

Особливості ведення пацієнтів лікарями загальної практики в амбулаторних умовах

С.В. Данилюк, Л.В. Хіміон, О.Б. Яценко, Н.В. Кіча, Л.О. Смоліна

Інститут сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

У статті розглядаються питання ведення пацієнтів в умовах амбулаторно-поліклінічної практики порівняно з курацією пацієнтів у стаціонарі. Висвітлені питання особливостей і відмінностей амбулаторного та стаціонарного етапів надання допомоги пацієнтам.

Ключові слова: лікар загальної практики, амбулаторно-поліклінічна допомога, стаціонар.

Більшість випускників сучасних медичних вузів у виборі своєї майбутньої спеціальності найчастіше надають перевагу роботі в сучасних багатопрофільних стаціонарних умовах. Про це свідчать як результати багаточисельних опитувань майбутніх лікарів-інтернів у різних вищих навчальних закладах України, так і дослідження, що присвячені вибору професії молодими спеціалістами. Цей факт має декілька пояснень.

Навчання на різних клінічних кафедрах у багатьох вищих медичних закладах ведеться переважно на стаціонарних базах, які є клінічними базами кафедр. На цих базах, як правило, викладачі намагаються моделювати амбулаторно-поліклінічні умови, але в цілому вони практично відсутні. Крім цього, тільки невелика кількість викладачів мають досвід роботи у первинній ланці надання медичної допомоги і добре розуміють специфіку, особливості та складності амбулаторної справи. Не всі програми підготовки студентів у медичних вузах достатньо орієнтовані на вивчення особливостей роботи в амбулаторних умовах. Далеко не в усіх вищих функціонують кафедри поліклінічної терапії або сімейної медицини. І нарешті, зовсім не останню роль відіграє відсутність реальної мотивації та недостатня престижність роботи в амбулаторіях загальнолікарської практики. Саме через це багато випускників медичних навчальних закладів сприймають розподілення лікарем загальної практики як невдалий старт своєї майбутньої кар'єри. Крім цього, багато молодих спеціалістів, а серед них переважна більшість жінок, у подальшому не бачать можливості розвитку ні своєї майбутньої професії, ні свого особистого життя в тих місцях країни, куди вони були розподілені за державним замовленням. Дуже часто молоді спеціалісти, що прибувають на місце призначення, мешкають і працюють в одній будівлі.

Усі ці фактори призводять до того, що молоді фахівці не тільки не уявляють собі подальших можливостей роботи в таких умовах, але іноді дуже їх бояться. Разом з тим, достатня кількість молодих фахівців після закінчення медичних вузів повертаються у свої рідні місця, за місцем проживання своїх батьків, у свої оселі. Саме ця когорта лікарів-спеціалістів може скласти більшість майбутніх лікарів загальної практики і повинна бути мотивована до праці.

У чому ж полягають особливості надання допомоги в умовах загальнолікарської практики? Зупинимося на найбільш суттєвих.

В амбулаторній практиці від знань та вмінь лікаря загальної практики залежить, як швидко він зможе знайти

оптимальний підхід до пацієнта, зорієнтуватися в ситуації та визначити перспективну стратегію надання допомоги.

При цьому лікарі, що надають допомогу в умовах стаціонару, мають перевагу в часі і технічному оснащенні щодо методів діагностики. Разом з тим, лікарі, що працюють в установах первинної медичної допомоги, мають можливість тривалого спостереження за змінами в житті пацієнта, коли фактор часу стає своєрідним методом лікування. Особливо актуальним це стає в сучасних умовах, коли має місце тенденція до скорочення перебування хворого в умовах стаціонару до 10–12 днів.

Однак фактор часу, а вірніше, його ліміт, може стати серйозною перешкодою для лікаря, що не має достатнього досвіду роботи в амбулаторних умовах. Як правило, на огляд і консультацію одного пацієнта на амбулаторному прийомі відводиться до 12–15 хв. При цьому в більшості випадків не має різниці між первинними і повторними візитами пацієнтів або прийомом пацієнтів, які не відвідували лікаря протягом року чи більше. Працюючи в таких умовах, лікар повинен володіти високою організованістю і рівнем знань та вмінь для визначення тих першочергових питань, які необхідні для встановлення клінічного діагнозу та складання плану обстеження і ведення пацієнта. Також у цей відрізок часу необхідно проконсультувати пацієнта таким чином, щоб він чітко зрозумів особливості свого стану, зумовленого захворюванням, і погодився із планом запропонованого лікування або обстеження.

Під час виникнення гострих ситуацій пацієнти викликають лікаря додому або приходять в амбулаторію без попереднього запису. Загальноприйнята практика виклику лікаря додому для пацієнтів з високою температурою тіла при простудних захворюваннях, особливо дітям, та при погіршенні перебігу важких хронічних хвороб. Уже багато років ведеться дискусія про доцільність допомоги в домашніх умовах. З одного боку – це наближення медичної допомоги до важкохворих, але з іншого – обсяг такої допомоги досить обмежений.

Не слід забувати, що в амбулаторній практиці саме обмежений час, що відводиться на спілкування з пацієнтами, є одним з аргументів критики з їхнього боку. Не випадково вони вибирають альтернативні шляхи вирішення своїх проблем і звертаються до фахівців нетрадиційної медицини. Як встановили дослідження, що були проведені у Великій Британії, потреба населення в допомозі фахівців нетрадиційної медицини виявилася достатньо великою. Вірогідно, відсутність ліміту часу і професійні навички спілкування в даному випадку відіграють не останню роль.

Специфічною особливістю амбулаторної практики є постійна необхідність прийняття рішень не тільки в умовах обмеженого часу, але й при відсутності інших діагностичних даних (лабораторних чи інструментальних). Лікар загальної практики дуже часто в своїй діяльності зустрічається з неспецифічними, неklasичними, так званими розмитими симптомами і проявами різних захворювань.

Багато пацієнтів звертаються по допомогу в амбулаторію до сімейного лікаря, маючи недиференціальні проблеми, коли складно відразу визначити, що є провідним, першочерговим у стані хворої людини, які фактори мають найбільш вплив і як буде розвиватися хвороба далі. У таких випадках неможливо впевнено і чітко сформулювати клінічний діагноз. Тому в країнах Західної Європи та Америки створені діагностичні алгоритми, в першу чергу для лікарів загальної практики, оснований переважно на найбільш поширених синдромах, наприклад таких, як «головний біль» або «червоне око». Крім того, ВООЗ був переведений і опублікований документ, розроблений для кодування синдромів щодо звернення по допомогу до лікаря загальної практики за типом відомого МКХ-10; не оснований на формулюванні діагнозу, але при цьому такий, що враховує специфіку роботи у первинній медичній ланці. Такий підхід, безумовно, дає можливість повною мірою підтримати діяльність лікаря загальної практики і дозволяє інколи обмежитися визначенням домінуючого синдрому, з подальшим направленням хворого до вузького спеціаліста або в стаціонар для уточнення діагнозу. У нашій країні ця система поки не набула ще широкого визнання, що, по суті, є одним із доказів існування особливостей і відмінностей роботи у первинній ланці охорони здоров'я порівняно зі стаціонаром.

Важливою проблемою амбулаторної практики також залишається розподілення рівнів компетенції між спеціалістами-консультантами і сімейними лікарями. Після появи лікарів загальної практики, які стали брати на себе не тільки достатній обсяг допомоги за суміжними спеціальностями, але й повною мірою відповідати за ведення пацієнта на всіх етапах надання допомоги, питання професійної кооперації визначилися по-новому. При направленні на консультацію до вузького спеціаліста необхідно звертати увагу на чітке формулювання запитань, дані попереднього обстеження, а також пояснити пацієнту мету і необхідність консультації. Ретельної уваги вимагає і «зворотний зв'язок» – виконання пацієнтом усіх призначень, своєчасне ознайомлення лікаря загальної практики з результатами консультування і, при необхідності, корекції його дій.

Іншим різновидом розподілу повноважень для первинної ланки охорони здоров'я є робота команди первинної медико-санітарної допомоги, до якої входять лікарі, медична сестра, а інколи і медичний регістратор. На жаль, не завжди весь потенціал роботи таких команд використовується доцільно у повному обсязі. Однак саме робота в команді дозволяє успішно вирішувати завдання, що стоять перед установою, і визначати ефективність її діяльності в цілому. Крім того, командний принцип роботи підвищує реалізованість співробітників під час виконання професійної діяльності. Як хороший театр, починаючи з вішалки, створює визначену атмосферу комфорту і доброзичливості, так і медичний заклад, починаючи з реєстратури, покликаний створювати відчуття довіри, турботи і захищеності у відвідувачів.

В умовах багатопрофільного стаціонару при наявності великої кількості підрозділів створення такої атмосфери проблематично. Ставлення до пацієнта як до особистості обмежується. Недарма найбільш частим зверненням до пацієнта є слово «хворий», з чим не кожна людина внутрішньо готова погодитися.

Психологія хворих людей різна. Хтось прагне усвідомити і ретельно зрозуміти все, що з ним відбувається, для когось такий стан – не більше ніж прикра перешкода і тому помічати її не варто. Для деяких недуга стає своєрідним важелем для досягнення інших цілей. Усе це

стосується сприйняття пацієнтом хвороби і настрою на її подолання.

Не випадково відмінності в сприйнятті хвороби пацієнтом і оцінювання лікарем її клінічних проявів були сформульовані під час опису методології консультування Пендлтоном. Наведена цим автором схема консультації, що визначає паралельно завдання лікаря з виявлення усіх медичних проблем та уявлення пацієнта про свій стан і відчуття, стала класикою і цитується в багатьох керівництвах з ведення пацієнтів.

Повертаючись до особливостей ведення пацієнтів в умовах амбулаторної практики, на відміну від стаціонару, необхідно виділити ще кілька важливих моментів. Лікування або обстеження в стаціонарі передбачає знаходження пацієнта в умовах, що відокремлені від його звичайного способу життя. Спеціальний режим, обходи лікарів, обстеження і процедури, сусіди по палаті – все це створює достатньо специфічну обстановку і настрої. Звичайно, на різних людей подібна зміна умов діє по-різному: одні з повагою підкоряються, інші підкоряються частково, хтось намагається протестувати, але залишається в стінах лікарні. Важливим у цьому випадку залишається особливе і відмінне від звичного стану знаходження в «лікувальному установі».

В амбулаторних умовах взаємовідносини з пацієнтами складаються інакше. Факт звернення за медичною допомогою є, скоріше, деяким перериванням, а іноді і перешкодою звичайному перебуванню. Настрої на лікування, який виконує лікарняні стіни, міцно утримуючи пацієнта декілька днів, після консультації в амбулаторних умовах закріплюється не так міцно і не на такий тривалий час. Без сумніву, значний вплив на свідомість пацієнта здійснює зміст амбулаторного візиту до лікаря, очікування пацієнта, його бажання і надія отримати допомогу. Але виходячи з кабінету лікаря, людина знову опиняється у звичайній обстановці, навіть якщо їй приписаний домашній режим при отриманні листка непрацездатності. Тому виконання певних призначень і зміна укладу звичного способу життя можуть потребувати значних зусиль, а значить, можуть «набриднути» істотно швидше, і пацієнт захоче від них відмовитися.

Фактор прихильності клінічним рекомендаціям (compliance, комплаєнс) для амбулаторно-поліклінічної допомоги також має деяку специфіку, на відміну від стаціонарної. Так, у стаціонарі, крім безпосереднього спостереження і контролю виконання призначень, є можливість відслідковувати ефективність проведеного лікування в динаміці. Значну допомогу надають медичні сестри і чергові лікарі. Таке постійне знаходження в процесі лікування робить неможливими суттєві відхилення від рекомендацій лікаря стаціонару.

Є велика кількість причин особистісного, соціального і економічного характеру, які впливають на виконання пацієнтами лікарських рекомендацій. Серед них важливо відзначити суттєвий вплив сім'ї та звичайного укладу життя. Саме з пацієнтом, що знаходиться під впливом цих факторів, постійно має справу сімейний лікар в амбулаторній практиці. Від нього залежить уміння своєчасно розібратися у взаємовідносинах у сім'ї, врахувати потреби і зайнятість окремих її членів. Робота, що спрямована на підтримку прихильності до лікування, може відімати значний час, але найголовніше – лікар зобов'язаний вміти зрозуміло пояснити пацієнтові необхідність виконувати рекомендації, при цьому використовуючи зрозумілу термінологію і демонструючи переконаність у своїй правоті. Тому важливими у роботі лікаря загальної практики стають школи для хворих з хронічними захворюваннями, які довели свою ефективність у багатьох країнах світу.

Ще один фактор, який впливає на якість надання допомоги в амбулаторній практиці – наступність надання медичної допомоги.

Стационар – це система надання допомоги «тимчасового» (з позиції пацієнта) характеру. Пацієнт, госпіталізований у стаціонар, передбачає отримати необхідне обстеження і лікування, рекомендації при виписуванні на досить короткий термін – від днів до декількох місяців. При цьому, як правило, після виписки зі стаціонару його направляють до лікаря загальної практики. І тут інколи виникають додаткові проблеми. Знаходження в умовах повсякденного життя вимагає від людини іншої активності та зайнятості, ніж в умовах стаціонару, і адекватно підібрана в стаціонарі система лікування в умовах амбулаторного спостереження може давати збій. Тому для лікаря амбулаторної ланки необхідно вирішувати не тільки поточні проблеми здоров'я пацієнта, але й обов'язково враховувати взаємовплив інших захворювань, особливості роботи та навантаження в сім'ї, емоційні проблеми, пов'язані із зовнішніми аспектами життя пацієнта. Таких впливів і взаємодій може бути безліч, вони змінюються і потребують постійної уваги з боку лікаря.

І, нарешті, є ще одна проблема, вирішення якої все частіше лягає на плечі сімейного лікаря, що працює в амбулаторно-поліклінічних умовах. Це надання паліативної допомоги хворим, які знаходяться на останній стадії хронічного чи онкологічного захворювання. Підтримка такого пацієнта, а також членів його сім'ї, виснажених морально, а часто і матеріально, може стати дуже відповідальним і важким завданням для лікаря. На жаль, умінням повідомляти негативні новини не завжди повною мірою володіють співробітники, що працюють в стаціонарних установах. Неодноразово доводиться стикатися з тим, що пацієнт, виписаний з онкологічної установи, не був інформований про характер захворювання, з приводу якого він був прооперований. У цих випадках весь тягар моральної відповідальності за інформування такого пацієнта та членів його сім'ї покладається на лікаря загальної практики, який буде вести цього пацієнта до фатального кінця. В останні роки в Україні, як і в інших країнах світу, розвивається мережа хоспісів, які призначені для надання допомоги подібним пацієнтам. Але, перш за все, їх недостатньо і вони повною мірою не забезпечу-

ють існуючу потребу. У зв'язку з цим на лікарів первинної ланки медичної допомоги покладені обов'язки з підбору адекватної знеболювальної терапії, навчання правилам догляду за лежачим пацієнтом та забезпечення психологічної підтримки як самого пацієнта, так і членів його сім'ї.

На завершення короткого аналізу відмінностей, що існують між амбулаторною і стаціонарною допомогою, хотілося б підкреслити, що при всіх складнощах роботи в умовах первинної медичної допомоги вона може принести велике моральне задоволення лікарю, який не тільки зрозумів і прийняв ці відмінності, але й відчув переваги обраної спеціальності. Важко знайти кращу характеристику тій установі, в яку звертається вперше більшість людей у різних країнах світу, що була дана відомим британським лікарем загальної практики Іоною Хис: «У стаціонарі ви завжди зустрінете хворобу, в той час як пацієнт приходить та іде, а у відділенні загальної практики – пацієнта, в той час як хвороба приходить та іде».

Особенности ведения пациентов врачами общей практики в амбулаторных условиях
С.В. Данилюк, Л.В. Химион, О.Б. Ященко, Н.В. Кича, Л.А. Смолина

В статье рассматриваются вопросы ведения пациентов в условиях амбулаторно-поликлинической практики в сравнении с курацией пациентов в стационаре. Освещены вопросы особенностей и отличий амбулаторного и стационарного этапов оказания помощи пациентам.

Ключевые слова: врач общей практики, амбулаторно-поликлиническая помощь, стационар.

Properties the management of patients by general practitioners in polyclinics
S.V. Danyliuk, L.V. Khimion, O.B. Yashchenko, N.V. Kicha, L.O. Smolina

The article describes the particularities of patients management at polyclinics practice in comparison with curation patients in the hospital. The describes of the characteristics and differences between patients management at polyclinics and hospital phases of patient care.

Key words: general practitioner, patient's management at polyclinics, hospital.

Сведения об авторах

Данилюк Светлана Владимировна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35.

Химион Людмила Викторовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35.

Ященко Оксана Борисовна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35.

Кича Наталья Васильевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35.

Смолина Людмила Александровна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 483-04-35.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Л.Н. Дегтярева, О.Ю. Кузнецова. Некоторые различия в подходах к ведению пациентов в амбулаторных условиях – взгляд врача общей практики // Российский семейный врач. – 2006. – № 3. – С. 9–12.
 2. Гец Л., Вестин С. Руководство для преподавателей и врачей общей практики / перевод с норвежского

под ред. проф. О.Ю. Кузнецовой. – СПб: СПбМАПО, 2005. – 352 с.
 3. Роль индивидуумов в команде. В кн.: Медицинское последипломное образование. Управление и экономика / Под ред. Н.А. Белякова и С.Л. Плавинского. – СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2006. – С. 50–65.

4. Симаненков В.И. Всегда ли пациенты следуют рекомендациям врача // Российский семейный врач. – 2000. – № 3. – С. 87–89.
 5. Фролова Е.В. Обучение пациентов – современная медицинская технология амбулаторной практики. – СПб: СПбМАПО, 2005. – 148 с.

6. Пендлтон Д., Скоуфилд Т., Тейт П., Хавлок П. Врач и больной. Искусство общения. – М.: Практика, 2005. – 150 с.
 7. Хит Й. Нравственные дилеммы в практике семейного врача: вопросы жизни и смерти // Российский семейный врач. – 2005. – № 2. – С. 11–15.