

Andrzej Steciwko, Donata Kurpas

Akademia Medyczna we Wrocławiu

LEKARZ RODZINNY JAKO WYRAZ NOWEGO PODEJŚCIA DO OPIEKI NAD PACJENTEM

WSTĘP

Uzyskanie porady (lecniczej, rehabilitacyjnej lub edukacyjnej) stanowi formę wyrażania potrzeb zdrowotnych przez odbiorcę usług medycznych (pacjenta) i daje mu poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Poprawa opieki zdrowotnej ma znaczący wpływ na poziom zdrowotności obywateli (Rönserberg 1996: 146–154).

Podstawowa opieka zdrowotna [dalej: POZ] stanowi znaczący obszar funkcjonowania systemu medycznego w każdym kraju. Przyjmuje się, że prawie 80–90% potrzeb zdrowotnych zgłaszających się pacjentów realizuje się na poziomie lekarza pierwszego kontaktu. Świadczenia w zakresie POZ są udzielane w miejscu zamieszkania, pracy bądź nauki. Podstawowa opieka zdrowotna dla ogółu ludności obejmuje świadczenia profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne w dziedzinie medycyny ogólnej lub chorób wewnętrznych, pediatrii i medycyny szkolnej, położnictwa i ginekologii oraz stomatologii (Łatański, Braun, Kuszewski 1992).

Wobec powyższego pacjenci będą oczekiwali od systemu opieki zdrowotnej wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego oraz wydłużenia i poprawy jakości życia, a takie założenia ma wypełniać instytucja lekarza rodzinnego, który jest nie tylko farmakoterapeutą, ale i opiekunem pacjenta oraz jego rodziny w wymiarze fizycznym, psychologicznym, społecznym, kulturowym i egzystencjalnym (Łuczak 1999).

1. EUROPEJSKIE DEFINICJE ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI LEKARZY RODZINNYCH WONCA 2002

Medycyna rodzinna jest dyscypliną akademicką i naukową, a także specjalnością medyczną, z własną treścią edukacyjną, badaniami naukowymi, bazą potwierdzonych danych i aktywnością kliniczną, ukierunkowaną na opiekę podstawową (*Dla dobra publicznego...*, 2002).

Lekarze rodzinni są to lekarze specjaliści, przeszkoleni zgodnie z założeniami medycyny rodzinnej. Są lekarzami osobistymi, w pierwszym rzędzie odpowiedzialnymi za zapewnienie każdej potrzebującej opieki medycznej jednostce, opieki całościowej i ciągłej, niezależnie od wieku, płci, rodzaju choroby tej jednostki. Lekarze rodzinni sprawują opiekę nad jednostkami uwzględniając sytuację ich rodzin, lokalnej społeczności i zaplecza kulturowego, zawsze respektując autonomię swoich pacjentów. Uznają również własną zawodową odpowiedzialność przed lokalną społecznością. Negocjując ze swoimi pacjentami plany postępowania, włączają w nie czynniki fizyczne, psychologiczne, społeczne, kulturowe i egzystencjalne, wykorzystując wiedzę i zaufanie zrodzone z częstych kontaktów. Lekarze rodzinni odgrywają swoją zawodową rolę poprzez promowanie zdrowia, zapobieganie chorobie oraz zapewnienie leczenia i opieki, a także opieki terminalnej. Realizują to bezpośrednio albo poprzez świadczenia innych, według potrzeb zdrowotnych i zasobów dostępnych w lokalnej społeczności, której służą, umożliwiając pacjentom w razie konieczności dostęp do tych świadczeń. Muszą przyjmować odpowiedzialność za rozwijanie i zachowanie swoich umiejętności, równowagę psychiczną oraz system wartości, jako podstawy efektywnej i bezpiecznej opieki nad pacjentami (*Dla dobra publicznego...*, 2002).

Światowa Organizacja Lekarzy Rodzinnych WONCA określa, że „pięciogwiazdkowy lekarz rodzinny” sam świadczy usługi medyczne, podejmuje niezależne decyzje, przekazuje ważne informacje, jest liderem lokalnej społeczności i menedżerem swojej praktyki (Boland 2001).

2. ZADANIA STOJĄCE PRZED LEKARZEM RODZINNYM

13 października 1993 r. decyzją ministra zdrowia i opieki społecznej została powołana do życia nowa specjalizacja lekarska z zakresu medycyny rodzinnej. Istotą tej specjalizacji jest wyszkolenie lekarza rodzinnego, fachowca, który będzie miał bardzo szerokie kompetencje i zajmował czołowe miejsce w systemie POZ w Polsce. Takiego lekarza do tej pory nie mieliśmy w polskiej powojennej służbie zdrowia.

Lekarz rodzinny zapewnia podstawową i ciągłą opiekę zarówno pacjentom, ich rodzinom, jak i danej społeczności lokalnej, niezależnie od wieku, płci oraz rodzaju choroby osób, którymi się opiekuje. Zajmuje się pacjentami od momentu ich narodzin aż do śmierci. Tak pojmowana medycyna rodzinna staje się instytucją przyjazną człowiekowi, wychodzącą naprzeciw jego problemom i oczekiwaniom.

Poziomy opieki zdrowotnej lekarza rodzinnego obejmują:

a) Tradycyjne pojmowanie opieki:

- leczenie,
- profilaktyka zdrowotna,
- promocja zdrowotna.

b) Poziom zdrowia publicznego:

- opieka indywidualna,
- opieka nad rodziną,
- opieka nad społecznością.

c) Poziom opieki psychospołecznej:

- aspekt fizjologiczny,
- aspekt psychologiczny,
- aspekt socjologiczny.

Najważniejsze jednak są właściwe relacje lekarz – pacjent – rodzina – społeczność lokalna oparte na wzajemnym zrozumieniu i zaufaniu. W tych relacjach lekarz staje się przyjacielem, poprzez co wykracza dalece poza ramy tradycyjnie pojętej służby zdrowia.

Przez właściwe relacje lekarz ma możliwość gromadzenia szeregu informacji o pacjencie i jego rodzinie, o warunkach psychospołecznych i socjalnych rodziny (warunki życia codziennego, pracy, zagrożenia dotyczące rodziny, obciążenia i skłonności genetyczne, nawyki i tradycje) oraz społeczności lokalnej (poziom życia, tradycje, problemy społeczne).

Lekarz rodzinny rozwiązując problemy diagnostyczne korzysta z podstawowej aparatury medycznej (aparat do wykonywania EKG, USG) i zaplecza diagnostycznego, z możliwością wykonywania w nim podstawowych badań laboratoryjnych. Ma również dostęp do poszerzonej gamy badań laboratoryjnych wykonywanych poza obrębem jego praktyki. Decyzję o skierowaniu na te badania podejmuje samodzielnie.

Obligatoryjnie wyposażony w zestaw narzędzi do „małej chirurgii” lekarz taki jest w stanie wykonywać drobne zabiegi chirurgiczne, np. nakłucie krwiaka, ropnia, zatamowanie krwawienia, opatrzenie rany, założenie szwów, usunięcie szwów i drenów, pobranie wężła chłonnego do badania histopatologicznego, unieruchomienie tymczasowe w urazach narządu ruchu, wykonanie znieczulenia miejscowego. Do lekarza rodzinnego należy też sprawowanie opieki nad kobietą w ciąży, prowadzenie fizjologicznego porodu i połogu.

To on zapewnia ciągłość terapii u pacjentów z przewlekłymi i nawracającymi schorzeniami, bierze aktywny udział w rehabilitacji pacjentów po zabiegu operacyjnym, zawale serca, udarze mózgowym, urazach narządu ruchu, organizuje opiekę terminalną.

Lekarz rodzinny to lekarz działający w obrębie społeczności lokalnej. Musi uwzględnić specyfikę związaną z różnymi stadiami rozwoju fizjologicznego człowieka oraz zmiany łączące się z negatywnym wpływem środowiska zamieszkania, nauki i pracy na zdrowie pacjentów. Ma największy udział w promowaniu zdrowia i w profilaktyce różnych schorzeń.

W swojej pracy lekarz rodzinny współdziała z wieloma osobami z kręgu służby zdrowia, jak również spoza branży medycznej. W trudniejszych, bardziej skomplikowanych przypadkach, ma zawsze możliwość odwołania się do pomocy specjalisty. Natomiast w ostrych, ciężkich stanach chorobowych, po udzieleniu pierwszej pomocy, zapewnia transport chorego do odpowiedniego szpitala lub kliniki.

Istotą organizacji pracy w praktyce lekarza rodzinnego jest zapewnienie realizacji najważniejszych zadań z zakresu opieki zdrowotnej, opartych na zasadach ciągłości i dostępności opieki, zachowaniu poziomu i jakości usług, możliwości rozwoju zawodowego lekarza, oraz właściwe uporządkowanie organizacji i przepływ dokumentacji wewnętrznej i zewnętrznej. Zadania te nie są proste, powinny opierać się na efektywnej pracy w ramach praktyki lekarza rodzinnego, zależnej od jak najbardziej wydajnego wykorzystania przez niego czasu. Na codzienną pracę lekarza składają się: przyjmowanie pacjentów w praktyce (przypadki nagłe i planowane), wizyty domowe, konsultacje pacjentów przez telefon, szczepienia i bilanse zdrowia, kontakty ze specjalistami i oddziałami szpitalnymi, spotkania szkoleniowe zespołu praktyki, sprawy organizacyjne praktyki, sprawozdawczość, szkolenie studentów i rezydentów, lektura piśmiennictwa medycznego, a także doskonalenie zawodowe, przerwy na posiłki i rekreację (Godycki-Ćwirko, Kosiek, Tomasiak 1997).

Lekarz rodzinny powinien zapewniać całodobową opiekę nad swoimi pacjentami przy ścisłym określeniu planu dnia pracy tak, aby pacjenci przyzwyczaili się do godzin, w których udziela porad, wykonuje wizyty domowe i konsultacje telefoniczne. Bardzo istotne jest skrupulatne przestrzeganie określonych godzin pracy i zapoznanie wszystkich swoich podopiecznych z godzinami przyjęć i możliwością połączenia się z lekarzem (numery telefonów lub faxu, radiotelefon).

Życzliwość sprzyjająca zdobywaniu sobie zaufania u ludzi i jednocześnie wysoka jakość usług medycznych to główne atuty prestiżu społecznego i pozycji społecznej lekarza rodzinnego. Jego wiedza i wykształcenie pozwalają w sferze pierwszego kontaktu na ostateczne rozwiązanie szeregu problemów zdrowotnych w zakresie ok. 70–80% potrzeb każdego zgłaszającego się

z wizytą. Pozostali chorzy, tj. 20–30%, będą wymagali przynajmniej jedno-razowej, a dość często wielokrotnej specjalistycznej konsultacji, interwencji pogotowia bądź leczenia szpitalnego (Steciwo 1998).

3. PROMOCJA I PROFILAKTYKA ZDROWIA A DZIAŁALNOŚĆ LEKARZA RODZINNEGO

Promocja zdrowia w ogólnym ujęciu jest jedną z dziedzin medycyny mającą za zadanie pomóc pacjentom i ich rodzinom. Musi ona stanowić integralną część codziennego życia, a lekarze powinni przekazywać informacje mówiące na czym polegają odpowiednie (optymalne) warunki życia (w tym mieszkaniowe i pracy) oraz prawidłowe stosunki międzyludzkie. Edukacja zdrowotna winna być prowadzona w sposób ciągły. W wielu sytuacjach pacjenci wymagają od lekarzy rzetelnej i fachowej informacji oraz porad dotyczących metod zapobiegania chorobom.

Dzięki stworzeniu własnej grupy promocji zdrowia lekarz rodzinny oddziałuje daleko poza gabinetem lekarskim. Jako lider lokalnej społeczności w zakresie promocji zdrowia może przyczynić się do zmian tak długo, jak długo będzie świadomy swego potencjalnego wpływu.

Płaszczyzny działań prozdrowotnych lekarza rodzinnego – to szeroko pojęta promocja oraz profilaktyka zdrowotna realizowana w następujących dziedzinach: higiena osobista, aktywny styl życia, przeciwdziałanie nałogom, odpowiednie odżywianie, higiena środowiskowa, medycyna pracy, higiena szkolna, choroby cywilizacyjne, problemy związane z rodziną i społeczeństwem.

Realizacja tych zadań powinna być oparta na: współpracy z lokalnymi mediami, władzami samorządowymi, kościołami, instytucjami użyteczności publicznej, udziale w życiu społeczno-politycznym społeczności lokalnej.

Lekarz rodzinny wykorzystując swoją wiedzę o pacjencie, jego rodzinie i społeczności lokalnej może, dysponując własnymi danymi epidemiologicznymi populacji, być inicjatorem wielu działań mających na celu promocję i profilaktykę zdrowia oraz odgrywać decydującą rolę w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, oczywiście w skali określonej populacji (Rönserberg 1996; Goldstein 1998: 173–185).

4. OCZEKIWANIA PACJENTÓW WOBEC LEKARZA RODZINNEGO

Pacjenci chcieliby zyskiwać wsparcie, otuchę, spotykać się z przejawami dobroci i współczucia. Terapeuta jawi się jako osoba, która wie, co i jak ma leczyć, nadaje rytm konsultacji i decyduje, jaki sposób leczenia jest najbardziej odpowiedni.

Chorzy manifestują często oczekiwanie pomocy i wsparcia wraz z pasywnym przekazywaniem potrzeb. Takie relacje zachodzą z ludźmi przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi, narażonymi na długotrwały stres bądź będącymi w stanie terminalnym, skazanymi na nieuchronną śmierć. Szczególną grupę stanowią dzieci z niedojrzałą osobowością lub brakiem wsparcia rodzinnego.

Prawidłowe odczytywanie komunikatów werbalnych i niewerbalnych, bardzo uważne śledzenie przekazywanych informacji zarówno od samych pacjentów, jak i od ich rodzin, od sąsiadów, nauczycieli, znajomych stanowi realną szansę ustalenia właściwego rozpoznania (Pecyna 1997).

Lekarz rodzinny powinien być zdecydowany w działaniu, opanowany, wytrwały w dążeniu do osiągnięcia celów. W opinii pacjentów powinien być czujny, mieć dużą intuicję, być skłonny do zastanawiania się nad sobą, uzdolniony intelektualnie, z zamiłowaniem do rozwiązywania problemów.

Pecyna w swoich analizach podkreśla, że najbardziej zadowoleni z porady lekarskiej są pacjenci bardziej dojrzały psychicznie i świadomie kontrolujący swoje zachowanie. Niezadowoleni są zaś bardziej aktywni, neurotyczni, mniej świadomie kontrolujący własne zachowanie, tworzący w układzie z lekarzem instrumentalne przedmiotowe układy wzajemnych zależności (Pecyna 1997).

W polskim systemie opieki zdrowotnej pacjenci przyzwyczajeni do otrzymywania od lekarza wielu przysługujących w poprzednim systemie ochrony zdrowia świadczeń socjalnych, chcieliby widzieć kontynuację tego zwyczaju. Kontakt z terapeutą niejednokrotnie opiera się bardziej na egzekwowaniu należnych świadczeń niż na długotrwałych spotkaniach terapeutycznych, stąd w publicznych placówkach dominuje w stosunku lekarza oczekiwanie bardziej sumienności i uległości niż niezależności i odwagi.

PODSUMOWANIE

Aktywność lekarza rodzinnego stanowi jedyną w swoim rodzaju syntezę wielu działań. Sprawuje on opiekę nad chorymi w swoim gabinecie, w domu pacjenta, a niekiedy też w klinice lub w szpitalu. Jest lekarzem pierwszego kontaktu. Od jego kompetencji, trafnego rozpoznania i właściwego postępowania niejednokrotnie zależą dalsze losy chorego. To lekarz rodzinny podejmuje pierwsze decyzje i działania w celu ratowania i ochrony zdrowia pacjentów.

Mądrość i rozwaga każdego z lekarzy rodzinnych to jedne z najważniejszych atutów jego właściwego postępowania lekarskiego. Lekarz taki ma swoje kompetencje – uprawnienia do wykonywania szeregu czynności diagnostycznych i terapeutycznych, które do tej pory były w znacznej części

zarezerwowane tylko dla specjalistów różnych dyscyplin medycznych. Prawo do ich wykonywania daje obecnie dyplom specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej.

BIBLIOGRAFIA

- Boland M., 2001, *Być lekarzem rodzinnym w 2001 roku*, „Lekarz Rodzinny”, nr 11 (51).
Dla dobra publicznego. Dokument programowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, b.m. i r.w.
- Europejskie definicje 2002*. Medycyna rodzinna jako dyscyplina i specjalność, b.m. i r.w.
- Godycki-Ćwirko M., Kosiek K., Tomasik T., 1997, *Indywidualna praktyka lekarza rodzinnego. Układ architektoniczny, wyposażenie, dokumentacja i zespół lekarza rodzinnego*, „Lekarz Rodzinny”, wrzesień (numer specjalny).
- Goldstein A. O., 1998, *Promocja zdrowia, Medycyna rodzinna*, wyd. I polskie, red. A. Steciwko, Urban & Partner, Wrocław.
- Łatalski M., Braun N. R., Kuszewski K., 1992, *Lekarz ogólny – zadania i organizacja pracy*, Polskie Towarzystwo Medycyny Ogólnej i Środowiskowej, Lublin.
- Łuczak J., 1999, *Lekarz rodzinny i jego pacjent w zmieniającym się otoczeniu*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 1, s. 5.
- Pecyna B. M., 1997, *Czynniki psychologiczne warunkujące autopercepcję i percepcję lekarza w układzie „ja” – „inny”*, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Rönsberg W., 1996, *Edukacja zdrowotna*, [w:] *Medycyna rodzinna*, red. M. M. Kochen, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Steciwko A. (red.), 1998, *Praktyka lekarza rodzinnego. Aspekty organizacyjne, prawne i finansowe*, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław.

Andrzej Steciwko, Donata Kurpas

THE FAMILY DOCTOR AS AN EXPRESSION OF NEW ATTITUDE TO PATIENT'S CARE

Family medicine is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty oriented to primary care. Family doctors are specialist physicians trained in the principles of the discipline.

We present in the paper main tasks of family doctors taking health promotion and prophylaxis into special consideration as well as patients' expectations to family doctors.