzenie cyklicznej Letniej Szkoły Astmy, prowadzenie Akademii Kształcenia Ustawicznego LANCET, urucho-

mienie Szkoły Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Lekarzy Rodzinnych, organizowanie kursów dla nauczycieli medycyny rodzinnej.

Oprócz tego, we współpracy m.in. z resortem zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości, 13 lat temu powstała Szkoła Tutorów. – To program, który wyłania i szkoli liderów środowiska medycyny rodzinnej oraz wspiera ich w budowaniu modelu podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie ze standardami pracy lekarza rodzinnego w Unii Europejskiej. Ponadto szukamy też badaczy zdolnych do podjęcia badań naukowych w dziedzinie podstawowej opieki zdrowotnej – dodaje dr Maciej Godycki-Ćwirko.

Jednym z priorytetów KLRwP jest stałe podnoszenie jakości opieki nad pacjentem. Od lat kolegium zajmuje się opracowaniem wytycznych dotyczących m.in. postępowania w problemach klinicznych, z jakimi lekarz rodzinny często styka się w praktyce.

– Dotychczas opublikowaliśmy m.in. zasady postępowania w alergicznym nieżytu nosa, cukrzycy, astmie oskrzelowej u dorosłych, w nadciśnieniu tętniczym, w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (PO-CHP). Wszystkie publikacje dostępne są na naszej stronie internetowej i mogą z nich korzystać wszyscy lekarze, nie tylko członkowie kolegium – mówi dr Godycki-Ćwirko.

–a.u.

Rysowali swojego lekarza



Blisko pół tysiąca prac plastycznych wykonanych w różnorodnych technikach plastycznych wpłynęło na I Ogólnopolski Konkurs Plastyczny „Mój lekarz rodzinny”. Zorganizowało go Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce z okazji XX-lecia instytucji lekarza rodzinnego w Polsce. Znamy już listę laureatów. Konkurs plastyczny adresowany był do uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych. Zgłoszone prace miały prezentować codzienną pracę lekarza rodzinnego, który opiekuje się całym rodzinami. Ideą konkursu było promowanie instytucji lekarza rodzinnego wśród dzieci, młodzieży i ich rodzin oraz rozwijanie wrażliwości estetycznej inspirowanej specyfiką pracy medyka. Pierwsze miejsce w kategorii szkoły podstawowe klasy 1 – 3 zajęli ex aequo: Dominika Grabik z I Społecznej Szkoły Podstawowej w Chelmie oraz Szymon Widera ze Szkoły Podstawowej nr 9 w Katowicach. W kategorii szkoły podstawowe klasy 4 – 6 nagrodę główną zdobyli uczniowie z Koła Plastycznego z Miejskiej Biblioteki Publicznej im. M. Kozaczkowej w Dąbrowie Tarnowskiej, a w kategorii szkoły gimnazjalne pierwsze miejsce przypadło Kindze Brotoń z gimnazjum nr 7 w Szczecinie (na zdjęciu). Uroczystość wręczenia nagród oraz otwarcie wystawy odbędzie się 26 maja o godz. 15.30 w hotelu Marriott w Warszawie podczas XII Kongresu Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Zwycięzcy otrzymają sprzęt sportowy i edukacyjny.

–a.u.

Pełna lista wyróżnionych na stronie www.klrwp.pl

Kongres rodzinnych medyków

Blisko tysiąc lekarzy uczestniczy w Warszawie w XII Kongresie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Świętują 20-lecie wprowadzenia tej specjalności do polskiego systemu ochrony zdrowia.

– Jak trafnie ujął to przed laty dr Jacek Putz, medycyna rodzinna zrodziła się z tęsknoty za wolnym, samodzielnym zawodem, a także z tęsknoty pacjenta za lekarzem – przyjacielem, na którego można liczyć nie tylko w sytuacjach wyjątkowych, ale także i w codziennych problemach. Za lekarzem rodzinnym zapewniamy ciągłą, zintegrowaną opiekę jednostce lub rodzinie, którego pacjentami są zarówno osoby, jak i populacje – wspomina dr hab. med. Adam Windak, konsultant krajowy, jeden z autorów polskiego modelu medycyny rodzinnej.

Prof. Witold Lukas, współtwórca polskiej medycyny rodzinnej, idzie nawet dalej, żartobliwie porównując jej implementację do systemu zdrowotnego do wprowadzenia konia trojańskiego. – 20 lat temu powstała nowa grupa – lekarze rodzinni – niezależna myślowo, dobrze zorganizowana, która posiadała spore doświadczenie zawodowe i umiejętności komunikacji z pacjentem. Pracuj-

jąc w swoich „mikrokliniakach”, w ograniczonych diagnostycznie możliwościach, świadczy na poziomie opieki podstawowej szeroki wachlarz procedur – podkreśla prof. Witold Lukas.

Pomimo deficytu kadrowego i wielu barier systemowych lekarze rodzinni w Polsce należą do grup zawodowych cieszących się największym zaufaniem pacjentów. Nie rujnuje go nawet krytyka ich szerokiej kompetencji prowadzona przez lekarzy innych specjalności. – W moim przekonaniu są to działania stricte o charakterze lobbystycznym, bez żadnego uzasadnienia w faktach – mówi dr Adam Windak.

Bilansu zysków i strat 20-lecia lekarze rodzinni dokonają podczas XII Kongresu Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Dla uczestników przygotowano kilkadziesiąt prelekcji poświęconych m.in. otyłości, cukrzycy, osteoporozie, leczeniu noworodków. Lekarze będą mieli okazje uczestniczyć w praktycznych kursach. Kongres jest także okazją do zaprezentowania własnych badań prowadzonych przez lekarzy rodzinnych wśród swoich pacjentów. Konferencja zakończy się debatą na temat dalszej roli lekarza rodzinnego w systemie ochrony zdrowia prowadzonej z udziałem polityków, ekspertów i lekarzy.

–Marcin Mikos

Pacjent nie może być przypadkiem medycznym

ROZMOWA | Dr med. Elżbieta Kryj-Radziszewska, lekarz rodzinny, pediatra, asystent w Zakładzie Medycyny Rodzinnej, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM, Kraków



Lekarz rodzinny sprawuje długotrwałą opiekę nad całym rodzinami, z reguły mieszka w pobliżu swoich podopiecznych, zna ich. Jak powinna wyglądać relacja lekarza rodzinnego z pacjentem? Czy są jakieś obowiązujące standardy?

Medycyna rodzinna jest dyscypliną, w której lekarz nie może koncentrować się wyłącznie na chorobie, narządzie czy ciągu cyfr w bazie danych. Musi widzieć pacjenta w ujęciu holistycznym. Każdy człowiek jest inny, stąd i nasze podejście do każdego chorego powinno być odmienne. Powinniśmy brać pod uwagę m.in. środowisko, z którego pochodzi pacjent, poziom jego wykształcenia, możliwości finansowe, osobowość. Czasem pacjent przychodzi do lekarza tylko po to, by porozmawiać. Powodem wizyty u lekarza rodzinnego może być np. wykryty u przyjaciółki pacjentki

rak piersi wywołujący niepokój i lęk o własne zdrowie. W tej sytuacji rozmowa jest ważnym elementem terapii. Lekarz wysłucha, doda otuchy, okaże wsparcie. Pacjent, przychodząc do lekarza, wnosi ze sobą bagaż lęków i uprzedzeń. Dla każdego lekarza powinno być ważne ich zminimalizowanie. Dobrze, gdy lekarz ma możliwość zerknięcia w kartę pacjenta zanim on wejdzie do gabinetu. Taki rozpoznany, nie anonimowy chory, z pewnością chętniej podejmie współpracę, co ułatwi osiągnięcie wzajemnego porozumienia.

Czego oczekują pacjenci od lekarza rodzinnego?

Profesjonalizmu i empatii, zrozumienia, wyjaśnienia zawyżonych sformułowań medycznych. Chorzy na konsultacjach specjalistycznych lub będąc w szpitalu są zasy-

pywani wiedzą medyczną, która nie zawsze jest dla nich zrozumiała. Pośpiech personelu medycznego, zagubienie pacjentów, lęk przed negatywną oceną ze strony lekarza konsultującego powodują, że chorzy zwykle nie stawiają pytań. Wynikająca z niewiedzy niewłaściwa interpretacja zasłyszanego przekazu, zbyt ogólnikowe i zbyt szczegółowe informacje wywołują u niektórych lęk. Część pacjentów szuka informacji o własnej chorobie w różnych źródłach, co często staje się przyczyną wytworzenia błędnego obrazu choroby i tylko nakręca spiralę lęku. Pacjent od swojego lekarza rodzinnego podczas cierplivej rozmowy powinien dostać garść informacji, które rozwieją wątpliwości.

Myślę, że lekarz, który ma dobry kontakt ze swoimi podopiecznymi, ma większe szanse, by nakłonić ich na regularne badania profilaktyczne, zachęcić do dbania o siebie.

Zgadza się. Są badania, z których wynika, że w przypadku braku dobrej komunikacji dużo częściej i niepotrzebnie wykonuje się badania dodatkowe, wzrasta też prawdopodobieństwo zaistnienia błędów diagnostycznych, a więc ostatecznie opóźnia się postawienie diagnozy. Lekarz, któremu ufają pacjenci, ma większe szanse na szybsze rozpoznanie choroby i sku-

teczne leczenie. Łatwiej jest mu też nakłonić pacjenta do wzięcia odpowiedzialności za stan swojego zdrowia, na dokonanie zmian w stylu życia, w nawykach żywieniowych, aktywności ruchowej.

Może już na studiach należałoby uczyć żaków, by nie traktowali pacjenta jak przypadek czy chorobę, ale jako człowieka.

Są zajęcia teoretyczne na ten temat na filozofii, socjologii i psychologii. Ale to tylko teoria. Gorzej jest z praktyką. Studenci mają możliwość rozmowy z pacjentami w ramach samodzielnego zbierania wywiadu chorobowego w trakcie różnych zajęć klinicznych, ale przebieg rozmowy z pacjentem jest intuicyjny. Wszelkie nieprawidłowe zachowania werbalne i niewerbalne studenta, np. unikanie kontaktu wzrokowego, dotykanie choro- go w nieodpowiednich momentach, nie podlegają ocenie, a tym samym modyfikacji, poprawie, ponieważ zwykle nauczyciel nie towarzyszy studentowi. Często przyszli medycy słyszą natomiast od asystenta w szpitalu: „idźcie na salę 204 zobaczcie raka trzustki”. Dla studenta wówczas pacjent staje się „problemem medycznym, przypadkiem”. W niektórych uczelniach żacy sami odgrywają scenki, wcielając się w rolę lekarza i pacjenta. Nauczyciele powinni pokazywać studentom i młodym

lekarzom właściwe relacje lekarz – pacjent. Bez tego elementu nauczania medycyny, a często bez osobistego przykładu ze strony nauczycieli, młodzi lekarze będą skłonni traktować pacjentów przedmiotowo.

Jakie mamy prawa jako pacjenci?

Do najistotniejszych praw przysługujących polskiemu pacjentowi należą: prawo do poszanowania intymności i godności, prawo do przedstawienia w zrozumiałej i przystępnej formie informacji o stanie zdrowia, rozpoznaniu, stosowanych metodach diagnostycznych, leczniczych oraz rokowaniu, prawo do odstąpienia od leczenia oraz do godnego umierania.

A lekarze?

Jestem pewna, że nie istnieją żadne akty prawne w tym zakresie. W 2010 roku w Naczelnej Izbie Lekarskiej powołano rzecznika praw lekarza. To rodzaj kompromisu pomiędzy przysługującymi pacjentom prawami a obowiązkami nałożonymi na nasze środowisko. Myślę, że bardzo cennymi dla nas uregulowaniami byłoby prawo lekarza do odmowy udzielenia świadczeń, oczywiście w szczególnych, niezagrażających bezpieczeństwu pacjenta okolicznościach oraz prawo do ochrony dóbr osobistych lekarza.

— rozmawiała a.u.

Lekarze rodzinni naukowcami

Medycyna rodzinna to nie tylko dyscyplina kliniczna zajmująca się opieką nad pacjentem, ale i naukowa. W Polsce już ponad 400 lekarzy rodzinnych bierze udział w projektach badawczych. Swoje prace publikują w polskich i zagranicznych czasopismach

To niejedynie osiągnięcia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W ostatnich latach kilkudziesięciu lekarzy rodzinnych uzyskało tytuł doktora nauk medycznych. Kolejna liczna grupa jest w trakcie przewodu doktorskiego. Piętnastu pracowników nauki kieruje strukturami akademickimi polskich uczelni medycznych, a 9 spośród nich posiada specjalizację z medycyny rodzinnej.

Badania naukowe decydują o postępie w medycynie, stwarzają możliwość lepszej opieki nad pacjentem, wprowadzają skuteczniejsze metody leczenia – mówi dr hab. n. med. Sławomir Chłabczyk, wiceprezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Kolegium wspiera rozwój kadry i działalności naukowej, m.in. poprzez organizację kursów, badań, wymianę międzynarodową, udział w międzynarodowych projektach edukacyjnych i badawczych, publikację czasopism naukowych i edukacyjnych, organizację kongresów i konferencji.

W 2011 roku organizowaliśmy XVII Europejską Konferencję Naukową Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (WONCA Europe), na którą przybyły niemal 3 tysiące lekarzy rodzinnych z całego świata – mówi Chłabczyk. Jednym z projektów realizowanych przez KLRwP był europejski projekt edukacyjny Leonarda da Vinci pt. „Rozwój kompetencji nauczycieli medycyny rodzinnej w zakresie dydaktyki i badań naukowych” realizowany w latach 2008 – 2010 we współpracy z Uniwersyte- tem w Sheffield (Wielka Brytania). 95 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej odbyło jedno-, trzytygodniowe szkolenia w Sheffield.

Jednym z największych międzynarodowych projektów badawczych, w którym brali udział polscy lekarze rodzinni, był GRACE. Miał określić, jakie drobnoustroje są odpowiedzialne za zakażenia dróg oddechowych oraz czy antybiotyki są skuteczne w ich leczeniu. Projekt był realizowany jednocześnie w 12 krajach europejskich, a w Polsce uczestniczyli w nim lekarze z Białegostoku, Łodzi i ze Szczecina. W badaniu wykorzystano najnowocześniejsze techniki diagnostyczne do identyfikacji wirusów i bakterii – opowiada dr Chłabczyk.

Innym przedsięwzięciem z udziałem polskich lekarzy rodzinnych był projekt Phameu (Europejski monitor aktywności podstawowej opieki zdrowotnej) realizowany w ramach programu Unii Europejskiej „Zdrowie Publiczne”. Badacze porównywali strukturę, funkcjonowanie oraz efektywność podstawowej opieki zdrowotnej w 31 krajach Europy. — a.u.

Czytelna dokumentacja to podstawa

Lekarz rodzinny towarzyszy pacjentowi przez całe życie. Odwiedzając go całe rodziny. By gabinet sprawnie działał, a pacjenci byli zadowoleni, musi być właściwie zorganizowany.

Praktyka lekarza rodzinnego jest z reguły pierwszym miejscem kontaktu pacjenta z systemem opieki zdrowotnej. Obecnie funkcjonujące rozwiązania organizacyjne w niedostatecznym stopniu wykorzystują potencjał praktyk lekarzy rodzinnych. W wielu regionach kraju wciąż działają ośrodki zdrowia, które pamiętamy z dawnych czasów, nie zawsze zapewniające wysoką jakość opieki – mówi dr Rafał Kacorzyk, lekarz rodzinny z Brzozówki koło Krakowa.

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce (KLRwP) wydało dwie publikacje, z których można się dowiedzieć, jak powinien działać wzorcowy gabi-

net lekarski. Według specjalistów istotnymi problemami organizacyjnymi, których rozwiązanie jest niezbędne dla optymalnej pracy lekarzy, są m. in.: aranżacja lokalu z wydzieleniem części publicznej, medycznej i administracyjnej, odpowiednie wyposażenie, sprawne zaplecze diagnostyczne, ograniczenie architektonicznych i geograficznych barier dostępu, harmonogram pracy dostosowany do potrzeb społeczności lokalnej, a także sprawne gromadzenie, zarządzanie i wymiana informacji medycznych.

Mój gabinet działa od 15 lat. W tym czasie wprowadziliśmy wiele udogodnień zarówno dla pacjentów, jak i ułatwiających pracę lekarzom. Z anonimowych ankiet, które wypełniają pacjenci, dowiadujemy się, jakie mają oczekiwania i potrzeby, i staramy się je zaspokoić. Zgodnie z sugestiami np. wydłużyliśmy godziny pracy lekarza, pediatra pracuje ra-

no i po południu, udzielamy też porad medycznych przez telefon i wypisujemy recepty bez konieczności umawiania się na wizyty. Niestety w Polsce porady telefoniczne nie istnieją w wykazie świadczeń NFZ, a szkoda, bo to ograniczyłoby niepotrzebne wizyty. Kolejki tworzą też pacjenci, którzy przychodzą po recepty. U nas ci, którzy na stałe przyjmują leki, nie muszą co miesiąc przychodzić na wizytę po receptę. Dostają ją z odroczonego terminem i mogą je realizować, gdy skończą im się leki. Powtarzanie recept jest kontrolowane przez program komputerowy. Pacjenci jednak co cztery – sześć miesięcy muszą pokazać się lekarzowi – mówi dr Kacorzyk. Według pacjentów oprócz dobrego sprzętu, licznych udogodnień niezwykle ważne jest też podejście lekarza do chorego.

Dobre relacje to skuteczniejsze leczenie. Gdy lecę całą rodzinę, znam ich historię, pro-

blemy, łatwiej mi jest nakłonić ich np. do badań profilaktycznych. Chorzy, którzy ufają lekarzowi, chętniej też stosują się do zaleceń medycznych – dodaje specjalista.

Ważnym zadaniem lekarza rodzinnego jest gromadzenie i zarządzanie informacją dotyczącą podopiecznych. W dobrze zorganizowanym systemie to właśnie w zakładach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) powinna być zgromadzona pełna informacja o pacjencie, co mogłoby ułatwić korzystanie z całego systemu ochrony zdrowia. Nie da się tego zrobić bez zbudowania systemu informacyjnego. W Polsce wciąż niewiele gabinetów z tego korzysta.

Informatyzacja praktyk POZ jest jednym z priorytetowych zadań KLRwP, które we współpracy z firmą Ericpol w 2007 roku wprowadziło na rynek oprogramowanie dla POZ pod nazwą drEryk. W tym roku planowane jest uruchomienie platformy informatycz-

nej Erlab, która w pierwszej fazie ma służyć wymianie danych między świadczeniodawcami medycznymi (laboratoria, pracownie diagnostyczne, praktyki lekarzy rodzinnych i specjalistów innych dziedzin), a następnie między pacjentami a ich lekarzami rodzinnymi.

Rzetelna i czytelna dokumentacja bardzo ułatwia pracę lekarzowi i zapewnia bezpieczeństwo pacjentowi. W moim gabinecie z systemu informacyjnego korzystamy od pięciu lat, dzięki temu bez konieczności szukania kart papierowych możemy szybko zobaczyć historię choroby danego pacjenta, szybko wydrukować mu recepty. Z danych sprzed dwóch lat wynika, że w Małopolsce zinformatywowanych było jedynie 11 proc. gabinetów POZ. To niewiele. To się wkrótce zmieni, bo od sierpnia 2014 r. będzie wymóg prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej – mówi dr Rafał Kacorzyk. — a.u.