

MEDYCYNA RODZINNA

- ✓ PRYNCYPIA MEDYCYNY RODZINNEJ
- ✓ KARTA LEKARZY RODZINNYCH
- ✓ CELE I ZADANIA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ✓ KRAJOWE I MĘDZYNARODOWE ORGANIZACJE LEKARZY RODZINNYCH



Dr n.med. Zbigniew Gugnowski

Warmińsko-Mazurski Konsultant Wojewódzki

W Dziedzinie Medycyny Rodzinnej

NZOZ Poradnia Lekarzy Medycyny Rodzinnej Giżycko

www.pmr-gizycko.pl

Lekarz rodzinny

Lekarz rodzinny

- Omnibus?
- Specjalista?

Medycyna rodzinna

WĄTPLIWOŚCI

- Czy specjalizacja taka sama jak inne?
- Czy lekarz rodzinny dysponuje jakąś szczególną wiedzą?

Medycyna rodzinna

Istotą medycyny rodzinnej jest scalanie i ukierunkowanie jej na pacjenta, a nie na chorobę tak jak dzieje się w innych specjalnościach lekarskich.

Medycyna rodzinna

To, że medycyna rodzinna przetrwała i rozwija się dynamicznie w ostatnich latach jest spowodowane przede wszystkim ograniczeniami medycyny technologicznej.

Medycyna rodzinna

Jest dyscypliną, gdzie czas i uwaga poświęcone przez lekarza rodzinnego na wysłuchanie pacjenta jest tym czego nie da się zastąpić nawet najwyższej klasy urządzeniem, czy metodą terapeutyczną.

Medycyna rodzinna

Lekarz rodzinny jest adwokatem do którego, każdy z potencjalnie chorych może się zwrócić w celu nie tylko wyleczenia najczęstszych dolegliwości, ale także, a może przede wszystkim na pokierowaniu jego dalszymi losami w tym tak dla niego obcym środowisku jakim jest medycyna technologiczna

Medycyna rodzinna

Lekarz rodzinny powinien potrafić przemóc lęki pacjenta aby mógł zupełnie świadomie i ufnie- dla swego dobra- skorzystać z wszystkich możliwych w danym momencie metod diagnostycznych i terapeutycznych

Zalety systemu opieki zdrowotnej opartej na rejonizacji

- Łatwy dostęp do przychodni rejonowych i ośrodków zdrowia
- Względnie dobra jakość opieki nad dzieckiem zdrowym

Wady systemu opieki zdrowotnej opartej na rejonizacji

- Utrata podmiotowości kontaktu lekarz- pacjent
- Brak jednego lekarza odpowiedzialnego za całość opieki nad pacjentem
- Brak koordynatora działań diagnostycznych i terapeutycznych podejmowanych przez różnych lekarzy

Wady systemu opieki zdrowotnej opartej na rejonizacji

- Fragmentaryzacja opieki medycznej, skutkująca nadużywaniem świadczeń specjalistycznych i diagnostycznych, bez wymiernych korzyści dla pacjenta
- Brak współpracy pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami w podstawowej opiece zdrowotnej, w szczególności pomiędzy lekarzem a pielęgniarką środowiskową

Wady systemu opieki zdrowotnej opartej na rejonizacji

- Zła współpraca z innymi szczeblami opieki, a w szczególności z leczeniem zamkniętym
- Niski poziom satysfakcji zawodowej personelu, wynikający głównie z braku systemu motywacyjnego, a także ze zhierarchizowanej struktury organizacyjnej
- Słaba identyfikacja personelu z miejscem pracy, wynikająca z etatowego zatrudnienia

Wady systemu opieki zdrowotnej opartej na rejonizacji

- Brak systemu zachęt oraz innych mechanizmów sprzyjających pozytywnej motywacji personelu dla podnoszenia jakości świadczeń.

Cele przekształceń POZ

Nadrzędnym celem w podstawowej opiece zdrowotnej jest **poprawa stanu zdrowia obywateli** oraz ich rodzin.

W rozwiązaniach organizacyjnych powinna zbliżyć się do sprawdzonych wzorów obowiązujących w państwach Unii Europejskiej, w tym być zgodna z obowiązującymi rekomendacjami WHO (Ałma Ata 1978, Bordeaux 1983, Ryga 1988) Są to :

Cele przekształceń POZ

- zapewnienie ciągłej i wszechstronnej opieki podstawowej zintegrowanej i skoordynowanej z innymi szczeblami opieki medycznej, jak również innymi służbami publicznymi
- zapewnienie wysokiej jakości opieki zgodnej z aktualnymi standardami postępowania medycznego

Cele przekształceń POZ

- zapewnienie opieki odpowiadającej na potrzeby jednostki, rodziny oraz społeczności lokalnej, włączonej w proces kształtowania systemu podstawowej opieki zdrowotnej na własnym terenie
- zapewnienie opieki uwzględniającej oprócz działań leczniczych także działania z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób

Cele przekształceń POZ

- zapewnienie równego dostępu do świadczeń systemu ochrony zdrowia wszystkim mieszkańcom, niezależnie od ich statusu socjalnego i ekonomicznego
- zbliżenie miejsca udzielania świadczeń do miejsca zamieszkania pacjenta, a także przystosowanie rozwiązań organizacyjnych do jego potrzeb

Cele przekształceń POZ

- zwiększenie efektywności systemu ochrony zdrowia poprzez wdrożenie działań zmierzających do utrzymania kosztów na poziomie odpowiadającym możliwościom ekonomicznym nabywcy przy jednoczesnym zapewnieniu pożądanego standardu świadczeń

Definicja POZ

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(stan 2014)

Art 5.p. 27) podstawowa opieka zdrowotna- świadczenia zdrowotne, profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Definicja POZ _{1/2}

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

To ogół działań w miejscu lub pobliżu miejsca zamieszkania obywatela (potencjalnego pacjenta), realizowanych przez lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskowo-rodzinną i innych profesjonalistów medycznych. Stanowi miejsce pierwszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej. Gwarantuje wszystkim obywatelom łatwy dostęp na równych zasadach. Jej działania ukierunkowane są zarówno na osoby zdrowe jak i chore. Zakres tych działań zależy od potrzeb oraz od możliwości organizacyjnych i ekonomicznych społeczeństwa.

Definicja POZ _{2/2}.

Podstawowymi zadaniami realizowanymi w jej obrębie są: promocja zdrowia, prewencja chorób, diagnostyka, terapia i rehabilitacja. Centralną rolę pełni w niej lekarz rodzinny, który jest koordynatorem działań odpowiedzialnym za współpracę zarówno z opieką zdrowotną specjalistyczną (otwartą i zamkniętą), jak i z opieką komunalną (społeczną).

Warunkiem sprawnego i efektywnego działania POZ jest jej integracja z systemem demokratycznych instytucji i organizacji działających w samoorganizującej się społeczności lokalnej.

DEFINICJA MEDYCYNY RODZINNEJ

1/2

Lekarz rodzinny jest lekarzem zapewniającym podstawową i ciągłą opiekę, poszczególnym osobom, rodzinom oraz danej społeczności lokalnej niezależnie od płci i typu choroby.

Sprawuje on opiekę nad chorym w swoim gabinecie, w domu pacjenta, a niekiedy w klinice lub w szpitalu

Jego celem jest wczesne postawienie diagnozy.

DEFINICJA MEDYCYNY RODZINNEJ

2/2

W swoich rozważaniach na temat zdrowia i choroby bierze on pod uwagę również czynniki psychologiczne i społeczne.

Podejmuje wstępną decyzję w każdym problemie napotykanym w swojej praktyce.

Zapewnia ciągłość terapii u pacjentów z przewlekłymi i nawracającymi schorzeniami a także organizuje opiekę terminalną.

W swojej pracy współpracuje z wieloma osobami z kręgu służby zdrowia i z poza niej.

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

- Ciągłość opieki
- Wszechstronność opieki
- Koordynacja opieki
- Środowisko społeczne
- Zapobieganie
- Rodzina

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Ciągłość opieki

Sprawowanie opieki nad pacjentem przez jednego lekarza (w warunkach idealnych także rodziną) zarówno w zdrowiu jak i chorobie. (najważniejsza cecha!)

- * zalety: wytworzenie się pełnego wzajemnego zaufania w relacjach pacjent lekarz (nie jest to ciągłość w stosunku do choroby!, która jest tylko epizodem)
- * jest to zaangażowanie się lekarza w przyszłość pacjenta
- * b. ważne jest wykorzystanie do tego celu własnej osobowości lekarza

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Ocena zasady „ciągłości opieki” polega na:

- a) korzystaniu przez lekarza z wiedzy na temat przeszłości chorobowej pacjenta przed podjęciem decyzji
- b) Czy lekarz wyjaśnił pacjentowi znaczenie okresowej kontroli
- c) Czy lekarz ustala długofalowe cele zdrowotne
- d) Czy istnieje zaufanie między pacjentem a lekarzem

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Wszechstronność opieki

postrzeganie pacjenta nie tylko z biologicznego ale także z socjologicznego i psychologicznego punktu widzenia, a więc jest w stanie pomóc w 90-95% skarg z jakimi zgłaszają się pacjenci, a więc jest to opieka zorientowana na pacjenta

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Czynniki psychospołeczne

(wg Georga Engela 1997r.)

- I- emocjonalny, fizyczny i intelektualny stan pacjenta
- II- życiowe doświadczenie, rola człowieka w rodzinie bliższej i dalszej
- III- wykształcenie, grupa zawodowa i społeczność w której żyje,

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Ocena wszechstronności opieki:

- a) Obecność opisów aktualnych schorzeń pacjenta oraz leków, które zażywa w dokumentacji medycznej
- b) Uwzględnianie biologicznych uwarunkowań (np. Czy pacjenta stać na proponowane leczenie)
- c) Uwzględnianie psychosocjalnych uwarunkowań opieki: jak często pytamy o depresję wiedząc , że stanowi ona ok. 50-60% zgłaszających się pacjentów.

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Koordinacja opieki

rola lekarza rodzinnego jako przewodnika pacjenta po systemie, adwokata.

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Koordinacja opieki

Metody oceny:

- a) Czy lekarz rodzinny dyskutuje ze specjalistami o sprawach swoich pacjentów osobiście czy przez telefon
- b) Czy lekarz rodzinny towarzyszy kiedykolwiek pacjentowi w czasie wizyty u specjalisty
- c) Czy zapewnia zastępstwo w opiece nad pacjentami w czasie swojej nieobecności?.
- d) Czy LR uczy swoich współpracowników, w jaki sposób koordynować opiekę nad pacjentem?.
- e) W przypadku wielu członków zespołu LR kto informuje pacjenta o jego chorobie.

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Środowisko społeczne

wiedza na temat zawodu, kultury, otoczenia pacjenta

Metody oceny:

- a) Czy lekarz rodzinny zna nie tylko zawód swojego pacjenta, ale także warunki pracy
- b) Czy LR wykorzystuje inne źródła informacji, np.: Stowarzyszenia Anonimowych Alkoholików?
- c) Czy LR przy ustalaniu rozpoznania korzysta ze znajomości epidemiologii chorób w danej społeczności.
- d) Czy LR jest aktywnym członkiem społeczności, w której pracuje.
- e) Czy stawianie diagnozy i zalecane leczenie są oparte na ocenie pacjenta poza gabinetem lub szpitalem, czy raczej na warunkach szpitalnych?

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Zapobieganie

obejmuje m.in. rozpoznawanie czynników ryzyka, opóźnianie konsekwencji przewlekłych chorób oraz promocję zdrowego stylu życia.

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Zapobieganie

Metody oceny:

- a) Czy określone czynniki ryzyka dla każdego pacjenta są określone i odnotowane w karcie pacjenta?
- b) Czy odnotowane czynniki ryzyka były dyskutowane z pacjentem (udokumentowane)
- c) Czy LR uprzedzał wystąpienie kryzysu, pojawiającego się w cyklu rodziny, np.. Określonych problemów w pierwszych latach małżeństwa?(mniejsza aktywność fizyczna i nadmierne nieprawidłowe odżywianie)

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Rodzina

traktowanie pacjenta jako członka społeczności, jaką jest rodzina, rozpoznanie wpływu choroby na rodzinę, jak też wpływu rodziny na chorobę. (umiejętność różnicowania rodziny funkcjonalnej od dysfunkcjonalnej z praktyczną umiejętnością jej zastosowania).

ZASADY MEDYCYNY RODZINNEJ

Rodzina

Metody oceny:

- a) Czy dokumentacja pacjenta zawiera genogram, koło rodziny, skalę Agar rodziny i zapis dotyczący aktualnej fazy w cyklu rodziny.
- b) Czy w dokumentacji znajdują się informacje dotyczące osób, które są bliskie choremu i zawsze służą mu swoim wsparciem.
- c) Czy istnieje dowód, że lekarz ocenił wpływ choroby na członków rodziny pacjenta?

Karta lekarzy rodzinnych

1. Lekarz rodzinny jest to lekarz, który uzyskał specjalizację z medycyny rodzinnej i posiada wiedzę i umiejętności opisane w dokumencie „Szczegółowy zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do egzaminu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej”

Karta lekarzy rodzinnych

2. Lekarz rodzinny praktykuje, realizując kompetencje zgodnie z dokumentem „Zakres kompetencji lekarza rodzinnego”.

Karta lekarzy rodzinnych

3. Lekarz rodzinny jest osobą niezależnie praktykującą za publiczne pieniądze, przekazywane na zasadzie kontraktu przez dysponenta środków.

Karta lekarzy rodzinnych

4. Niezależna praktyka charakteryzuje się wielką odpowiedzialnością lekarza rodzinnego za swoją instytucję i pacjentów z listy, samodzielnością- lekarz rodzinny podejmuje wszystkie decyzje, efektywnością podejmowanych działań oraz wysoką jakością świadczeń.

Karta lekarzy rodzinnych

5. Instytucja lekarza rodzinnego występuje w formie:

- * praktyki indywidualnej
- * zespołu praktyk indywidualnych
- * praktyki grupowej

Karta lekarzy rodzinnych

6. Praktyka lekarza rodzinnego jest łatwo dostępna, tzn. że bez względu na miejsce zamieszkania odległość do niej nie może stanowić dla pacjenta bariery
7. Praktyka lekarza rodzinnego jest praktyką ogólną, tzn. obejmuje wszystkie rodzaje dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta.

Karta lekarzy rodzinnych

8. Praktyka lekarza rodzinnego jest praktyką powszechną, tzn. obejmuje każdego człowieka, niezależnie od wieku, płci, klasy społecznej, rasy czy religii
9. Lekarz rodzinny jest stale odpowiedzialny za swojego pacjenta z listy. Sprawuje opiekę ciągłą w zdrowiu i chorobie przez całe jego życie

Karta lekarzy rodzinnych

10. Świadczenia lekarza rodzinnego są bezpłatne.

11. Lekarz rodzinny cieszy się całkowitym zaufaniem swojego pacjenta. Jest dyskretny i chroni posiadane informacje. Jest zobowiązany do ich udostępniania na prośbę pacjenta.

Karta lekarzy rodzinnych

12. Lekarz rodzinny prezentuje podejście holistyczne. Rozwiązuje problemy zdrowotne w miejscu ich powstania w kategoriach biomedycznych, psychologicznych i socjalnych (społecznych)
13. Opieka lekarza rodzinnego jest zorientowana na osobę, a nie na chorobę, oparta na dobrej komunikacji pomiędzy lekarzem rodzinnym a pacjentem.

Karta lekarzy rodzinnych

14. Opieka lekarza rodzinnego jest zorientowana na rodzinę, bo problemy analizowane są w kontekście uwarunkowań i wpływów rodzinnych.

Karta lekarzy rodzinnych

15. Opieka lekarza rodzinnego jest zorientowana na społeczność lokalną, w której żyje pacjent. Lekarz rodzinny zna potrzeby tej społeczności i współpracuje z innymi profesjonalistami medycznym, agencjami działającymi w obszarze zdrowia, z grupami samopomocy i innymi, inicjując pozytywne przemiany w obszarze zdrowia społeczności, której służy

Karta lekarzy rodzinnych

16. W swojej pracy lekarz rodzinny kładzie nacisk na działania prewencyjne i promocję zdrowia, angażując społeczność w proces umacniania zdrowia.

17. Lekarz rodzinny pełni rolę koordynatora i w pewnej części przypadków (ok. 10-15%) kieruje pacjenta do innych specjalistów. Rezultaty konsultacji i wyniki badań omawia ze swoim pacjentem.

Karta lekarzy rodzinnych

18. Lekarz rodzinny jest adwokatem (agentem) dla pacjenta. Broni jego interesów w sprawach zdrowia i choroby w kontaktach z innymi dostawcami usług zdrowotnych. Lekarz rodzinny omawia z pacjentem alternatywne sposoby leczenia i wskazuje, jak z nich skorzystać.

Karta lekarzy rodzinnych

19. Lekarz rodzinny jest stale odpowiedzialny za swoich podopiecznych z listy. W godzinach pracy zajmuje się nimi bezpośrednio, a poza godzinami pracy organizuje potrzebującą pomoc w ramach dyżurów, pełnionych na zmianę z innymi lekarzami rodzinnymi.

Karta lekarzy rodzinnych

20. Lekarz rodzinny jest wybierany przez pacjenta w systemie wolnych motywujących lekarza opcji. Pacjent ma prawo do wyboru i bezpłatnej zmiany lekarza rodzinnego na innego jeden raz w roku. Lekarz rodzinny w określonych, wyjątkowych sytuacjach może odmówić wpisania pacjenta na listę.

Karta lekarzy rodzinnych

21. Lekarz rodzinny jest częścią zespołu opieki podstawowej.
22. Lekarz rodzinny gromadzi dokumentację o pacjencie, dokumentację dotyczącą praktyki oraz sprawozdaje do dysponenta środków do praktyki i innych uprawnionych instytucji zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Karta lekarzy rodzinnych

23. Praktyka lekarza rodzinnego jest wyposażona w sprzęt i urządzenia niezbędne do wykorzystania wszystkich kompetencji lekarza rodzinnego.
24. Praktyka lekarza rodzinnego dotrzymują standardów przewidzianych dla lokalu, sprzętu i wyposażenia, założonych w minimach akredytacyjnych.

Karta lekarzy rodzinnych

25. Najlepsi lekarze rodzinni uczestniczą kształceniu podyplomowym. Szkolą w swoich instytucjach rezydentów na zasadzie „praktyki u mistrza” oraz biorą udział w zajęciach praktycznych i teoretycznych na uczelniach medycznych jako wykładowcy i nauczyciele.

Karta lekarzy rodzinnych

26. Lekarz rodzinny ciągle doskonali się, pracuje naukowo i działa na rzecz wysokiej jakości świadczeń. Interesuje się i działa na rzecz promowania rozwoju profesji na poziomie narodowym i międzynarodowym.
27. Lekarz rodzinny może zostać członkiem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i realizować jego statutowe cele.

Krajowe organizacje lekarzy rodzinnych

Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

- Założone 23 czerwca 1992 roku
- Prezes Tomasz Tomasik (pierwszy prezes Jacek R. Łuczak)

Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej

Prezes Kazimierz Wardyn

! Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych (1993 r.)

Cele Kolegium Lekarzy Rodzinnych

- ❖ Określenie i kształtowanie modelu poz w oparciu o inst. LR
- ❖ Wspieranie LR w wyk. jego praktyki,
- ❖ Reprezentacja i obrona interesów członków KLR, *Oddziaływanie na treści i formy szkolenia przeddyplomowego oraz ustawicznego rozwoju zawodowego....
- ❖ Wyznaczanie kierunków i zasad oraz ułatwianie i usprawnianie kształcenia podypomowego oraz ustawicznego rozwoju zawodowego....
- ❖ Wywieranie wpływu na podnoszenie i utrzymywanie wysokiej jakości świadczeń w poz.
- ❖ Wspieranie aktywności naukowej w dziedzinie MR
- ❖ Promocja idei medycyny rodzinnej w Polsce
- ❖ Integracja środowiska LR
- ❖ Aktywne uczestnictwo w procesach przekształceń w ochronie zdrowia w Polsce

Międzynarodowe organizacje lekarzy rodzinnych

- **WONCA** (the World Organisation of National Colleges, Academies et Academic Assosiation of General Practitioners/Family Physicans)
- **EURACT** (The European Academy of Teachers in General Practice)
- **EQuiP** (The European Working Party on Quality in Family Practice)
- **EGPRW** (The European General Practice Resaerch Workoshop)

Ważne daty w Medycynie Rodzinnej

- **1991 r. ustawa o zakładach opieki zdrowotnej.**
- **23.06.1992 Powstanie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce**
- **1993 rozporządzenie umożliwiające zawieranie umów z podmiotami npublicznymi**
- **13.10.1993 rozporządzenie wprowadzające specjalizację z MR**
- **12.05.1994 opracowanie „Strategii przekształceń poz w Polsce”**
- **1995 pierwsze kontrakty (Szczecin, Suwałki)**