

Załącznik nr 2

A U T O R E F E R A T

Opis osiągnięć naukowych, zawodowych i dydaktycznych

Dr med. Tomasz Tomasik

Kraków, marzec 2014

Spis treści

1. Dane osobowe	3
1.1. Imię i nazwisko	
1.2. Wykształcenie, posiadane dyplomy, stopnie naukowe	
1.3. Dotychczasowe zatrudnienie	
2. Dorobek i osiągnięcia naukowe określone w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach naukowych	4
2.1. Cykl pracy monotematycznych	
2.2. Omówienie celu naukowego pracy, osiągniętych wyników i ich wykorzystania	
3. Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze	10
3.1. Opis głównych zainteresowań i kierunki prac naukowo-badawczych	
3.2. Podsumowanie pracy doktorskiej	
3.3. Analiza bibliometryczna	
3.4. Sumaryczne zestawienie publikacji pełnotekstowych	
3.5. Członkostwo w redakcjach i radach naukowych czasopism	
3.6. Udział w konferencjach naukowych	
3.7. Uzyskane patenty	
3.8. Udział w zrealizowanych projektach naukowo-badawczych	
4. Działalność dydaktyczna	16
4.1. Obszary działalności dydaktycznej	
4.2. Praca w zespołach	
4.3. Szczególne osiągnięcia	
5. Działalność organizacyjna	19
5.1. Udział w zespołach eksperckich	
5.2. Ekspertyzy i opracowania wykonane na zamówienie	
5.3. Pełnione funkcje w organizacjach społecznych	
5.4. Organizacja konferencji	
5.5. Współpraca międzynarodowa	
6. Inne osiągnięcia	21
6.1. Działalność lecznicza	
6.2. Funkcje w instytucjach publicznych	
6.3. Nagrody i wyróżnienia	

1. Dane osobowe

1.1. Imię i nazwisko: Tomasz Tomasik

Data urodzenia : 26.03.1961

Data uzyskania dyplomu lekarza: 27.03.1987

Miejsce pracy: Uniwersytet Jagielloński - Collegium Medicum, Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Zakład Medycyny Rodzinnej. Adres: 31-061 Kraków, ul. Bocheńska 4,

Tel: 12 430 55 93

Stanowisko: adiunkt.

Członek Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie

1.2. Wykształcenie, posiadane dyplomy, stopnie naukowe

Specjalizacje zawodowe:

choroby wewnętrzne (I⁰)

data uzyskania: 20.11.1990.

medycyna rodzinna

data uzyskania: 5.12.1994.

zdrowie publiczne

data uzyskania: 18.05.2004

Stopień naukowy: Doktor nauk medycznych, nadany przez: Radę Wydziału Lekarskiego, w dniu 18.10.2002, tytuł pracy doktorskiej: „Przydatność metody Delphi do opracowania wytycznych postępowania medycznego w nadciśnieniu tętniczym”.

1.3. Dotychczasowe zatrudnienie

Okres	Miejsce pracy	Stanowisko
1987-1991	ZOZ Śródmieście, Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala im. E. Biernackiego	Asystent
1991-1998	Katedra Gerontologii i Medycyny Rodzinnej Uniwersytet Jagielloński CM	Asystent
1998-1999	Urząd Wojewódzki w Krakowie	Dyrektor Wydziału
1999-2002	Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Dyrektor Wydziału
2002- nadal	Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Uniwersytet Jagielloński CM, Zakład Medycyny Rodzinnej	Adiunkt

2. Dorobek i osiągnięcia naukowe określone w art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 o stopniach naukowych

2.1. Cykl pracy monotematycznych

Tytuł: Opieka nad pacjentami z chorobami serca i naczyń w praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w krajach Europy Środkowo - Wschodniej.

Prace wchodzące w skład cyklu:

1. Tomasik T, Windak A, Józwiak J, Oleszczyk M, Seifert B, Kersnik J, Kryj-Radziszewska E. Treatment of hypertension in central and eastern European countries: self-reported practice of primary care physicians. *J Hypertens.* 2012; 30:1671-8. (IF: 3,806).
2. Tomasik T. We don't know if health system changes in eastern Europe have improved quality. *BMJ.* 2012;344:e3923. doi: 10.1136/bmj.e3923. Review. (IF: 17,215).
3. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Palka M, Margas G, Svatopluk B. The self-perceived role of general practitioners in care of patients with cardiovascular diseases. A survey in Central and Eastern European countries following health care reforms. *Int J Cardiol.* 2013; 164:327-33. (IF: 5,509).
4. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Kijowska V, Dubas K. Lipid-Lowering Pharmacotherapy in Central and Eastern European Countries in Cardiovascular Prevention: Self-Reported Prescription Patterns of Primary Care Physicians. *J Cardiovasc Pharmacol Ther.* 2013; 18:234-42. (IF: 2,380).
5. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract.* 2014 Feb 13. [Epub ahead of print]. (IF: 0,741).

Do cyklu wyżej wymienionych publikacji włączyłem 4 pełnotekstowe prace oryginalne (artykuły nr 1,3,4 i 5). Odnoszący się do nich sumaryczny IF wynosi 12,436. Piątą pracą jest artykuł (nr.2) poglądowy (IF wyniósł 17,215). Sumaryczny IF dla wszystkich publikacji wynosi 29,651. Teksty powyższych publikacji stanowią załącznik nr 5 do niniejszego wniosku. W załączniku nr 6 zamieszczono oświadczenia wszystkich współautorów, określające indywidualny wkład każdego z nich w powstanie wymienionych prac.

2.2. Omówienie celu naukowego pracy, metody, osiągniętych wyników i ich wykorzystania

Podstawa cyklu prac

Choroby układu krążenia są główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa i zgonów w rozwiniętych krajach świata, w tym także w krajach Europy środkowo-wschodniej. Sytuacja taka ma miejsce mimo, że w naszej części Europy od lat 90-tych, a w Europie zachodniej od lat 70-tych obserwuje się stopniowy spadek umieralności sercowo-naczyniowej^{1,2}. Szacuje się, że choroby układu krążenia będą główną przyczyną zgonu współczesnych społeczeństw, co najmniej do lat dwudziestych obecnego stulecia. Badania epidemiologiczne potwierdzają, że w omawianym zakresie nadal istnieją duże różnice pomiędzy poszczególnymi krajami i regionami³. Jasno zobrazowali je w swojej pracy Deckert i współpracownicy. Wykazali oni, że dla mężczyzn standaryzowany współczynnik umieralności na 100 000 populacji z powodu chorób układu krążenia wynosi na przykład 186,17 we Francji i aż 1145,11 w Rosji⁴. W Polsce, jak i w innych krajach naszego regionu Europy wskaźniki umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu są od 1,5 do 3 razy wyższe, niż w krajach „starej” Unii Europejskiej⁵. Podsumowując można stwierdzić, że sytuacja epidemiologiczna w zakresie schorzeń układu krążenia w Polsce i krajach Europy Środkowo-Wschodniej jest gorsza, niż w innych częściach naszego kontynentu⁶.

Przyczyny takiego stanu rzeczy nie są do końca wyjaśnione. Nie dają się one wytłumaczyć wyłącznie różnicami w stylu życia i rozpowszechnieniem klasycznych czynników ryzyka. Nie można wykluczyć, że za utrzymywanie się różnic w epidemiologii chorób układu krążenia mogą, przynajmniej w jakimś stopniu, być odpowiedzialne różnice pomiędzy systemami ochrony zdrowia, w tym jakością opieki sprawowanej przez lekarzy rodzinnych.

Niekorzystne trendy wysokiej zachorowalności na choroby układu krążenia muszą być zahamowane. Jedną z możliwości odwrócenia tej sytuacji jest promowanie w społeczeństwie wiedzy o istocie tych chorób oraz rozpowszechnianie postaw prozdrowotnych. Ponadto lekarze rodzinni mogą przyczynić się do eliminacji czynników ryzyka, wczesnego wykrywania i prawidłowego leczenia choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemi i cukrzycy. Powyższe działania mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby osób cierpiących na schorzenia układu krążenia⁷.

¹ Kromhout D. Epidemiology of cardiovascular diseases in Europe. *Public Health Nutr.* 2001; 4:441-57.

² Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic Burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J.* 2006; 27:1610-9.

³ Rayner M, Petersen S. European cardiovascular disease statistics. British Heart Foundation: London. <http://www.heartstats.org/homepage.asp>

⁴ Deckert A, Winkler V, Paltiel A, Razum O, Becher H. Time trends in cardiovascular disease mortality in Russia and Germany from 1980 to 2007 - are there migration effects? *BMC Public Health.* 2010; 10:488.

⁵ Majewicz A, Marcinkowski JT. Epidemiologia chorób układu krążenia. Dlaczego w Polsce jest tak małe zainteresowanie istniejącymi programami profilaktycznymi? *Probl Hig Epidemiol.* 2008; 89:322-325.

⁶ Bellwon J, Rynkiewicz A. Stan epidemii chorób serca i naczyń. Komu profilaktyka pierwotna, komu wtórna w schorzeniach układu sercowo-naczyniowego? *Przew Lek.* 2009; 1: 43-46.

⁷ Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren WM et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of

W 2007 roku w 9 krajach Europy Środkowo - Wschodniej rozpocząłem badanie dotyczące postrzegania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) własnych kompetencji, zadań oraz praktyki w obszarze prewencji, diagnozowania i leczenia chorób układu krążenia.

Przed około dwudziestu laty wszystkie kraje objęte badaniem rozpoczęły reformę ochrony zdrowia, która była kontynuacją zmian politycznych w tej części Europy. Reforma w początkowym okresie ograniczona była do POZ, a jej istotne elementy polegały na wprowadzeniu nowej specjalizacji – medycyny rodzinnej, prywatyzacji podmiotów udzielających świadczenia medyczne oraz kontraktowaniu świadczeń z publicznym płatnikiem⁸. Stosunkowo niewielką uwagę przywiązywano do analiz naukowych w omawianym obszarze. W literaturze międzynarodowej pojawiały się jedynie nieliczne prace, przedstawiające sytuacje w poszczególnych krajach. W zakresie publikacji w językach narodowych sytuacja była tylko nieznacznie lepsza. Ciągle brakuje analiz porównawczych przedstawiających efekty reformy opieki podstawowej oraz zakres i jakość świadczeń udzielanych przez lekarzy rodzinnych.

Przygotowanie i przeprowadzenie badania, stanowiącego podstawę omawianego cyklu prac, było konsekwencją mojego zainteresowania zagadnieniami jakości świadczeń w medycynie, a w szczególności w POZ. Ponadto wynikało ono z realizowanych przedsięwzięć naukowych zespołu Zakładu Medycyny Rodzinnej UJCM w obszarze chorób serca i naczyń, zwłaszcza nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i cukrzycy. Dobrą jego podstawę stanowiła rozwinięta współpraca międzynarodowa w ramach Światowej Organizacji Lekarzy Rodzinnych (World Organization of Family Doctors - WONCA⁹), w której uczestniczyłem.

Cele badawcze

Celami badawczymi omawianego cyklu prac było:

1. Określenie podobieństw i różnic w postępowaniu deklarowanym przez lekarzy POZ w krajach Europy Środkowo-Wschodniej w odniesieniu do pacjentów z czynnikami ryzyka i chorobami układu krążenia.
2. Ocena, na ile deklarowane przez lekarzy POZ postępowanie diagnostyczne oraz terapeutyczne (farmakologiczne i nefarmakologiczne) odbiega od międzynarodowych wytycznych w zakresie opieki nad pacjentami z problemami kardiologicznymi.
3. Identyfikacja i określenie wpływu wybranych czynników (zależnych od lekarza lub systemu ochrony zdrowia) na poprawność postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w chorobach serca i naczyń.

Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Atherosclerosis* 2012; 223:1-68.

⁸ Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflava A, Byma S. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract.* 2008; 25:113-8.

⁹ Kidd MR. WONCA inauguration speech 2013. *Med J Aust.* 2013; 199:439.

Streszczenie metodyki badania

Przeprowadzono nieeksperymentalne, przekrojowe badanie ankietowe lekarzy POZ w krajach Europy Środkowo - Wschodniej.

W celu zebrania danych o postępowaniu lekarzy POZ w częstych chorobach układu krążenia przygotowano specjalny kwestionariusz. Wstępna, anglojęzyczna wersja kwestionariusza została opracowana przez międzynarodowy zespół lekarzy rodzinnych, doświadczonych w realizacji tego typu badań. Po przeprowadzonym badaniu pilotażowym i analizie trafności kwestionariusz został przetłumaczony przez profesjonalnych tłumaczy medycznych na języki krajów uczestniczących w badaniu. Zawierał on pytania dotyczące postępowania prewencyjnego, diagnostycznego i terapeutycznego zalecanego pacjentom z czynnikami ryzyka i chorobami układu krążenia. Użyto pytań o charakterze zamkniętym ze zdefiniowanymi wersjami odpowiedzi pozostawiającymi respondentom jedną opcję do wyboru. Część pytań posiadało odpowiedzi przedstawione w skali Likerta.

Badanie objęło losową próbę 3000 lekarzy POZ z 9 krajów Europy Środkowo - Wschodniej (z Bułgarii, Czech, Estonii, Litwy, Łotwy, Polski, Słowacji, Słowenii oraz Węgier).

W ośrodku koordynacyjnym, znajdującym się w Zakładzie Medycyny Rodzinnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJCM opracowano centralną bazę danych, do której wprowadzono odpowiedzi ze zwróconych w poszczególnych krajach kwestionariuszy. Wykonano także szczegółowe analizy częstości odpowiedzi na poszczególne pytania.

Dla cech mierzonych na skali nominalnej lub porządkowej zaprezentowane zostały rozkłady częstości. W przypadku cech przedziałowych obliczono średnie i odchylenia standardowe. Rozkłady częstości porównane zostały przy użyciu testu Chi². Obliczono także współczynniki korelacji. Przyjęto powszechnie stosowany poziom istotności $p < 0,05$.

Podsumowanie wyników

Uzyskano odpowiedzi od 867 respondentów. Szczegółowe wyniki badania przedstawiono w czterech pracach oryginalnych, stanowiących załącznik do niniejszego wniosku. Podsumowując, można stwierdzić, że badanie pozwoliło ustalić jakie czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego uwzględniane są przez lekarzy POZ w krajach Europy Środkowo - Wschodniej w codziennej praktyce. Przedstawiono dostępności badań dodatkowych (elektrokardiografii, rentgenowskich, ultrasonograficznych) i procedur medycznych istotnych dla prawidłowego postępowania z pacjentami, u których występują choroby układu krążenia. Badanie pozwoliło także określić różnice w postępowaniu dotyczące pacjentów z niskim i wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym (**artykuł nr 3**). Uzyskano także informacje o opiece świadczonej przez lekarzy POZ w najczęstszych chorobach układu krążenia, w tym w nadciśnieniu tętniczym i hiperlipidemii (**artykuły nr 1 i nr 4**). Informacje te dotyczyły uznawanych celów terapii, sposobów leczenia, wyboru leków, samodzielnego rozpoczynania terapii i długości jej stosowania. W **artykule nr 5** przedstawiono wartości hemoglobiny glikowanej, glikemii, ciśnienia tętniczego oraz cholesterolu wskazywane przez lekarzy jako docelowe w leczeniu

pacjentów z cukrzycą. Dodatkowo do cyklu prac monotematycznych włączony jest artykuł przeglądowy (**artykuł nr 2**), powiązany z wcześniej wymienionymi pracami tematycznie. Omawia on i interpretuje wyniki analizy publikacji związanych z działaniami na rzecz poprawy jakości opieki nad pacjentami z chorobami serca i naczyń w krajach Europy Środkowo - Wschodniej.

Podstawowe wnioski

1. Po wprowadzeniu przed około dwudziestu laty istotnych reform w krajach Europy środkowej i wschodniej, lekarze POZ deklarują akceptację obowiązków w zakresie opieki nad pacjentami z ryzykiem lub chorobami układu krążenia. Duże podobieństwo między krajami oraz powszechna akceptacja obowiązków dotyczy w szczególności pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Sytuację taką należy uznać za korzystną z uwagi na trendy epidemiologiczne. W odniesieniu do cukrzycy i dyslipidemii istnieją większe różnice pomiędzy krajami.
2. Lekarze POZ wykazują pozytywne nastawienie do kompleksowej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. W zdecydowanej większości krajów wykorzystywany jest model SCORE. Lekarze deklarują także łatwy dostęp do podstawowych badań dodatkowych (laboratoryjnych i obrazowych) przydatnych w ocenie omawianego ryzyka i monitorowaniu chorób. Z kolei w odniesieniu do badań wykorzystujących zaawansowane technologie, w większości krajów wymagane jest skierowanie za pośrednictwem specjalistów. Postępowanie oparte na wykorzystaniu badań nie wymagających dużych nakładów finansowych jest właściwe w naszej części Europy.
3. Niektóre decyzje dotyczące opieki nad pacjentami z chorobami serca i naczyń, podejmowane są przez lekarzy POZ bez uzasadnienia wynikającego z dowodów pochodzących z badań naukowych. W istotnych obszarach istnieją różnice pomiędzy rekomendacjami zawartymi w aktualnych wytycznych, a deklarowanym postępowaniem.
4. Zaskakująco duży odsetek lekarzy określa docelowe wartości leczenia nadciśnienia tętniczego na poziomie niższym niż zalecany przez krajowe i międzynarodowe wytyczne. Powyższa obserwacja odnosi się zarówno do pacjentów z niskim, jak i wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym. Istnieje także tendencja do nadmiernie wczesnego (bez poprzedzającego okresu leczenia nefarmakologicznego) zalecania leków obniżających ciśnienie tętnicze u pacjentów z 1 i 2 stopniem nadciśnienia tętniczego. Postępowanie takie może wskazywać na zbyt małą uwagę, jaką w krajach Europy Środkowo - Wschodniej poświęca się zagadnieniom bezpieczeństwa pacjenta i niekorzystnym efektom zbędnej farmakoterapii.
5. Pomiędzy poszczególnymi krajami występują istotne różnice w zakresie deklarowanego stosowania leków przeciw nadciśnieniowych. Generalnie przeważa tendencja do stosowania leków z nowszych klas. Najczęściej wykazywanymi przez lekarzy POZ lekami są inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę. Większość lekarzy

potwierdza też stosowanie preparatów złożonych, zawierających stałe dawki leków hipotensyjnych. Starsze klasy leków, w tym diuretyki i beta-blokery są rzadziej zalecane.

6. Deklarowane stosowanie statyn można uznać za zadowalające mimo, że pomiędzy poszczególnymi krajami występują istotne różnice. Atorvastatyna i Simvastatyna są najczęściej zalecanymi lekami w prewencji chorób układu krążenia. Nowsze leki, nie posiadające odpowiedników generycznych, są stosowane znacznie rzadziej. Zdecydowana większość lekarzy uczestnicząca w badaniu raportowała długotrwałą, trwającą do końca życia pacjenta terapię statynami.
7. Stosowanie fibratów oraz terapii złożonej (fibraty i statyny), przez dużą część lekarzy POZ odbiega od zaleceń zawartych w międzynarodowych i krajowych wytycznych. U pacjentów z cukrzycą zaskakująco wielu lekarzy określa cele terapeutyczne dla hemoglobiny glikowanej (HbA1c) i ciśnienia tętniczego poniżej poziomu rekomendowanego w tych wytycznych. W obu przedstawionych obszarach istnieje konieczność działań poprawiających jakość opieki.
8. Różnice w deklarowanym postępowaniu u pacjentów z chorobami układu krążenia w małym stopniu zależą od cech lekarza (np. wiek, płeć, posiadana specjalizacja, lokalizacja praktyki). U ich podstaw leżą prawdopodobnie czynniki organizacyjne systemów opieki zdrowotnej oraz regulacje finansowe w poszczególnych krajach.

Możliwość wykorzystania wyników

Z przeprowadzonego badania, obrazującego różnice i podobieństwa postępowania lekarzy POZ w krajach Europy Środkowo - Wschodniej w zakresie prewencji, diagnozowania i leczenia chorób układu krążenia, wynikają praktyczne wskazówki dla różnych podmiotów działających w ochronie zdrowia.

W odniesieniu do **lekarzy POZ** w krajach Europy Środkowo - Wschodniej, opublikowane wyniki badania pozwalają zwrócić uwagę na istniejące obszary, w których aktualny sposób postępowania odbiega od powszechnie akceptowanych zaleceń. Obszary te obejmują w większym stopniu opiekę nad pacjentami z zaburzeniami lipidowymi i cukrzycą, a w mniejszym stopniu z nadciśnieniem tętniczym. W odniesieniu do pacjentów z dyslipidemią dotyczą one szczególnie leczenia fibratami oraz łączonej terapii statynami i fibratami. Z kolei w odniesieniu do cukrzycy konieczna jest aktualizacja wiedzy dotycząca celów terapeutycznych oraz świadomość ryzyka i szkód związanych z nadmiernym obniżaniem niektórych parametrów, zwłaszcza HbA1c. W przypadku nadciśnienia tętniczego lekarze POZ powinni zwrócić większą uwagę na wprowadzanie zmian w stylu życia pacjenta przed rozpoczęciem leczenia farmakologicznego nadciśnienia tętniczego. Wyniki badania powinny być uwzględniane przez lekarzy w planowaniu rozwoju zawodowego, opracowywaniu indywidualnych planów edukacyjnych oraz podejmowaniu działań zmierzających do poprawy jakości w praktykach.

Profesjonaliści w zakresie zdrowia publicznego oraz **organizatorzy systemu POZ** w krajach Europy środkowo-wschodniej, powinni dążyć do utrzymania zasady oceny ryzyka sercowo-naczyniowego na podstawie badań, których koszty są niewielkie. Ma to szczególne znaczenie

w sytuacji ograniczonych środków finansowych przeznaczanych na opiekę medyczną. Nie ma potrzeby zwiększania dostępności do podstawowych badań dodatkowych (laboratoryjnych i obrazowych) przydatnych w ocenie ryzyka. Stwierdza się natomiast potrzebę poprawienia wiedzy i zwrócenia uwagi lekarzy na zlecenie i wykonywanie właściwych badań. Istnieją także obszary, w których konieczne jest podejmowanie systematycznych działań zmierzających do poprawy jakości opieki. Jedno z takich działań powinno polegać na interdyscyplinarnym opracowywaniu, aktualizacji i implementacji wytycznych postępowania, skierowanych do lekarzy POZ. Przeprowadzone badanie pozwala także zobrazować bariery organizacyjne w POZ, które ograniczają możliwości świadczenia optymalnej opieki.

Z punktu widzenia **nauczycieli medycyny rodzinnej** istotne jest wykazanie, w omawianym cyklu prac badawczych, konieczność prowadzenia ciągłej edukacji medycznej. Preferowane powinny być metody o udowodnionej skuteczności w edukacji osób dorosłych, zwłaszcza te zakładające aktywne uczestnictwo osób uczących się. W krajach Europy Środkowo - Wschodniej nadal dominują pasywne metody edukacji, głównie wykłady i seminaria. Konieczne jest także zwiększenie efektywności szkolenia specjalizacyjnego oraz podejmowanie wysiłków i współpracy z organizacjami profesjonalnymi lekarzy w zakresie wprowadzania do praktyk wytycznych postępowania medycznego.

Naukowcy w obszarze medycyny rodzinnej powinni prowadzić badania przyczyn różnic w opiece podstawowej pomiędzy poszczególnymi krajami. W większym stopniu powinni zwracać uwagę na czynniki organizacyjne i finansowe, a w mniejszym na czynniki zależne od samych lekarzy. Wskazane jest także podejmowanie badań analizujących w jaki sposób i w jakim stopniu różnice w sposobie opieki wpływają na uzyskiwane wyniki zdrowotne.

3. Pozostałe osiągnięcia naukowo-badawcze

3.1. Opis głównych zainteresowań i kierunki prac naukowo-badawczych

Moje główne zainteresowania naukowo-badawcze koncentrowały się na podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), a w szczególności na jakości opieki świadczonej przez lekarzy. W tym zakresie prowadziłem badania w Polsce oraz w krajach Europy środkowej i wschodniej. Na początku lat 90-tych wszystkie kraje naszego regionu rozpoczęły reformy POZ¹⁰. Wprowadzano nową specjalizację – medycynę rodzinną, następował rozwój prywatnych podmiotów udzielających świadczeń, wprowadzono kontrakty z narodowym płatnikiem, zmieniano sposób finansowania z budżetowego na kapitałowy, a część kompetencji zarządczych przekazywano samorządom terytorialnym. Zarówno wówczas, jak i obecnie niewiele uwagi poświęcano zagadnieniom związanym z poprawą jakości świadczeń medycznych. Dominowało niesystematyczne i biurokratyczne podejście do oceny świadczeń. Jego celem było wyciąganie sankcji i kary, a nie stała poprawa standardu opieki nad pacjentami. Inny powszechnym

¹⁰ Oleszczyk M, Svab I, Seifert B, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. BMC Fam Pract. 2012;13:15.

problemem był brak praktycznej możliwości oceny jakości opieki na poziomie POZ. W większości krajów poza działaniami związanymi z edukacją i kształceniem personelu nie wdrażano innych, efektywnych metod poprawy.

W swojej pracy naukowo - badawczej zainteresowałem się głównie działaniami określanymi jako „wewnętrzna poprawa jakości”, a więc takimi, które inicjuje i prowadzi sam personel medyczny. Ich efektywność jest większa od działań „zewnętrznych” (realizowanych przez administrację, płatnika i nadzór nad ochroną zdrowia). Podjąłem prace mające znaczenie dla rozwoju wiedzy i praktycznej metodologii oceny oraz poprawy jakości świadczeń (usług) medycznych w naszej części Europy.

Byłem współautorem podręcznika przeznaczonego dla lekarzy rodzinnych, który omawiał zagadnienia związane z poprawą jakości¹¹. Według mojej wiedzy jest on pierwszym podręcznikiem tego typu wydanym w Polsce, nie tylko w obszarze lecznictwa ambulatoryjnego, ale także innych poziomów ochrony zdrowia. Inne moje działania w omawianym zakresie dotyczyły opracowywania wielu wytycznych postępowania klinicznego. Ich tematyka obejmowała najczęstsze choroby przewlekłe w praktyce lekarza rodzinnego, w tym astmę oskrzelową¹², nadciśnienie tętnicze¹³ oraz cukrzycę¹⁴. W procesie ich przygotowania wykorzystywana była (również po raz pierwszy w POZ w naszym kraju) metoda Delphi¹⁵. Szczegółowa analiza przydatności tej metody do opracowywania wytycznych stanowiła temat mojej pracy doktorskiej.

W połowie ubiegłego dziesięciolecia uczestniczyłem w projekcie badawczym oceniającym wiedzę i kompetencje lekarzy POZ w Polsce w zakresie rozpoznawania i leczenia pacjentów z podwyższonym ciśnieniem tętniczym. Wykorzystano w nim kwestionariusz zawierający pytania wielokrotnego wyboru i opisy przypadków. Badanie przeprowadzono na warstwowej próbie lekarzy. Uczestniczyło w nim 125 lekarzy. Wykazano, że polscy lekarze mają pewne luki w wiedzy dotyczącej postępowania w nadciśnieniu, jednak nie większe niż ich koledzy z innych krajów Europy¹⁶. Stwierdzono także, że kompetencje lekarzy w zakresie opieki nad osobami z podwyższonym ciśnieniem tętniczym odbiegają od aktualnych rekomendacji¹⁷, nie są zlecane wszystkie, niezbędne badania dodatkowe¹⁸, poprawności decyzji w zakresie porad dotyczących

¹¹ Tomasiak T, Windak A, Król Z, Jacobs M. Wprowadzenie do procesów poprawy jakości w medycynie rodzinnej. Vesalius, Kraków 1996.

¹² Bochenek G, Duplaga M, Grzywacz E, Kryj-Radziszewska E, Sładek K, Sypka R, Szczeklik A, Tomasiak T, Windak A. Zasady postępowania w astmie oskrzelowej u dorosłych. Medycyna Praktyczna, Kraków 1998.

¹³ Grodzicki T, Gryglewska B, Kocemba J, Tomasiak T, Windak A. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Aktis, Łódź 2000.

¹⁴ Fabian W, Grzeszczak W, Lukas W, Majkowska L, Szymczyk I, Tomasiak T, Windak A. Zasady postępowania w cukrzycy. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego 2011. Aktis, Łódź 2011.

¹⁵ Tomasiak T. Reliability and validity of the Delphi method in guideline development for family physicians. Qual Prim Care. 2010;18:317-26.

¹⁶ Windak A, Gryglewska B, Tomasiak T, Narkiewicz K, Grodzicki T. Awareness of hypertension guidelines in primary healthcare in Poland. Blood Press. 2007;16:320-7.

¹⁷ Windak A, Gryglewska B, Tomasiak T, Narkiewicz K, Grodzicki T. General practitioners ignore high normal blood pressure. Blood Press. 2008;17:42-9.

¹⁸ Windak A, Gryglewska B, Tomasiak T, Narkiewicz K, Yaphe J, Grodzicki T. The competence of primary care doctors in the investigation of patients with elevated blood pressure: results of a cross-sectional study using clinical vignettes. J Eval Clin Pract. 2010;16:784-9.

stylu życia¹⁹ oraz leczenia farmakologicznego²⁰ nie była kompletna. Obecność cukrzycy w obrazie klinicznym wpływała niekorzystnie na poprawność decyzji lekarskich związanych z rozpoznawaniem i leczeniem pacjentów z podwyższonym ciśnieniem tętniczym. Przeprowadzone badanie wskazało na konieczność podejmowania wszechstronnych wysiłków dla efektywnej implementacji wytycznych postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Specjalna uwaga powinna być zwrócona na potrzeby edukacyjne starszych lekarzy, praktykujących z dala od dużych miast.

W dalszym etapie mojej pracy naukowej kontynuowałem badania zmierzające do określenia jakości opieki w POZ. Koncentrowałem się na zagadnieniach dotyczących chorób serca i naczyń, w tym szczególnie na prewencji^{21,22,23}. Prowadziłem także badania dotyczące wiedzy i kompetencji lekarzy w zakresie poprawy jakości²⁴ oraz akredytacji praktyk²⁵.

Kierowałem projektem badawczym w 9 krajach Europy Środkowo - Wschodniej, którego efektem było określenie podobieństw i różnic w postępowaniu deklarowanym przez lekarzy POZ w odniesieniu do pacjentów z chorobami układu krążenia. W ramach tego projektu powstały i zostały opublikowane w międzynarodowych czasopismach medycznych 4 prace oryginalne. Wchodzą one w skład wykazanego w niniejszym autoreferacie cyklu prac monotematycznych i stanowią moje główne osiągnięcie naukowe.

W ostatnich latach uczestniczyłem także w projekcie Leonardo da Vinci, którego celem był rozwój kształcenia ustawicznego europejskich lekarzy rodzinnych w zakresie poprawy jakości praktyk lekarskich. W ramach tego programu powstały kolejne prace oryginalne²⁴ i poglądowe²⁶ opublikowane w międzynarodowych czasopismach.

3.2. Podsumowanie pracy doktorskiej

¹⁹ Windak A, Gryglewska B, Tomasiak T, Narkiewicz K, Grodzicki T. Competence of General Practitioners in Giving Advice about Changes in Lifestyle to Hypertensive Patients. *Med Decis Making*. 2009; 29: 217-23.

²⁰ Windak A, Gryglewska B, Tomasiak T, Narkiewicz K, Yaphe J, Grodzicki T. Competence of Polish primary-care doctors in the pharmacological treatment of hypertension. *J Eval Clin Pract*. 2010;16:25-30.

²¹ Tomasiak T, Windak A, Domagała A, Dubas K, Sumskas L, Rosinski J. An evaluation of family physicians' educational needs and experiences in health promotion and disease prevention in Poland and Lithuania- a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12:13

²² Tomasiak T, Jóźwiak J, Windak A, Rygiel K, Mastej M, Smithson WH, Mathers N, Tomaszewski M, Kaess BM, Tykarski A, Konduracka E, Grzeszczak W, Lukas W. Prevention of coronary heart disease in primary medical care in Poland: results from the LIPIDOGRAM study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2011;18:287-96. (IF: 2,638).

²³ Jóźwiak J, Lukas W, Rygiel K, Mastej M, Piwowarska W, Windak A, Tomasiak T, Tykarski, Konduracka E, A, Gaśowski J, Mizgała E, Szymczyk I, Ślęzak A. The prevalence rate of overweight and obesity among adult patient population in Poland, according to the LIPIDOGRAM2004 and LIPIDOGRAM2006 studies, in context of previous Polish national screening surveys. *Przegl Lek*. 2011; 68:316-9.

²⁴ Czabanowska K, Klemenc-Ketis Z, Potter A, Rochfort A, Tomasiak T, Csiszar J, Van den Bussche P. Development of a competency framework for quality improvement in family medicine: a qualitative study. *J Contin Educ Health Prof*. 2012; 32(3):174-80.

²⁵ Lester HE, Eriksson T, Dijkstra R, Martinson K, Tomasiak T, Sparrow N. Practice accreditation: the European perspective. *Br J Gen Pract*. 2012;62:e390-2.

²⁶ Czabanowska K, Burazeri G, Klemenc-Ketis Z, Kijowska V, Tomasiak T, Brand H. Quality improvement competency gaps in primary care in Albanian, Polish and Slovenian contexts: a study protocol. *Acta Inform Med*. 2012;20:254-8.

Temat pracy: Przydatność metody Delphi do opracowania wytycznych postępowania medycznego w nadciśnieniu tętniczym.

Praca na stopień doktora nauk medycznych została wykonana w Katedrze Chorób Wewnętrznych i Gerontologii, Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Promotorem był: prof. dr hab. med. Józef Kocemba.

W celu poprawy opieki nad pacjentami POZ w Katedrze Gerontologii i Medycyny Rodzinnej UJCM opracowano w 2000r. wytyczne dla lekarzy rodzinnych omawiające zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym²⁷. Do opracowania tych wytycznych, po raz pierwszy w Polsce, wykorzystano metodę Delphi. Jest ona jednym ze sposobów uzgadniania opinii i posiada charakterystyczne cechy, a mianowicie: anonimowość członków grupy, informowanie zwrotne, powtarzanie pytań oraz analizę statystyczną.

Celami pracy na stopień doktora była:

1. Ocena przydatności metody Delphi do opracowania wytycznych postępowania dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
2. Porównanie opinii lekarzy rodzinnych i opinii specjalistów dotyczących właściwego postępowania z chorymi na nadciśnienie tętnicze.

Materiałem badawczym były odpowiedzi grupy respondentów (N=55) uczestniczących w opracowaniu wytycznych. W skład tej grupy weszli lekarze rodzinni (N=36) i lekarze specjaliści różnych dziedzin (N=19). Respondenci udzielali odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszach I i II rundy. Kwestionariusz II rundy zawierał tylko pytania, co do których we wcześniejszej rundzie wystąpiły wyraźnie zróżnicowane opinie (poniżej 75% zgodności odpowiedzi). Oceny przydatności metody Delphi dokonano badając jej rzetelność (współczynnik α -Cronbacha) oraz trzy rodzaje trafności: kryterialną (porównanie zaleceń z kryterium nadrzędnym), treściową (porównanie zakresu zaleceń ze wszystkimi zadaniami lekarza rodzinnego) i teoretyczną (określając wskaźnik podobieństw G- Holley i Guilforda z innymi wytycznymi). Badanie różnic w opiniach między dwoma grupami niezależnymi (specjaliści i lekarze rodzinni) przeprowadzono przy użyciu testu χ^2 dla obu rund metody Delphi.

Metoda Delphi w zastosowanej formie odznaczała się dobrą rzetelnością i dość dobrą trafnością. Świadczy to o jej potencjalnych możliwościach, ale nakazuje także dużą ostrożność i staranne przygotowanie w jej stosowaniu. Zestawiając opinie o przydatności zaleceń wyrażone przez specjalistów i lekarzy rodzinnych biorących udział w opracowaniu wytycznych, jedynie w nielicznych pytaniach stwierdzono różnice statystycznie znamienne pomiędzy odpowiedziami obu grup. Metoda Delphi okazała się wartościową metodą, która może być pomocna w uzgadnianiu opinii przy opracowywaniu wytycznych postępowania medycznego dla lekarzy rodzinnych.

²⁷ Grodzicki T, Gryglewska B, Kocemba J, Tomasiak T, Windak A. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Wytyczne Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Aktis, Łódź, 2000.

3.3. Analiza bibliometryczna

Łączna wartość IF wszystkich publikacji: **56,719**

IF przed uzyskaniem tytułu doktora: 0,955

IF po uzyskaniu tytułu doktora: 55.764

Łączna punktacja wg KBN (z pracami przed 1999 i monografiami): **680,5**

Liczba cytowań wg bazy Web of Science: **50**

Indeks Hirsha wg bazy Web of Science: **4**

3.4. Sumaryczne zestawienie publikacji pełnotekstowych

Jestem autorem **116** publikacji pełnotekstowych, w skład których wchodzi:

- oryginalne, pełnotekstowe prace naukowe: 31

w tym:

- w czasopismach z IF w bazie JCR: 18

- w czasopismach bez IF w PubMed (Medline): 2

- w innych czasopismach naukowych: 11

- prace poglądowe i popularno- naukowe: 65

- książki, monografie, podręczniki: 5

-artykuły/rozdziały w pracach zbiorowych: 15

Redagowałem 3 prace zbiorowe.

Pełna analiza bibliometryczna opracowana przez Bibliotekę Medyczną Uniwersytetu Jagiellońskiego CM stanowi Załącznik 7 do niniejszego wniosku. Wykaz opublikowanych prac znajduje się w Załączniku 4A, części I.

3.5. Członkostwo w redakcjach i radach naukowych czasopism

Brałem udział w pracach redakcji 3 czasopism medycznych:

1. Zdrowie i Zarządzanie - członek Rady Programowej w latach 1999-2002 (czasopismo informacyjno-edukacyjne dla menadżerów ochrony zdrowia w Polsce, kwartalnik)
2. Lekarz Rodzinny – członek Kolegium Redakcyjnego od 1996 roku nadal (czasopismo edukacyjne przeznaczone dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, miesięcznik)
3. Problemy Medycyny Rodzinnej - członek Komitetu Redakcyjnego od 2000 roku nadal (czasopismo naukowe publikujące prace oryginalne i pogładowe w języku polskim i angielskim, kwartalnik).

3.6. Udział w konferencjach naukowych

Łącznie brałem czynny udział w opracowaniu **82** prezentacji na zjazdy/konferencje/kongresy. Przygotowałem 44 prezentacje na zjazdy międzynarodowe i 38 na zjazdy krajowe.

Lista osobiście wygłoszonych wystąpień/referatów znajduje się w Załączniku 4 C – część K. Z kolei zestawienie innych prezentacji zamieszczone jest w Załączniku 4C – część IIIB.

3.7. Uzyskane patenty

Zgłosiłem oraz uzyskałem patent na „Mankiet do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi” (Nr prawa wyłącznego: PAT. 168637, data wydania decyzji 5.09.1995).

3.8. Udział w zrealizowanych projektach naukowo-badawczych

Projekty międzynarodowe

Kierowałem projektem międzynarodowym (edukacyjno-naukowym) w ramach programu Leonardo da Vinci: „Innowacyjne kształcenie ustawiczne europejskiej społeczności lekarzy rodzinnych w zakresie poprawy jakości praktyk lekarskich, z zastosowaniem nowoczesnych technologii informatycznych” (*Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology*); projekt nr 2010-1-PL1-LEO05-11473. Projekt realizowany był w latach 2011-2012. Jego ogólnym celem była popularyzacja i wsparcie nauczania lekarzy rodzinnych w zakresie poprawy jakości świadczeń. Przygotowano nowoczesne programy edukacyjne oraz materiały szkoleniowe umożliwiające efektywne nauczanie na odległość. Opracowano także nowoczesne narzędzia internetowe i informatyczne, które pozwalają w sposób świadomy i kompetentny poprawiać jakość świadczonych usług, a w efekcie podnosić poziom opieki sprawowanej nad pacjentami. Zrealizowany projekt uzyskał wysokie oceny Krajowej Agencji Programu LdV oraz przyczyni się do wzmocnienia roli lekarzy rodzinnych w strukturach POZ. Wszystkie rezultaty i opracowania projektu dostępne są na stronie internetowej www.ingpinqi.eu.

Od 2007 biorę udział, w charakterze eksperta oceniającego artykuły naukowe, w projekcie *the McMaster Online Rating of Evidence (MORE)* koordynowanym przez the Health Information Research Unit of McMaster University. Projekt ten jest częścią systemu McMaster *PLUS (Premium Literature Service)*, będącego bazą utworzoną przez the McMaster Health Knowledge Refinery (HKR). W systemie tym, z aktualnie publikowanej literatury naukowej wybierane są badania oryginalne i przeglądy systematyczne charakteryzujące się dużą wartością naukową. Artykuły spełniające określone kryterium są następnie poddane ocenie przez praktykujących lekarzy. Dotyczy ona odniesienia do praktyki (relevance) oraz wagi informacji dla lekarza (newsworthiness). System oceniający jest wykorzystywany do wyboru artykułów do *ACP Journal Club*, przygotowania podsumowujących tekstów EBM (PIER, BMJ Clinical Evidence, eTherapeutics+, FirstConsult), opracowania serwisów informujących o ważnych zagadnieniach klinicznych (EvidenceUpdates, OBESITY+, STAT!Ref Evidence Alerts, nursing+ Best Evidence for Nursing Care, Rehab+, KT+) oraz wspomagania narodowych bibliotek medycznych (Norwegian Electronic Health Library).

Brałem czynny udział w charakterze eksperta w pięciu projektach międzynarodowych (edukacyjno-naukowych) w ramach programu Leonardo da Vinci i jednym EC-PHARE. Tytuły projektów i okres realizacji podano w części IIIA załącznika 4C.

Projekty krajowe

Kierowałem dwoma projektami statutowymi w Uniwersytecie Jagiellońskim - Collegium Medicum:

1. „Poprawność postępowania lekarzy POZ w Polsce w nadciśnieniu tętniczym” (501/NKL/243/L) (2007-2008).
2. „Zapobieganie i leczenie chorób układu krążenia przez lekarzy rodzinnych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej” (K/ZDS/001484) (2011-2012).

4. Działalność dydaktyczna

4.1. Obszary działalności dydaktycznej

Moja działalność dydaktyczna związana była głównie z nauczaniem medycyny rodzinnej na wszystkich szczeblach edukacji medycznej. Prowadziłem zajęcia praktyczne i teoretyczne dla studentów Wydziału Lekarskiego i Wydziału Dietetyki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Byłem zaangażowany również w prowadzenie zajęć w Szkole Medycznej dla Obcokrajowców UJCM. Realizowałem zadania Pełnomocnika Dziekana ds. zawodowych praktyk wakacyjnych studentów II roku. W obszarze szkolenia podyplomowego prowadziłem zajęcia praktyczne stażystów podyplomowych, przygotowywałem oraz prowadziłem zajęcia teoretyczne i praktyczne dla rezydentów medycyny rodzinnej (szkolenie specjalizacyjne).

Pełniłem obowiązki kierownika specjalizacji dla 6 rezydentów medycyny rodzinnej. Brałem także udział w ciągłej edukacji medycznej lekarzy rodzinnych (głównie wykłady), w ramach projektów realizowanych przez różne stowarzyszenia.

4.2. Praca w zespołach

W roku 1993 byłem członkiem grupy zadaniowej ds. lekarza rodzinnego działającej przy Departamencie Nauki i Kształcenia Ministerstwa Zdrowia. Zespół ten opracował pierwszy w naszym kraju program specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej oraz pełne założenia do akredytacji instytucji kształcących. Przyczynił się tym samym do uruchomienia pierwszej w Polsce specjalizacji w trybie rezydenckim.

W 1993r. odbyłem półroczne szkolenie zagraniczne dla nauczycieli medycyny rodzinnej, zorganizowane w ramach programu Unii Europejskiej – PHARE. Od połowy tego roku angażowałem się w powstanie Pracowni Medycyny Rodzinnej, a następnie Regionalnego Ośrodka Kształcenia Lekarzy Rodzinnych w Uniwersytecie Jagiellońskim. Byłem członkiem zespołu realizującego zadania edukacyjne. Od początku działalności ośrodka uzyskało w nim specjalizację blisko 900 lekarzy, a obecnie w trakcie specjalizacji jest 100 lekarzy.

Następnie, do roku 1996 byłem członkiem Rady ds. Akredytacji Programów Kształcenia Lekarza Rodzinnego. Z kolei w roku 1999 wchodziłem w skład i brałem udział w pracach Zespołu ds. opracowania programu specjalizacji w dziedzinie medycyna rodzinna.

Od 2002 roku przewodniczę i organizuję prace Zespołu Ekspertów ds. oceny wniosków jednostek ubiegających się o prowadzenie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Celem działania zespołu jest analiza wniosków w zakresie zgodności z prawem i możliwości prowadzenia szkolenia podyplomowego. Ogółem zespół rozpatrzył blisko 250 wniosków instytucji ubiegających się o prowadzenie specjalizacji lub staży kierunkowych.

Będąc członkiem zespołu edukacyjnego powołanego w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie brałem czynny udział w projekcie POLKARD. Kierowałem realizacją zadania pt. „Program szkolenia lekarzy rodzinnych i pielęgniarek w zakresie prewencji chorób układu serca i naczyń”. Pierwsza część zadania realizowana była w 2007 roku, a część druga i trzecia w 2008 roku. W jego efekcie opracowano program kształcenia przeznaczony dla lekarzy oraz pielęgniarek POZ. Przygotowano także materiały dla nauczycieli (edukatorów) mogących realizować powyższe szkolenia. Przeprowadzono 16 kursów regionalnych, we wszystkich województwach w naszym kraju. Wzięło w nich udział 456 lekarzy i 437 pielęgniarek.

4.3. Szczególne osiągnięcia

W roku 1993 w trakcie pobytu na szkoleniach w Uniwersytetach w Utrechcie i Maastricht (Holandia) miałem możliwość zapoznania się z metodą dydaktyczną *Problem Based Learning*. W kolejnym roku uczestniczyłem w opracowaniu pierwszej w Polsce publikacji²⁸ opisującej tę metodę i jej przydatność w kształceniu lekarzy rodzinnych. W latach następnych uczestniczyłem

²⁸Windak A, Tomasik T, van Hasselt P. *Uczenie w oparciu o problem*. Vesalius, Kraków 1994.

we wdrożeniu tej metody i jej szerokim wykorzystaniu w kształceniu specjalizacyjnym lekarzy rodzinnych organizowanym przez Regionalny Ośrodek Kształcenia w Krakowie.

Byłem zaangażowany w działania zmierzające do podniesienia kompetencji lekarzy rodzinnych w obszarze edukacji. W roku 2002 uczestniczyłem w programie Leonardo da Vinci *Towards Development of the European Network of Postgraduate and Continuing Education for Family Physicians* realizowanym przez międzynarodowe konsorcjum, któremu przewodniczyło Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. W jego ramach opracowano europejski kurs dla nauczycieli medycyny rodzinnej (11 sesji, zawierających łącznie 34 moduły robocze). Uczestniczyłem w pierwszej, anglojęzycznej edycji tego kursu, a następnie brałem udział w redakcji materiałów do polskiej wersji kursów. Byłem jednym z organizatorów oraz wykładowcą na kilkunastu edycjach kursu, które odbyły się w naszym kraju. W sumie w zakresie prowadzenia edukacji zostało przeszkolonych ponad czterystu lekarzy – nauczycieli medycyny rodzinnej. Byłem także jednym z głównych organizatorów Konferencji Nauczycieli Medycyny Rodzinnej, które odbywały się w Krakowie w latach 2004-2007. Przebieg i osiągnięcia dotyczące tych wydarzeń zostały opisane w kilku publikacjach^{29,30,31}.

W ramach programu Leonardo da Vinci realizowanego w latach 2002-2005 *Towards development of European network of continuing and postgraduate education of family doctors* wdrażałem także nowoczesne, internetowe metody i narzędzia służące edukacji na odległość. Uczestniczyłem w opracowaniu programu edukacyjnego DOC-EDU³². W jego ramach powstały dwa interaktywne kursy internetowe: Interkulmer- dla lekarzy specjalizujących się w medycynie rodzinnej oraz Procus – dla lekarzy posiadających specjalizację. Opracowano także CONSILIUM, czyli forum dyskusyjne przeznaczone dla lekarzy rodzinnych, umożliwiające zadawanie pytań ekspertom z określonej dziedziny, jak również dyskusowanie na temat konkretnego problemu zdrowotnego lub przypadku choroby.

W latach 2011-2012 kierowałem międzynarodowym projektem Leonardo da Vinci - *Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology*. W projekcie tym opracowano internetowe narzędzie do pomiaru poziomu kompetencji lekarzy rodzinnych w zakresie poprawy jakości. Posiada ono 6 wersji językowych i służy określeniu potrzeb edukacyjnych³³. Przygotowano także internetowy kurs nauczania na odległość - poprawa jakości w praktykach lekarzy rodzinnych³⁴. Szczegółowe opisy powyższych narzędzi znajdują się w publikacji z roku 2013³⁵.

²⁹Tomasik T. Obowiązek doskonalenia zawodowego. Ogólnopolska Konferencja Nauczycieli i Tutorów Medycyny Rodzinnej. *Lek Rodz.* 2005; 6: 616-8.

³⁰Tomasik T. Choroby cywilizacyjne a Europejski Program Nauczania Medycyny Rodzinnej. Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji Nauczycieli i Tutorów Medycyny Rodzinnej. *Lek Rodz.* 2006;6:620-2.

³¹Tomasik T. IV Ogólnopolska Konferencja Nauczycieli i Tutorów Medycyny Rodzinnej. *Lek Rodz.* 2007;5:478-80.

³²Doc-Edu - program edukacyjny Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce <http://www.docedu.klrwp.pl/index.php>

³³Web-based tool. <http://ingpinqi.eu/products/web-based-tool-2/>

³⁴Training in quality improvement - a VET course for the teachers. <http://ingpinqi.eu/products/training-in-quality-improvement-a-vet-course-for-fm-teachers/>

³⁵Tomasik T, Kijowska V. EQUIP: European Society for Quality and Safety in Family Practice: quality improvement in general practice in the context of a European project. *Eur J Gen Pract.* 2013; 19:266-7.

5. Działalność organizacyjna

5.1. Udział w zespołach eksperckich

Uczestniczyłem w pracach 5 ogólnopolskich zespołów eksperckich:

1. Zespół ds. Lekarza Rodzinnego przy Departamencie Nauki i Kształcenia MZiOS; 1991-1994; cel działania zespołu: przygotowanie założeń do wdrożenia instytucji lekarza rodzinnego; członek.
2. Resortowy Zespół ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej; 1994; cel działania zespołu: opracowanie przekształceń POZ w Polsce; członek.
3. Rada ds. Akredytacji Programów Kształcenia Lekarza Rodzinnego; 1993-1996; cel działania zespołu: opiniowanie wniosków instytucji kształcących lekarzy rodzinnych; członek.
4. Zespół ds. opracowania programu specjalizacji w dziedzinie medycyna rodzinna; 1999; cel działania zespołu: przygotowanie programu szkolenia podyplomowego; członek.
5. Zespół Ekspertów ds. oceny wniosków jednostek ubiegających się o prowadzenie specjalizacji z medycyny rodzinnej; 2002 - nadal; cel działania zespołu: analiza wniosków w zakresie zgodności z prawem i możliwości prowadzenia szkolenia podyplomowego; przewodniczący.

W latach 1998 – 2002 w czasie kierowania Wydziałem Zdrowia w Urzędzie Wojewódzkim w Krakowie (przekształconym w wyniku reformy administracyjnej w Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej) brałem udział w pracach oraz przewodniczyłem następującym zespołom:

1. Zespół ds. Wdrażania Reformy Administracji Publicznej w Województwie małopolskim; 1998-2000; cel działania zespołu: implementacja samorządów wojewódzkiego i powiatowych oraz przekształcenia urzędu administracji rządowej; członek.
2. Wojewódzki Zespół ds. Ochrony Przeciwpożarowej i Ratownictwa; 1999-2002; cel działania zespołu: opracowanie i wdrożenie planów ochrony i ratownictwa w sytuacji zagrożeń; członek.
3. Rady Społeczne Samodzielnych Publicznych ZOZ-ów na terenie Małopolski; 1999-2003; cel działania rad: nadzór i opiniowanie działań kierownictwa ZOZ-ów; członek – przedstawiciel wojewody.
4. Zespół ds. oceny sytuacji związanej z zatrudnieniem w ochronie zdrowia w Małopolsce; 2000; cel działania zespołu: analiza oraz opracowanie rekomendacji związanych z sytuacją kadrową; przewodniczący.

5.2. Ekspertyzy i opracowania wykonane na zamówienie

Na zamówienie organów administracji rządowej oraz instytucji publicznych brałem udział w przygotowaniu następujących opracowań eksperckich:

1. Dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Departament Nauki i Kształcenia w 1994r: opracowanie zakresu kompetencji lekarza rodzinnego.
2. Dla Ministra Zdrowia w 1998 r: Strategia rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej w oparciu o instytucję lekarza rodzinnego.
3. Dla Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, od 2002 r - nadal: opinie na temat wniosków o wpisanie na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej.
4. Dla Wojewody Małopolskiego w 2012 i 2013 r: Zabezpieczenie kadr medycznych w Małopolsce w dziedzinie medycyny rodzinnej.

5.3. Pełnione funkcje w organizacjach społecznych

Angażowałem się w działalność 4 stowarzyszeń:

1. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce : od 1992 członek założyciel, 1998-2001 Z-ca Prezesa, 2002-2013 Skarbnik, od czerwca 2013 Prezes Zarządu Głównego.
2. Polska Akademia Medycyny Rodzinnej – 1994-1999 członek Zarządu.
3. Towarzystwo Promocji Jakości w Ochronie Zdrowia - od 1996 członek.
4. Polskie Towarzystwo Gerontologiczne - od 1997 członek.

5.4. Organizacja konferencji

Międzynarodowych

Byłem przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego 17 Europejskiej Konferencji Lekarzy Rodzinnych (17th WONCA Europe Conference - 'Family Medicine – Practice, Science and Art'). Konferencja ta odbyła się w dniach od 8 do 11 września 2011r. w Warszawie. Wzięło w niej udział 2754 uczestników – lekarzy rodzinnych głównie z Europy. Przeprowadzono 91 warsztatów, 48 sesji naukowych, na których ogłoszono 270 prezentacji ustnych, zaprezentowano 483 plakaty.

Krajowych

Brałem udział w organizacji i byłem członkiem Rad/Komitetów Programowych lub Komitetów Organizacyjnych 16 konferencji ogólnopolskich. Pełniłem rolę wiceprzewodniczącego Komitetu Programowego XIII Kongresu Medycy Rodzinnej, który odbył się w czerwcu 2013r. w Poznaniu.

Szczegółowe zestawienie działań organizacyjnych w obszarze konferencjach naukowych znajduje się w części IIC Załącznika 4C.

5.5. Współpraca międzynarodowa

Kierowałem jednym międzynarodowym, edukacyjno-naukowy projektem w ramach programu Leonardo da Vinci. Projekt ten, o tytule: „Innowacyjne kształcenie ustawiczne europejskiej społeczności lekarzy rodzinnych w zakresie poprawy jakości praktyk lekarskich, z zastosowaniem nowoczesnych technologii informatycznych” (*Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology*; nr: 2010-1-PL1-LEO05-11473 realizowany był w latach 2001-2012.

Uczestniczyłem także w pięciu projektach międzynarodowych w charakterze eksperta. Projekty te wymienione są w załączniku 4C- część C.

Jestem także członkiem następujących organizacji międzynarodowych zrzeszających lekarzy rodzinnych:

1. Europejskie Stowarzyszenie ds. Jakości i Bezpieczeństwa w Medycynie Rodzinnej (European Society for Quality and Safety in Family Practice - EQuIP) – delegat Polski od 1996 roku.
2. Europejska Akademia Nauczycieli Medycyny Rodzinnej (The European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine - EURACT) – członek od 1997 roku.

6. Inne osiągnięcia

6.1. Działalność lecznicza

W roku 1987 odbyłem staż podyplomowy w ZOZ-ie Śródmieście w Krakowie. Następnie zostałem asystentem w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala im. E. Biernackiego w Krakowie. W roku 1996 rozpocząłem pracę jako asystent w Klinice Geriatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Następnie prowadziłem działalność medyczną w lecznictwie ambulatoryjnym. W czerwcu 1996r. wraz z dwójką innych lekarzy rodzinnych uruchomiłem w Krakowie przy ul. Bocheńskiej 4 Praktykę Grupową Lekarzy Rodzinnych. Praktyka ta była pierwszym niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej w Krakowie (i jednym z pierwszych w Polsce), który na drodze kontraktu

został włączony w publiczny system ochrony zdrowia. Dysponentem środków na opiekę zdrowotną był wówczas Urząd Miasta Krakowa. W praktyce tej w dalszym ciągu pracuję jako lekarz, opiekuję się pacjentami i udzielam im świadczeń zdrowotnych z zakresu prewencji, diagnostyki i terapii.

6.2. Funkcje w instytucjach publicznych

Od 2012 r. pełnię funkcję Konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny rodzinnej w Małopolsce.

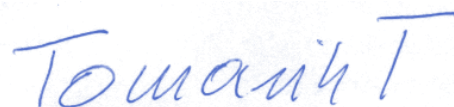
6.3. Nagrody i wyróżnienia

Otrzymałem następujące nagrody:

2001 - Srebrny Krzyż Zasługi; za działalność organizacyjną w ochronie zdrowia;

2006 - Nagroda Przewodniczącego Rady Szkoły Medycznej dla Obcokrajowców za zaangażowanie w pracę dydaktyczną;

2012 - Honorowa Odznaka: „Za zasługi dla ochrony zdrowia” - za działalność naukową i edukacyjną .



.....

Dr med. Tomasz Tomasik