

Результати діяльності Українського руху молодих сімейних лікарів. Система підготовки та особливості роботи сімейних лікарів Нідерландів

В.І. Ткаченко¹, Я.А. Садовнік¹, О.В. Заремба-Федчишин², І. Заставний²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Український рух молодих сімейних лікарів (Ukrainian movement of young general practitioners – UMYGP) створено у 2009 році за підтримки засновника сімейної медицини в Україні професора Г.І. Лисенка, президента Української асоціації сімейної медицини (з 1999 до 2013 р.). Головою руху було обрано на той час асистента кафедри сімейної медицини В.І. Ткаченка. На сьогодні керівним органом UMYGP є рада молодих сімейних лікарів. Куратор діяльності UMYGP – молодий вчений, доктор медичних наук з фаху «Загальна практика–сімейна медицина» В.І. Ткаченко (Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика).

На сьогодні в Українському русі молодих сімейних лікарів налічується близько 200 учасників з різних областей України, проте з кожним роком організація набирає все більшої популярності, з'являються нові особи, які проявляють зацікавленість та бажання вступити у рух.

Український рух молодих сімейних лікарів є частиною Міжнародного руху молодих сімейних лікарів Vasco da Gamma Movement (VdGM). VdGM створено у вересні 2005 року на WONCA Conference (м. Лісабон) і названий на честь відомого португальського мореплавця Васко да Гамма. Мета руху – надання молодим сімейним лікарям можливості брати участь у подальшому розвитку сімейної медицини та впливати на цей процес. У країнах – учасниках VdGM, як і в Україні, створені локальні організації молодих та майбутніх сімейних лікарів, в обов'язки яких входять організація місцевих конференцій, участь у розвитку сімейної медицини у державі та обмін досвідом між сімейними лікарями різних країн Європи (Hippocrates Exchange, Conference Exchange, Family Medicine 360°). З 2006 року VdGM проводить успішні щорічні преконференції для молодих сімейних лікарів напередодні щорічних WONCA Conference, а з 2014 року VdGM почав проводити власні щорічні форуми.

Представники та учасники UMYGP протягом 2010–2017 рр., незважаючи на важку політичну та економічну ситуацію в Україні, брали участь у преконференціях, форумах та міжнародних програмах з обміну досвідом VdGM: Велика Британія (2009), Нідерланди (2010, 2012, 2013, 2015, 2017), Іспанія (2012), Португалія (2014), Ізраїль (2014, 2016), Румунія (2017), Хорватія (2012, 2017).

У 2013 році активом UMYGP організовано візит президента WONCA професора Аманди Хоу і президента EURACT професора Янко Керсник в Україну з ключовими доповідями на національній конференції. Отриманий під час програм обміну досвід був реалізований в Україні під час розроблення законодавчих документів для первинної медичної допомоги, клінічних рекомендацій та посібників, навчальних програм для лікарів загальної практики, результати щорічно були представлені у вигляді звітів про діяльність UMYGP і участь у програмах з обміну досвідом на національних конгресах та конференціях сімейної медицини, зроблено 41 презентацій, опубліковано 17 статей і 28 тез.

З 2013 року UMYGP проводить власну секцію під час щорічних конференцій у галузі сімейної медицини: м. Київ (2013–2017), м. Львів (2015), м. Полтава (2015), де обговорюються проблемні питання та представляються результати участі у програмах з обміну досвідом VdGM та результати науково-дослідних робіт молодих лікарів загальної практики–сімейних лікарів. Так, у 2017 році в рамках науково-практичної конференції за міжнародною участю «Актуальні питання сімейної медицини та перспективи її розвитку в рамках всесвітнього дня сімейного лікаря» (18–19 травня 2017 року) відбулося чергове засідання, яке продемонструвало підвищення активності та зацікавленості в науці молодих сімейних лікарів. Це підтверджується різноманітністю презентованих тем від загальної інформації про молодіжний рух молодих сімейних лікарів і його програми з обміну досвідом до неврологічної тематики у практиці сімейного лікаря.

Співробітництво UMYGP з локальною організацією Королівства Нідерландів LOVAN надає можливість протягом багатьох років українським молодим сімейним лікарям брати участь у програмах з обміну досвідом, що складаються з відвідування практики голландських сімейних лікарів, які виявили бажання продемонструвати організацію своєї роботи, навчання протягом 2 днів та участі у роботі 3-денної конференції, яка у 2017 році проходила під гаслом «Поza межами!» і була присвячена наданню допомоги іммігрантам із різних країн. До участі у програмах з обміну досвідом запрошуються зазвичай близько 30 представників із різних країн Європи. Участь у таких програмах дозволила детально ознайомитись із системою охорони здоров'я Нідерландів, яка вважається найкращою серед країн Європи (за даними Euro Health Consumer Index).

Навчання сімейного лікаря в Нідерландах відбувається на медичних факультетах при університетах протягом 6 років. Після закінчення університету молодий лікар може пропрацювати певний час у тій медичній галузі, яка його цікавить, в якості асистента лікаря, щоб визначитись, якого фаху лікарем він бажає бути. Фах сімейного лікаря в Нідерландах є найпоширенішим та найпопулярнішим серед усіх медичних спеціальностей, оскільки сімейні лікарі мають пільги (наприклад, нижчі кредити – 1,5–2%), заробітну плату вище середньої державної та високий статус.

Якщо молодий спеціаліст бажає стати сімейним лікарем, йому необхідно пройти ще 3 роки резидентури – «сімейної» практики в амбулаторії, проводячи самостійний прийом під наглядом досвідченого лікаря-куратора. Протягом цього часу навчання один раз на тиждень проводиться заняття та лекції в університеті. У процесі навчання консультації пацієнтів можуть бути записані на відео для подальшого аналізу та оцінювання комісією викладачів. Така методика направлена на покращення відпрацювання деонтологічних навичок між хворим та лікарем, а також для перевірки правильності ведення прийому і виконання медичних маніпуляцій. Важкі клінічні

випадки розглядаються під час клінічного аналізу, що проводиться із кураторами щоденно протягом години. Навчання в резидентурі зазвичай складається з певної обов'язкової ротації, зумовленої програмою навчання: протягом першого року лікарі поглиблюють знання у більш вузьких сферах медицини – від педіатрії до психіатрії; на другому році навчання переважно відпрацьовують вміння надання невідкладної допомоги у відповідних кабінетах; на третьому році навчання – удосконалюють навички з загальної лікарської практики. Проте при виконанні навчального плану майбутні сімейні лікарі за бажанням можуть обрати певні елективні курси і глибше відпрацьовувати навички з даного розділу.

Протягом навчання в резидентурі обов'язкові також два нічних чергування на місяць в цілодобовому кабінеті чергового сімейного лікаря біля пунктів невідкладної допомоги. Після закінчення 3-річної резидентури і складання іспиту, під час якого викладачі оцінюють біля 5 відеозаписів консультацій пацієнтів, нового сімейного лікаря вносять до національного реєстру. Усі сімейні лікарі в Нідерландах є юридичними особами, які проводять приватну практику, замовником якої є страхова компанія та держава.

Надання медичних послуг у Королівстві Нідерландів з 2006 року здійснюється на підставі закону «про обов'язкове добровільне медичне страхування», згідно з яким всі особи, які досягли 18-річного віку (громадянин, чи особа, яка має вид на проживання, а також кожен турист і заробітчанин) повинні мати медичну страховку. В обов'язковий пакет страхування мають входити: послуги сімейного лікаря та спеціалістів, деякі види стоматологічної допомоги, стаціонарне лікування, обслуговування вагітних, деякі групи лікарських засобів та транспортні витрати. Загалом такий вид страхування оплачується на 70% роботодавцем, а на 30% самим застрахованим. Окрім обов'язкової страховки, особа повинна мати ще один вид страхування – страхування власного ризику. Це значить, що кожен дорослий пацієнт зобов'язаний сплатити перші 330 євро свого лікування, а всі інші витрати – покриває страхова компанія та держава. Страхування дітей до 18 років оплачується державою у повному обсязі.

У Нідерландах медичне обслуговування поділяється на первинну та спеціалізовану допомогу. Первинну допомогу надають лише сімейні лікарі, які спеціалізуються на лікуванні як гострих, так і хронічних захворювань, можуть працювати самостійно або об'єднуватися по декілька сімейних лікарів у приватні практики. Лікарі виступають власниками своєї практики (одноосібно або в групі) і можуть брати на роботу інших сімейних лікарів, запрошувати до співпраці асистентів лікарів (замість медсестер), соціальних робітників, психологів та аптеки.

Рядовий лікар, який не є власником групової практики, а просто запрошений на роботу, заробляє в середньому 3000 євро на місяць (середня заробітна плата в Нідерландах – 1000–1200 євро). Сімейні лікарі Нідерландів виконують всі необхідні маніпуляції самостійно, їм у роботі замість медичних сестер допомагають асистенти лікарів, які мають своє коло обов'язків. За необхідності сімейний лікар може самостійно провести неврологічний, урологічний, гінекологічний та інші види оглядів; накладити шви; провести міні-оперативні втручання; кріодеструкцію; біопсію шкіри за підозри на рак, хірургічні втручання, але після проходження додаткових курсів відповідно до національних протоколів з первинної допомоги. Оснащення кабінету сімейного лікаря дозволяє проводити всі перелічені процедури, складається з усіх необхідних інструментів, починаючи від тонометра і закінчуючи автоклавом, балоном з киснем та рідким азотом для видалення бородавок чи неvusів. За проведення таких маніпуляцій сімейний лікар отримує додаткові кошти, наприклад за видалення бородавки чи неvusу – 90 євро.

Консультація сімейного лікаря для пацієнта є безкоштовною, так само як і медикаменти із переліку життєво необхідних. Надання медичної допомоги сімейному лікарю сплачується зі страхового пакету пацієнта та державою. Потрапити на прийом до вузького спеціаліста чи на лікування до стаціонару хворий може лише після отримання направлення від свого сімейного лікаря.

Акушерська допомога проводиться виключно акушерами у зв'язку з великою малюковою смертністю у країні, хоча пологи можуть відбуватися в домашніх умовах у 3% випадках в містах та 90% випадках в сільській місцевості за умови доступу екстреної медичної допомоги у разі ускладнень не більше ніж за 5–10 хв.

Кожен пацієнт обирає собі лікаря самостійно, укладаючи із ним угоду. Зміна сімейного лікаря можлива не частіше 1 разу на 6 міс. Особливо важливим є територіальне розташування хворого – він має проживати в радіусі 15 хв їзди до амбулаторії у разі виникнення невідкладного стану. На одного сімейного лікаря припадає приблизно від 1000 до 2700 тис. осіб. Але у випадку великого навантаження лікаря пацієнтам іноді необхідно чекати в черзі 1–2 тиж для того, щоб потрапити на прийом до свого сімейного лікаря.

Медична документація сімейними лікарями ведеться лише в електронній формі, усі хворі мають електронні амбулаторні карти, де висвітлюються всі консультації, проведені маніпуляції та отримане лікування з моменту народження, завдяки певному програмному забезпеченню. Медична електронна документація може бути доступною за певних умов для кожного медичного консультанта по всій країні. Також лікарям немає необхідності виписувати рецепти, оскільки аптеки також під'єднані до даної електронної медичної мережі і отримують інформацію про призначення лікаря.

Слід зазначити, що сімейні лікарі Нідерландів не витрачають величезної кількості часу на заповнення різних документів. Наприклад, вони не займаються видачею довідок для дитячого садочка чи школи, не освідчують непрацездатність чи інвалідність (це функція районної служби охорони здоров'я на виробництві), не проводять медичні огляди школярів (ця функція входить в обов'язки шкільних лікарів муніципального центру громадського здоров'я), лише зобов'язані надавати повідомлення у відповідні структури про виявлені особливо небезпечні інфекції та про підозру скоєння насильства над пацієнтом. Сімейні лікарі не вакцинують пацієнтів і не виписують листків непрацездатності, це роблять спеціальні сімейні лікарі, які підписали додатковий контракт із владою на проведення щеплень, а листки непрацездатності виписують лікарі підприємств чи організацій.

У практиці сімейного лікаря здійснюється лише вакцинація проти грипу (нею охоплені 80–90% населення), за це сімейному лікарю доплачують чималі кошти. Сімейні лікарі мають офіційні обідні перерви та не навантажені великою кількістю денного прийому пацієнтів. Останнє пов'язано з тим, що рівень доходу залежить не від кількості прийому, а від численності населення, закріпленого за лікарем. В цілому за 10-хвилинний прийом пацієнта, під час якого вирішується лише одна проблема пацієнта, лікар отримує 10 євро, причому, якщо пацієнт бажає вирішити декілька проблем зі здоров'ям, він може замовити подвійну консультацію у 20 хв, яка сплачується відповідно 20 євро.

Ще однією особливістю є відсутність великої кількості «викликів лікаря додому», їх не більше 2–3 на тиждень, у більшості випадків пацієнт повинен сам прийти в амбулаторію до сімейного лікаря або звернутися до цілодобового пункту чергового сімейного лікаря (безкоштовно), виключенням надання допомоги на дому є лише огляд акушерками вагітних чи прийом акушерами пологів вдома.

Надання сімейними лікарями медичної допомоги здійснюється відповідно до національних протоколів, розроблених саме для сімейних лікарів, які є стислими та чіткими. Але всі лікарі дотримуються думки, що організм повинен сам боротися з недугою, і в 90% надають рекомендації щодо корекції способу життя, збільшення фізичної активності, а в крайніх випадках призначають парацетамол і призначають повторний візит через 2 тиж. За протоколами вважається, якщо проблема зі здоров'ям незначна, вона не потребує активного втручання і зникне через 2 тиж самостійно. Такий підхід дав можливість Нідерландам досягти найнижчого рівня антибіотикорезистентності в Європі.

За необхідності першим лабораторним аналізом, який виконують, є аналіз крові на С-реактивний білок, оскільки він є найдешевшим в країні. Рівень С-реактивного білка в межах 0–20 не передбачає призначення медикаментів, рівень в межах 20–100 – вказує на вірусну інфекцію, і лише більше 100 – про бактеріальну, що свідчить про необхідність призначення антибіотику; без рецепту антибіотики в аптеці не відпускаються.

Крім того, як було зазначено вище, кожен сімейний лікар повинен відпрацювати 2 нічних чергування в місяць з 20:00 до 8:00 у цілодобовому кабінеті чергового сімейного лікаря. У таких кабінетах деякі лікарі працюють на постійній основі. Тут медична допомога надається переважно асистентами лікаря, які за необхідності відправляють на консультацію до чергового сімейного лікаря, зробивши позначку в медичній документації певним кольором, що означає як швидко лікар має надати йому допомогу. Наприклад, якщо за отриманими даними асистент вирішив, що хворий знаходиться у важкому стані, його позначають червоним, це дає зрозуміти лікарю, що випадок складний і пацієнт має отримати допомогу протягом 1 год. Якщо за отриманими скаргами асистент розцінює стан хворого як такий, що не загрожує життю, він позначається жовтим кольором і повинен отримати допомогу протягом 4 год. Якщо проблема незначна, пацієнту на-

дається допомога і рекомендація звернутися до його постійного сімейного лікаря.

Досить цікавою інформацією є те, що в Нідерландах функціонує громадська організація, основною метою якої є допомога безпритульним чи особам, які вживають важкі наркотичні засоби. Проте їхні послуги доступні лише мешканцям столиці чи особам, які не менше 2 років зареєстровані в організації. Організація має триповерхову будівлю, на другому поверсі якої розташований притулок для безхатченків, де вони можуть прийняти душ, поїсти, попрати речі, а за необхідності нових речей – за досить символічну плату їх придбати. На третьому поверсі закладу розташовується кімната для людей, які не можуть або не хочуть припинити вживати наркотики, але бажають здійснити ін'єкцію під наглядом персоналу, звільнивши близьких від спостереження процесу. Тут вони за символічну плату можуть придбати необхідні засоби для введення наркотичних речовин, але наркотики тут не продають.

Аналізуючи систему охорони здоров'я Нідерландів, визначають наступні кроки щодо удосконалення системи охорони здоров'я в Україні: удосконалення системи підготовки сімейних лікарів, удосконалення клінічних протоколів надання медичної допомоги, запровадження страхової медицини та електронного ведення документації, забезпечення оснащенням робочих місць сімейних лікарів, забезпечення сімейних лікарів достойною заробітною платою та мотивацією, сприяння популяризації спеціальності сімейного лікаря серед молоді, створення програми державного фінансування міжнародних програм з обміну досвідом.

Отриманий досвід та активна робота представників UMYGP дозволяє молодим сімейним лікарям набути міжнародного досвіду, сприяє підвищенню статусу і престижу професії сімейного лікаря в державі, особливо серед молоді, допомагає поліпшити розвиток сімейної медицини в Україні, медичної і наукової спеціальності «Загальна практика–сімейна медицина».

Сведения об авторах

Ткаченко Виктория Ивановна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: witk@ukr.net

Садовник Яна Анатольевна – Кафедра семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Заремба-Федчишин Елена Витальевна – Кафедра семейной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69

Заставный Игорь – Кафедра семейной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, 79010, г. Львов, ул. Пекарская, 69