

ВІДПОВІДНІСТЬ УКРАЇНСЬКОЇ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ / СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ЄВРОПЕЙСЬКОМУ ВИЗНАЧЕННЮ

Одринський В. А.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

За європейським визначенням загальна практика/сімейна медицина характеризується 12 обов'язковими ознаками. Метою даної роботи було оцінити наскільки базові характеристики дисципліни ЗП/СМ є притаманними для української сімейної медицини. Для вирішення завдань дослідження було розроблено спеціальну анкету експертної оцінки, яка вміщувала 12 базових характеристик ЗП/СМ. Середня оцінка відповідності української ЗП/СМ європейському визначенню склала 2,99 бали за п'ятибальною шкалою. Серед перешкод на шляху подальшого розвитку української ЗП/СМ: недостатня підготовка організаторів ОЗ в питаннях функціонування ПМСД на засадах ЗП/СМ, та її базових характеристик; програма підготовки лікарів ЗП/СМ не відповідає європейським критеріям до таких програм; відсутні наукові дослідження і доказова база дисципліни, що не дозволяє використовувати специфічний процес прийняття рішень на основі достовірних епідеміологічних даних в українських умовах; біомедична модель підготовки лікарів в цілому в країні унеможливує використання холистичного (цілісного) підходу і прийняття невизначеності як складової діяльності ЗП/СМ. Вищенаведені перешкоди потребують розробки системних рішень і першим кроком у цьому напрямку має стати прийняття в Україні положення про ЗП/СМ, яке відповідало б міжнародним підходам до визначення дисципліни і спеціальності ЗП/СМ.

Ключові слова: європейське визначення загальної практики/сімейної медицини.

Розвиток первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на принципах загальної практики/сімейної медицини (ЗП/СМ) визначено одним головних пріоритетів реформування української охорони здоров'я (ОЗ). Переваги орієнтації системи ОЗ на розвиток ПМСД показано у ряді міжнародних досліджень [1]. Основою зазначених переваг є наявність в країні окремої, незалежної від інших, чітко визначеної і добре розвинутої спеціальності загальної практики/сімейної медицини. Професія лікаря ЗП/СМ ще долає важкий шлях до власного визнання в Україні. Навіть не всі лікарі, що працюють за спеціальністю ЗП/СМ, добре розуміють сутність цієї дисципліни. Тому існує необхідність визначити, на якій стадії розвитку знаходиться українська ЗП/СМ. І якщо кількісні показники є відомими і зрозумілими, то зміст спеціальності потребує додаткового вивчення і усвідомлення для можливості розробки політичних і адміністративних рішень, що мають на меті розвиток ЗП/СМ в Україні.

Становлення ЗП/СМ в Європі тривало декілька десятиліть. Спроба визначення спеціальності була здійснена в 1974 році, коли група Leeuwenhorst підготувала документ «Лікар загальної практики в Європі» [2]. На той час ЗП/СМ як дисципліна знаходилася в зародковому стані, особливо її викладацька та дослідницька бази. За наступні 30 років світ змінився і ніде ці зміни не були більш очевидними, ніж в наданні

медичної допомоги. ЗП/СМ була впроваджена в усіх системах охорони здоров'я в Європі і її роль постійно зростає. Це було підкреслено Європейським регіональним бюро ВООЗ в 1998 у відповідному рамковому документі [3]. Найбільш системно до визначення спеціальності підійшла WONCA (Міжнародна організація ЗП/СМ). У 2002 році Європейським відділенням WONCA був розроблений документ під назвою «Європейське визначення ЗП/СМ», а у 2005 та 2011 рр. були здійснені його перегляди [4]. Документ містить визначення дисципліни та спеціальності ЗП/СМ, а також основних компетенцій лікаря ЗП/СМ.

За європейським визначенням ЗП/СМ є академічною і науковою **дисципліною** зі своїми власними змістом освіти, науковими дослідженнями, доказовою базою та клінічною діяльністю і характеризується 12 обов'язковими ознаками, які не залежать від системи ОЗ і є базовими для дисципліни.

Метою даної роботи було оцінити наскільки базові характеристики дисципліни ЗП/СМ є притаманними для української сімейної медицини.

Матеріал і методи

Для вирішення завдань дослідження було розроблено спеціальну анкету експертної оцінки, яка вміщувала 12 базових характеристик

ЗП/СМ і коротке пояснення до кожної з них. Як пояснення були використані цитати із «Європейського визначення ЗП/СМ» [4]. Респондентам було запропоновано оцінити за п'ятибальною шкалою наскільки та чи інша характеристика відображає реальну діяльність української сімейної медицини. Група респондентів складалася із 148 лікарів, з яких 52 лікарів ЗП/СМ і 96 організаторів ОЗ. З метою об'єктивізації процесу оцінки і більш глибокого вивчення досліджуваного питання анкетування здійснювалося двома шляхами. Частина лікарів (69 респондентів – 31 лікар ЗП/СМ і 38 організаторів ОЗ) отримали анкету для заповнення і керувалися лише поясненнями анкети. Друга група (79 респондентів – 21 лікар ЗП/СМ і 58 організаторів ОЗ) отримали від інтерв'юера більш детальну інформацію по кожному пункту анкети, що було проілюстровано прикладами із діяльності європейських лікарів ЗП/СМ. Також респонденти із другої групи мали змогу обговорити кожну характеристику в дискусії.

Для вимірювання внутрішньої погодженості питань анкети використовувалася α Кронбаха.

Результати і обговорення

В таблиці 1 наведено всі 12 характеристик ЗП/СМ і експертна оцінка діяльності української сімейної медицини (де X_1 та X_2 – середні бали оцінки першої та другої груп, σ_1 та σ_2 – стандартне відхилення першої та другої груп, V_1 та V_2 – коефіцієнти варіації першої та другої груп, X_3 – середні бали оцінки для всієї вибірки, $\Delta X_{1,2}$ – відносна різниця між X_1 та X_2 , $\Delta V_{1,2}$ – різниця між коефіцієнтами варіації першої і другої груп).

Середня оцінка відповідності української ЗП/СМ європейському визначенню склала 2,99 бали за п'ятибальною шкалою. При цьому відмічається значна різниця між оцінками першої і другої груп – 3,42 і 2,52 відповідно. Зменшення оцінок відмічається по всіх 12 характеристиках – від 2 до 46% по кожному окремому пункту. Така різниця свідчить про недостатню поінформованість вітчизняних фахівців щодо змісту діяльності ЗП/СМ в Європі. Із зростанням зазначеної поінформованості відбувається більш критичне оцінювання реалій української сімейної медицини і відповідне зменшення балів оцінки (рис. 1).

Найнижчі бали респондентів (2,34) отримала характеристика ЗП під номером 2 – «Забезпечення ефективного використання ресурсів охорони здоров'я через координацію допомоги, співробітництво з фахівцями на рівні ПМСД, а також управління взаємодією зі спеціалістами на інших рівнях та виконання ролі захисника інтересів пацієнта в разі потреби». Мінімальні оцінки вказують на низький рівень СЛ в медичній ієрархії і незначну реальну роль СМ в українській системі

ОЗ попри законодавче декларування, що ПМСД є основним видом медичної допомоги. Ознайомлення респондентів із координуючою функцією ЗП в європейських системах ОЗ і її можливостями в забезпеченні ефективного використання ресурсів системи, а також знайомство із організаційними рішеннями, що стимулюють СЛ брати на себе функції захисника інтересів пацієнта в разі потреби, призводять до більш критичних оцінок – від 2,90 до 1,86 ($\Delta X_{1,2}$ – 36%).

Ще однією ознакою ЗП, яка отримала найменшу кількість балів (2,48), стала характеристика під номером 4 – «Сприяння розширенню власних можливостей пацієнтів». Цей пункт є новим у «Європейському визначенні ЗП/СМ» і з'явився лише у виданні 2011 року як віддзеркалення існуючих тенденцій у європейській ЗП [4]. Саме тому цей пункт характеристик потребує попереднього інформування респондентів: що саме він означає, чому він є обов'язковим елементом ЗП і яким чином СЛ може забезпечити реалізацію цієї характеристики. Значна різниця між оцінками першої і другої груп від 3,0 до 2,03 ($\Delta X_{1,2}$ – 32%) свідчить про необхідність такого інформування.

Найбільш складним для оцінювання пунктом виявилася характеристика під номером 5 – «Унікальність процесу консультування в ЗП, який забезпечує довготривалі стосунки, через ефективну взаємодію між лікарем і пацієнтом». В першій групі респондентів цей пункт набрав найвищу оцінку (4,19) із всіх 12 характеристик. Увага респондентів в першу чергу була акцентована на «довготривалих стосунках лікаря і пацієнта» в ПМСД, що є досить притаманним українській первинній ланці. Друга група після ознайомлення з питанням «В чому саме полягає унікальність процесу консультування в ЗП/СМ?» і європейським досвідом у впровадженні та навчанні лікарів навичкам недерективного консультування і сучасним підходам у процесі взаємодії «лікар-пацієнт» [5–7] змінила своє ставлення до цієї характеристики і досить критично оцінила українську практику – 2,28. Відносна різниця між середніми показниками двох груп склала 46%.

Ще одним питанням, яке мало значні відмінності в оцінках двох груп стала характеристика під номером 9 – «Забезпечення ведення пацієнтів із захворюваннями на самих ранніх, недиференційованих стадіях їх розвитку, включаючи за необхідності невідкладну медичну допомогу». Перша група оцінила цю характеристику у 3,84 бали, друга група у 2,16 (відносна різниця в оцінках 44%). Другій групі респондентів інтерв'юером було надано інформацію про застосування синдромального підходу в ЗП/СМ і приклади використання Міжнародної Класифікації Хвороб для ПМСД (ICPC-2) [8]. Було також наведено приклади «використання часу як інстру-

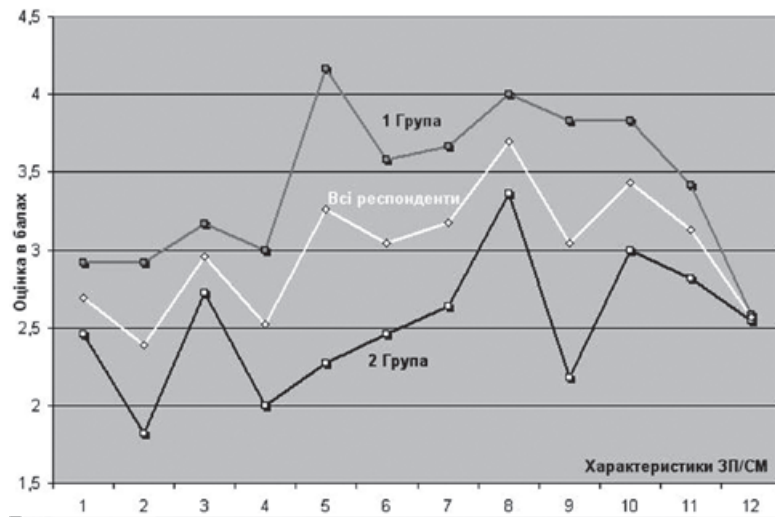


Рис. 1. Результати оцінювання респондентами української ЗП/СМ за 12 базовими характеристиками за 5-бальною шкалою

менту» для ведення пацієнтів із захворюваннями на ранніх стадіях та ознайомлення респондентів з навичками управління ризиками в ЗП. Особливо слід зазначити, що ніхто з респондентів не знав про існування спеціальної Міжнародної Класифікації Хвороб для ПМСД, що ще раз вказує на недостатню роботу з поширення світового досвіду в організації ПМСД серед вітчизняних організаторів ОЗ. Навіть після пояснень інтерв'юера і наведення прикладів застосування такої класифікації у деяких країнах Європи, окремі респонденти в дискусії повідомляли про несприйняття синдромального підходу в діяльності лікаря. Це призвело до поляризації оцінок другої групи, про що свідчить зростання коефіцієнта варіації від 16% у першій групі до 40% у другій.

Найбільш узгоджені оцінки отримала характеристика під номером 12 – «Вирішення проблем здоров'я, враховуючи їх фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенційні аспекти». Більшість респондентів погодилася, що так повинно бути, але українська ЗП/СМ відповідає цій характеристиці лише на 2,57 бали (2,61 в першій групі і 2,54 в другій з відносною різницею у показниках 2%).

Характеристикою, яка отримала найбільш високі оцінки (3,69) і першої (4,03) і другої (3,39) груп став пункт 8 – «Однотимчасне вирішення як гострих, так і хронічних проблем зі здоров'ям окремих пацієнтів». Така оцінка засвідчує високу орієнтованість української ЗП/СМ на лікування хвороб (біомедична парадигма) і відповідну клінічну підготовку лікарів. Незначне зменшення оцінок в другій групі пов'язано із обговоренням умов підготовки майбутніх лікарів в Україні і не зовсім адекватним підходом, коли сімейних лікарів готують в стаціонарних відділеннях лікарень. В дискусії було відмічено, що підходи до лікування в стаціонарі (де в основному навча-

ються майбутні СЛ) і в амбулаторних умовах відрізняються і саме набуття такого досвіду бракує лікарям під час їх навчання.

Оцінка внутрішньої погодженості питань анкети з використанням α Кронбаха показала високу ступінь погодженості ($\alpha=0,87$), що підтверджує можливість використання анкети для експертної оцінки характеристик вітчизняної ЗП/СМ.

Висновки

Оцінка української ЗП/СМ за всіма переліченими складовими вказує на існування перешкод на шляху її подальшого розвитку. По-перше, звертає увагу недостатня підготовка організаторів ОЗ в питаннях функціонування ПМСД на засадах ЗП/СМ, та її базових характеристик. Вони дуже мало знайомі з роботою ЗП/СМ в світі і це призводить до завищених і неадекватних оцінок діяльності вітчизняної СМ. По-друге, програма підготовки лікарів ЗП/СМ не відповідає європейським критеріям до таких програм [7] і, відповідно, українські лікарі не набувають необхідних компетенцій, що обмежує їх професійне визнання в Європі. По-третє, відсутні наукові дослідження і доказова база дисципліни, що не дозволяє використовувати специфічний процес прийняття рішень на основі достовірних епідеміологічних даних в українських умовах. В четвертих, біомедична модель підготовки лікарів в цілому в країні унеможливорює використання холистичного (цілісного) підходу і прийняття невизначеності як складової діяльності ЗП/СМ. Вимагання від лікарів первинної ланки за будь-що встановлювати діагноз за МКХ-10 на ранніх, недиференційованих (і часто оборотних) стадіях захворювань є наслідком такої медичної парадигми. Це також є причиною нерозуміння керів-

никами ОЗ, які зазвичай є представниками спеціалізованої ланки, наявності в пацієнтів ПМСД великої кількості проблем, що не відповідають стандартним біомедичним діагнозам і різної поширеності захворювань у загальній практиці в порівнянні з вторинною ланкою.

Вищенаведені перешкоди потребують розробки системних рішень і першим кроком у цьому напрямку повинно стати прийняття в Україні положення про ЗП/СМ, яке відповідало б міжнародним підходам до визначення дисципліни і спеціальності ЗП/СМ.

Таблиця 1

**Експертна оцінка української ЗП/СМ
за 12 базовими характеристиками за 5-бальною шкалою**

№	Характеристика	X_1	σ_1	V_1	X_2	σ_2	V_2	X_3	σ_3	ΔX_{1-2}	ΔV_{1-2}
1	Як правило, вона є точкою першого медичного контакту пацієнтів з системою охорони здоров'я, забезпечуючи їм відкритий і необмежений доступ з усіма проблемами здоров'я, незалежно від віку, статі або будь-яких інших характеристик людини	2,93	1,18	40%	2,51	0,85	34%	2,70	0,42	14%	-7%
2	Забезпечує ефективне використання ресурсів охорони здоров'я через координацію допомоги , співробітництво з фахівцями на рівні первинної медичної допомоги, а також управління взаємодією зі спеціалістами на інших рівнях, виконуючи роль захисника інтересів пацієнта в разі потреби	2,90	0,96	33%	1,86	0,76	41%	2,34	1,04	36%	8%
3	Розвиває підхід, орієнтований на пацієнта , його сім'ю та громаду	3,25	1,25	39%	2,75	0,72	26%	2,98	0,50	15%	-12%
4	Сприяє розширенню власних можливостей пацієнтів	3,00	1,04	35%	2,03	0,68	34%	2,48	0,97	32%	-1%
5	Має унікальний процес консультування , який забезпечує довготривалі стосунки, через ефективну взаємодію між лікарем і пацієнтом	4,19	0,58	14%	2,28	0,70	31%	3,17	1,91	46%	17%
6	Відповідає за надання тривалої та безперервної медичної допомоги, виходячи з потреб пацієнта	3,64	0,86	24%	2,53	0,75	30%	3,05	1,11	30%	6%
7	Має специфічний процес прийняття рішень на основі поширеності хвороб та захворюваності прикріпленого населення	3,72	0,78	21%	2,65	0,68	26%	3,15	1,08	29%	5%
8	Одночасно вирішує як гострі, так і хронічні проблеми зі здоров'ям окремих пацієнтів	4,03	1,00	25%	3,39	0,65	19%	3,69	0,64	16%	-6%
9	Забезпечує ведення пацієнтів із захворюваннями на самих ранніх, недиференційованих стадіях їх розвитку, включаючи за необхідності невідкладну медичну допомогу	3,84	0,61	16%	2,16	0,87	40%	2,95	1,68	44%	24%
10	Сприяє здоров'ю та благополуччю пацієнтів належними та ефективними заходами	3,84	0,98	26%	2,97	0,64	22%	3,38	0,87	23%	-4%
11	Несе особливу відповідальність за здоров'я громади	3,39	1,26	37%	2,81	0,99	35%	3,08	0,58	17%	-2%
12	Вирішує проблеми здоров'я, враховуючи їх фізичні, психологічні, соціальні, культурні та екзистенційні аспекти	2,61	0,99	38%	2,54	0,71	28%	2,57	0,06	2%	-10%

Література

1. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report) 2004.
2. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
3. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998
4. European Society of General Practice/Family Medicine WONCA Europe. The European definitions of the key features of the discipline of general practice and the role of the general practitioner. A description of the core competencies of the general practitioner/family physician. London: ESGP/FM; 2002, 2005, 2011
5. Pendleton D., Schofield T., Tate P., Havelock P. The New Consultation: Developing Doctor-Patient Communication, Oxford University Press, 2003
6. Tate P. The doctor's communication handbook, 6th ed, Oxford : Radcliffe Publishing, 2010. – 192 p.
7. EURACT educational agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Leuven 2005
8. International Classification of Primary Care ICPC-2-R, Revised second edition, WONCA International Classification Committee, Oxford University Press 2005

СООТВЕТСТВИЕ УКРАИНСКОЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ ЕВРОПЕЙСКОМУ ОПРЕДЕЛЕНИЮ

Одринский В. А.

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

В европейском определении общая практика/семейная медицина характеризуется 12 обязательными признаками. Целью данной работы было оценить насколько базовые характеристики дисциплины ОП/СМ присущи украинской семейной медицине. Для решения задач исследования была разработана специальная анкета экспертной оценки, которая включала 12 базовых характеристик ОП/СМ. Средняя оценка соответствия украинской ОП/СМ европейскому определению составила 2,99 балла по пятибалльной шкале. Среди препятствий на пути дальнейшего развития украинской ОП/СМ: недостаточная подготовка организаторов ЗО в вопросах функционирования ПМСП на принципах ОП/СМ, и ее базовых характеристик; программа подготовки врачей ОП/СМ не соответствует европейским критериям для таких программ; отсутствуют научные исследования и доказательная база дисциплины, что не позволяет использовать специфический процесс принятия решений на основе достоверных эпидемиологических данных в украинских условиях; биомедицинская модель подготовки врачей в целом в стране делает невозможным использование холистического (целостного) подхода и принятия неопределенности как составляющей деятельности ОП/СМ. Вышеприведенные препятствия требуют разработки системных решений и первым шагом в этом направлении должно стать принятие в Украине положения об ОП/СМ, которое соответствовало бы международным подходам к определению дисциплины и специальности ОП/СМ.

Ключевые слова: европейское определение общей практики/семейной медицины.

COMPLIANCE UKRAINIAN GENERAL PRACTITIONERS/ FAMILY MEDICINE WITH EUROPEAN DEFINITION

Odrinskiy V. A.

SI «Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine»

The European definition of general practice/family medicine include 12 basic characteristics. The aim of this study was to evaluate how the basic characteristics of the discipline GP/FM inherent to Ukrainian family medicine. A special form of peer review included 12 basic characteristics of GP/FM was developed. Average compliance Ukrainian GP/FM with European definition was 2,99 points on a five-point scale. Among the obstacles to the further development of Ukrainian GP/FM: insufficient training of public health specialists in area of PHC and GP/FM; the GP/FM training program does not meet European standards for such programs; scientific research and evidence base of discipline are absent, which prevents using of a specific for GP decision-making process based on sound Ukrainian epidemiological data; biomedical model of doctors' training makes using a holistic approach impossible. The above obstacles require a development of system solutions and the first step in this direction should be creating of Ukrainian definition of GP/FM, which will be compliant with international approaches to the definition of discipline and specialty of GP/FM.

Keywords: European definition of general practice/family medicine.