

Профілактика, рання діагностика захворювань на тій стадії, яка ще не має явних клінічних ознак і може бути зворотною; тривала і безперервна допомога, в тому числі і постійна підтримка при хронічних захворюваннях з метою зменшення епізодів їх загострень, – є основними компетенціями сімейного лікаря. Саме лікар в цій моделі є ініціатором контакту з пацієнтом і створення довготривалих стосунків з ним, заохочуючи пацієнта під час консультування до партнерства й активної участі в розробленні плану його діагностики і лікування, своєчасному забезпеченні маршруту пацієнта на вищій рівень медичної допомоги або організацію надання йому соціальної і психологічної допомоги та зворотний контакт з цими службами. Надзвичайно важливо, щоб сімейний лікар був компетентним у потребах пацієнта і міг захистити його від непотрібних і зайвих обмежень та методів лікування, постійно дотримуваяся існуючих стандартів лікування, які ґрунтуються на доказовій медицині.

Разом із тим, компетенцію набуває сімейний лікар під час до- та післядипломного навчання. В Україні, на жаль, відсутній базовий документ, що описує спеціальність ЗП–СМ, який містить дані про необхідну компетенцію лікаря і забезпечує логічну послідовність розроблення документів – від змісту спеціальності через кваліфікаційну та освітньо-кваліфікаційну характеристику лікаря ЗП–СМ до програми навчання. На жаль, існуюча кваліфікаційна характеристика і система навчання не відповідають європейським принципам, а програма навчання сімейного лікаря не узгоджується з міжнародними підходами. Це призводить до того, що підготовлений ук-

раїнський сімейний лікар не може бути кваліфікований за цією спеціальністю в країнах ЄС (фактично це різні спеціальності). Це зовсім не свідчить про те, що наші лікарі менш кваліфіковані або їхня підготовка здійснюється неякісно.

У 2005 році в Росії за підтримки проекту ЄС був прийнятий освітній стандарт «Образовательный стандарт послеузовской профессиональной подготовки специалистов ОП/СМ» (96 стор.) як спроба поєднати європейські підходи та існуючу практику, що склалася історично на теренах пострадянських держав. До навчальної програми традиційно увійшли розділи нозологій (внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія й ін.), тобто відбулося дублювання додипломного навчання. Такий підхід зрозумілий вітчизняній медичній спільноті, але мало відповідає європейським документам. Програма післядипломної підготовки сімейних медичних сестер теж здебільшого дублює програму підготовки сімейних лікарів.

Для того щоб не займатись дублюванням додипломної освіти і зробити крок на шляху формування в Україні європейської загальної практики–сімейної медицини, необхідно прийняти положення про зміст цієї спеціальності, запропонований WONCA під назвою «Європейське визначення ЗП–СМ», затвердити кваліфікаційну та освітньо-кваліфікаційну характеристики, внести зміни до наказу від 23.02.2001 р. № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини» і переглянути ці документи з врахуванням програми підготовки лікарів ЗП–СМ, що діє в ЄС і розроблена EURACT Educational Agenda (Європейською Академією викладачів загальної практики).

Стандартизована допомога: командний підхід до ведення цукрового діабету 2-го типу

В.І. Ткаченко

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

У більшості країн Європи та світу ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2-го типу та первинна і вторинна профілактика цього захворювання забезпечується виключно сімейними лікарями, це сприяє значному зменшенню витрат у системі охорони здоров'я. Сімейні лікарі Франції, Фінляндії, Бельгії, Іспанії, Литви, Данії, Швейцарії, Австрії, Нідерландів, США достатньо кваліфіковані і якісно ведуть цукровий діабет, самостійно призначають лікування пероральними цукрознижувальними препаратами, здійснюють корекцію доз препаратів та навіть самостійно призначають інсулінотерапію згідно з міжнародними та національними рекомендаціями.

У більшості країн світу ведення цукрового діабету здійснюється сімейним лікарем не самостійно, а в тісній співпраці з іншими спеціалістами, в добре скоординованій команді, склад якої може бути різним залежно від особливостей системи охорони здоров'я. У центрі команди завжди стоїть пацієнт задля забезпечення принципу пацієнт-центрованої допомоги. Головним координатором такої мультидисциплінарної команди є сімейний лікар, допомогу якому здійснює медична сестра у проведенні диспансерного нагляду і навчання пацієнтів з цукровим діабетом. Така організація допомоги хворим на цукровий діабет носить назву структурованої програми й існує у

Франції, Фінляндії, Бельгії, Іспанії, Литві, Данії, Швейцарії, Австрії, США та Нідерландах. Обов'язково сімейний лікар і медична сестра повинні пройти спеціальну підготовку щодо ведення цукрового діабету, здійснювати постійне поповнення своїх знань, проходити безперервне навчання, як і всі члени команди. Програми професійного навчання для працівників первинної ланки з догляду пацієнтів з цукровим діабетом відрізняються за обсягом та кількістю годин у різних країнах Європи. Обов'язки і обсяги медичної допомоги для кожного члена мультидисциплінарної команди та відповідальність чітко визначені в багатьох країнах світу (Угорщина, Литва, Данія, Нідерланди, Велика Британія), але в інших країнах із структурованою програмою відповідальність за надання допомоги хворим на цукровий діабет, координація догляду та лікування пацієнтів покладається на сімейного лікаря.

Досвід країн світу засвідчив, що ведення цукрового діабету в установах первинної медичної допомоги може бути покращеним, якщо лікарі ширше застосовуватимуть стандарти медичної допомоги, залучатимуть хворих у процес власного лікування, будуть проводити лікування цукрового діабету 2-го типу у тісному співробітництві та партнерстві з іншими спеціалістами, забезпечувати базову освіту пацієнтів щодо самоконтролю діабету.