

По данным Всемирного банка, реформирование первичной медицинской помощи в странах Центральной и Восточной Европы по пути формирования общей врачебной практики показало положительные результаты.

СЕЛЬСКАЯ СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА, МЕДИЦИНА В МАЛОНАСЕЛЕННЫХ И УДАЛЕННЫХ РАЙОНАХ

Доступ к высококачественной медицинской помощи для жителей сельских и удаленных районов, в том числе мест проживания коренных малочисленных народов, зависит от адекватного обеспечения населения сельскими врачами. Проблема дефицита сельских врачей характерна для многих стран, особенно тех, в которых первичную помощь параллельно оказывают семейные врачи, терапевты, педиатры и акушеры-гинекологи. Сельские врачи имеют более широкую практику и лучшие технологии оказания медицинской помощи, чем городские. Широта подготовки в области семейной медицины делает семейного врача почти идеальным поставщиком медицинской помощи в сельской местности. Исследования американского центра Роберта Грахама показали, что сельские округа имеют большую зависимость от семейных врачей, чем от других специалистов, работающих в первичной помощи.

Семейные врачи, практикующие в сельских, удаленных и малонаселенных районах, чтобы быть способными справляться с разными ситуациями без посторонней помощи, нуждаются в специальной подготовке по оказанию акушерской, хирургической, скорой и неотложной помощи, проведению различных процедур. Поэтому подготовка резидентов по семейной медицине, ориентированных в дальнейшем работать в сельской местности, имеет свои особенности. Так, например, в Австралии в 2-годичную сельскую программу резидентуры входит 3-месячный период обучения анестезии, экстренной и неотложной помощи. В США обучение сельских семейных врачей проводится поочередно на базе сельских и городских практик в соотношении 2:1. Есть учебные программы, более «погруженные» в сельскую практику, и даже полностью сельские программы, по которым обучение в течение 4 лет проводится только на базе сельских практик.

Для подготовки квалифицированных сельских семейных врачей во многих странах созданы сельские академические кафедры, журналы, медицинские колледжи; особенно активно этот процесс происходит в Северной Америке и в Австралии, где большое количество жителей проживает в сельских и удаленных районах. Академическим (учебным) сельским практикам отводится основная роль в поддержании сельского здравоохранения и врачей, практикующих в сельских и удаленных районах.

По данным аналитических материалов 2008 г., численность сельского населения России составляет 38,4 млн человек, т.е. 27% общей численности населения. Наиболее острыми проблемами состояния здоровья жителей села являются низкий уровень рождаемости, высокий уровень заболеваемости, общей и младенческой смертности. Доля врачей в сельской местности составляет 8% всех врачей, а среднего медицинского персонала около 16%. Постановлением №858 от 3 декабря 2002 г. Правительство РФ утвердило федеральную целевую программу «Социальное развитие села до 2010 г.»^{*}. Программа предусматривает реализацию следующих мероприятий на основе общей врачебной практики:

- создание центров, отделений общей врачебной (семейной) практики;
- совершенствование предоставления первичной медико-санитарной помощи сельскому населению на основе внедрения принципов общей врачебной (семейной) практики;

^{*} Постановлением Правительства Российской Федерации от 05.03.2008 №143 программа продлена до 2012 г. и получила название «Социальное развитие села до 2012 года».

26 ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

- укомплектование учреждений здравоохранения преимущественно специалистами общей врачебной (семейной) практики;
- развитие института врача общей практики (семейного врача).

В Российской Федерации в сельской местности работают 55% всех врачей общей практики.

РАЗВИТИЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

Земская реформа 1864 г. послужила толчком к развитию в России земской медицины, которая была прообразом общей врачебной практики. Земские доктора по характеру своей деятельности были врачами общей практики. Они оказывали помощь по широкому кругу медицинских проблем, сочетая лечебную работу с санитарно-профилактической деятельностью, в основном при острых заболеваниях и неотложных состояниях. В земской медицине впервые в истории медицины и здравоохранения была разработана и внедрена новая форма оказания медицинской помощи по участковому и территориальному принципу. В 1934 г. Гигиенической комиссией Лиги Наций врачебный участок был рекомендован другим странам для организации помощи сельскому населению.

В советский период в основу развития системы здравоохранения были положены принципы с выраженной социальной ориентацией: государственный характер, плановое развитие, профилактическая направленность, единство медицинской науки и практики, общедоступность и бесплатность, активное участие общественности и населения в мероприятиях по охране здоровья.

Анализируя отечественный опыт развития первичной медицинской помощи в советский период, И.Н. Денисов отметил: в 60–70-е гг. XX в. существовало представление, что увеличение количества узких специалистов в амбулаторно-поликлиническом звене и открытый доступ к ним позволит улучшить качество медицинской помощи и сократить число больных, направляемых в стационар. Действительно, на первом этапе это дало положительный эффект, но в дальнейшем привело к парадоксальной ситуации — число узких специалистов в поликлиниках стало превышать численность участковых врачей. Эти диспропорции стали особенно значимы на рубеже веков — в конце 90-х гг. XX в. и в начале XXI в. За 10-летний период — с 1990 по 1999 г. — число врачебных должностей увеличилось в целом по стране на 7,2%, число работающих специалистов в стационаре — на 16%, а численность участковых терапевтов в поликлиниках сократилась с 44 до 40%. В сложившейся ситуации пациент, минуя участкового врача, стал напрямую обращаться к узкому специалисту. В конечном счете это привело к удорожанию медицинской помощи, уменьшению объема и перечня лечебно-диагностических и профилактических услуг, выполняемых участковыми врачами, сохранению высокого уровня госпитализации. В результате участковый врач стал диспетчером, выполняя в основном функцию направления пациентов к профильным специалистам, а участковый терапевт превратился в узкого специалиста по терапевтической патологии внутренних органов, поэтому весь прикрепленный контингент пациентов со всеми заболеваниями, кроме терапевтического профиля, стал обращаться к другим специалистам.

На международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, проведенной в Алма-Ате в 1978 г., была подтверждена ведущая роль первичной помощи в сохранении здоровья людей. Правительствам всех стран было рекомендовано направить усилия на ее совершенствование. С учетом международного опыта Министерство здравоохранения СССР приняло решение о поэтапном преобразовании первичного звена медико-санитарной помощи по принципу семейного врача. Это было продиктовано необходимостью качественных изменений в системе оказания медицинской помощи, прежде всего в участковой терапевтической службе, и направлено на повышение ответственности врача за здоровье конкретного пациента и прикрепленного населения в целом.

Семейная медицина в России стартовала как эксперимент в 1987 г. в Москве, в Тульской, Пензенской и Томской областях. В 1991 г. было проведено несколько республиканских совещаний и международный советско-канадский семинар, на которых обсуждались вопросы реформы первичной медицинской помощи и создания модели семейной медицины. В 1992 г. приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.08.1992 №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)» положил начало масштабному внедрению общей врачебной практики по всей стране. В этом же году были открыты первые кафедры семейной медицины в ММА им. И.М. Сеченова под руководством И.Н. Денисова, в Самарском государственном медицинском университете под руководством Б.Л. Мовшовича. В 1993 г. была разработана первая унифицированная программа подготовки по специальности, а в 1997 г. в Санкт-Петербурге стал издаваться журнал «Российский семейный врач». На многих территориях были открыты общие врачебные практики, которые показали свою эффективность.

Была разработана основная нормативно-правовая база, которая дала толчок для развития общей врачебной практики в регионах. Более чем в 60 вузах Минздравсоцразвития РФ и Минобрнауки РФ стали готовить врачей общей практики, и более чем в 10 вузах проводится преподавание основ семейной медицины студентам на додипломном этапе. В 1999 г. была принята отраслевая программа по общей врачебной практике на 2000–2001 гг. Проведены три Всероссийских съезда врачей общей практики: в 2000 г. в Самаре, в 2004 г. в Чебоксарах (Чувашская Республика), в 2008 г. — в Белгороде. Подготовлено и утверждено два поколения образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки по специальности — в 2000 и 2005 г.

Существенный вклад в совершенствование первичной медицинской помощи по принципу семейного врача вносят международные проекты. Регионы, в которых они проводились, стали точками развития семейной медицины в России (Чувашская Республика, Самарская, Воронежская, Белгородская, Тверская области и др.). В 2001 г. была создана Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ, которая в 2008 г. стала коллективным членом WONCA. Вышли клинические руководства по специальности. Общая врачебная практика начала внедряться в большинстве субъектов РФ, особенно активно — в Республиках Татарстан, Саха (Якутия), Чувашия, Бурятия, а также в Самарской, Тульской, Ленинградской, Московской, Тверской, Белгородской, Воронежской, Пензенской, Свердловской областях, в Санкт-Петербурге, в Краснодарском и Красноярском краях. Четыре муниципальных образования полностью перешли на оказание первичной медико-санитарной помощи врачами общей практики (Новомосковский район Тульской области, Ступинский район Московской области, г. Гатчина Ленинградской области, г. Бердск Новосибирской области). Однако по сравнению со странами Центральной и Восточной Европы и СНГ, которые смогли в течение 10–12 лет переобучить участковых врачей на врачей общей практики, у нас этот процесс двигался очень медленно: в среднем в регионе подготавливалось по 15–20 врачей общей практики в год.

В 2003–2006 гг. были намечены коренные изменения в первичной медицинской помощи в стране. Минздравом РФ был подготовлен проект модернизации здравоохранения. В нем развитие первичной медико-санитарной помощи увязывалось с общей врачебной практикой, будущая организационная модель которой была сформулирована как «общая врачебная практика + консультативно-диагностический центр (ОВП+КДЦ)». К сожалению, этот документ так и не был утвержден. В письме Минздравсоцразвития России от 30.05.2006 №15/393-16-3 «Об обеспечении медицинскими кадрами лечебно-профилактических учреждений первичного звена здравоохранения», подготовленном группой авторов из несколь-

ких ведущих российских медицинских организаций — Департамента фармацевтической деятельности, обеспечения благополучия человека, науки, образования Минздравсоцразвития России (директор Володин Н.Н.); Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (заместитель руководителя Сергиенко В.И.); ММА им. И.М. Сеченова (первый проректор Денисов И.Н.); Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения Росздрава (директор Михайлова Ю.В.) и др. — были раскрыты содержание и пути модернизации здравоохранения по направлению развития общей врачебной практики (семейной медицины). Основная позиция документа: «Стержень модернизации первичной медико-санитарной помощи — организация общей врачебной практики». Активнее стали проводиться научные исследования по семейной медицине, защищаться кандидатские и докторские диссертации.

В 2005 г., по данным статистических отчетов, число Центров и кабинетов общей врачебной практики составляло 1736, врачей — 4909 человек, медсестер врачей общей практики — 5209. Ощутимый импульс в развитии семейной медицины дал национальный проект в сфере здравоохранения, стартовавший в 2006 г. За 4-летний период количество врачей увеличилось более чем вдвое — до 9301 человека (данные на январь 2010 г.). Улучшилась материально-техническая база общей врачебной практики. Опыт развития общей врачебной практики показывает, что Россия восприимчива к новым формам организации первичной медицинской помощи. Тем не менее, несмотря на очевидный прогресс, остаются многие проблемы, которые требуют решения.

В настоящее время имеется достаточная нормативно-правовая база, которая не ограничивает развитие общей врачебной практики в регионах РФ. В 2009 г. в 78 из 83 субъектов РФ работали врачи общей практики. И хотя они составляют около 24% числа участковых терапевтов (по данным Минздравсоцразвития России, на начало 2009 г. участковых терапевтов в стране было 38 965), мы все еще находимся в стадии роста специальности. По мнению академика РАМН И.Н. Денисова, при наличии в стране не менее 20 000 врачей общей практики произойдут качественные изменения первичной медицинской помощи, которые могут оказать ощутимое влияние на здоровье и демографические показатели населения в целом по стране. По плану Министерства здравоохранения РФ, эти цели должны были быть достигнуты в 2010 г.

В декабре 2008 г. Минздравсоцразвития России был представлен проект «Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.». Несмотря на подтверждение приоритета развития первичной медико-санитарной помощи, в Концепции умалчиваются развитие общей врачебной практики и причины ее медленного продвижения. Альтернативная концепция модернизации российского здравоохранения на 2008–2020 гг. была разработана Государственным университетом — Высшей школой экономики в апреле 2008 г. В ней научно обосновывается положение, что эффективное развитие первичной медико-санитарной помощи возможно только путем распространения института врача общей практики.

Насколько важна семейная медицина в России? Для большинства стран ответ очевиден: семейные врачи играют основополагающую роль в оказании медицинской помощи населению. Впечатляющие результаты работы, проведенной в 2001 г. американским Центром политических исследований по семейной медицине и первичной медицинской помощи Роберта Грахама (The Robert Graham Center: Policy Studies in Family Medicine and Primary Care), продемонстрировали влияние семейных врачей на первичную помощь. Американский Центр политических исследований по семейной медицине и первичной медицинской помощи Роберта Грахама* провел исследование укомплектованности первичной меди-

* The Robert Graham Center: Policy Studies in Family Medicine and Primary Care. Сайт <http://www.graham-center.org>

цинской помощи врачами широкого профиля: семейными врачами, терапевтами, педиатрами и акушерами-гинекологами в сельских и городских округах в США. В 1995 г. в 2298 сельских и городских округах была выявлена нехватка врачей в первичном звене. Если бы из этих округов были удалены только семейные врачи, то в 1332 (58% общего числа округов) возник бы дефицит врачей. Отсутствие в округах терапевтов + педиатров + акушеров-гинекологов, но наличие семейных врачей привело бы к нехватке врачей только в 7,7% случаев (Fryer G.E. et al., 2001). Обоснованный вывод этого исследования — семейные врачи оказывают существенное влияние на нехватку врачебных кадров в первичной помощи, а их назначение оправдано.

Учитывая, что в США, как и России, первичную медицинскую помощь оказывают параллельно, не пересекаясь, врачи четырех основных специальностей широкого профиля: врачи общей практики (семейные врачи), участковые терапевты, участковые педиатры и акушеры-гинекологи, результаты этого исследования можно интерполировать на российскую первичную медико-санитарную помощь.

Современные проблемы общей врачебной практики в России:

- недостаточная материально-техническая база;
- недостаточная инфраструктура первичной медицинской помощи;
- свободный доступ пациентов к узким специалистам через «самозапись»;
- уравнительная оплата труда врачей-терапевтов и семейных врачей, которая не стимулирует к расширению использования новых навыков;
- нехватка врачей общего профиля в первичном звене;
- недостаточные объемы переподготовки участковых врачей во врачей общей практики;
- фрагментация оказания медицинской помощи пациентам;
- слабая профилактическая направленность работы врача;
- недостаточная мотивация семейных врачей к расширению медицинских услуг и работе с больными, имеющими хронические заболевания;
- старение врачебных кадров;
- недостаточная готовность к модернизации первичной медицинской помощи.

ПЕРСПЕКТИВЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ

В настоящее время мы находимся в точке разветвления (дихотомии) развития семейной медицины в России. Возможно несколько сценариев (от пессимистичного до оптимистичного) будущего данной специальности: дальнейшее увеличение в первичной медицинской помощи числа узких специалистов, сохранение нынешней ситуации или переход к оказанию медицинской помощи населению врачами общей практики в междисциплинарных командах с другими секторами здравоохранения, включая амбулаторных специалистов, лабораторно-диагностическую и специализированную службу.

Развитие семейной медицины в России по оптимистичному сценарию. Основные направления следующие.

1. Материально-техническое дооснащение амбулаторно-поликлинических учреждений.
2. Внедрение передовых информационных систем (создание системы дистанционного мониторингирования основных физиологических параметров пациента; автоматизированное рабочее место; ресурсы в Интернете для пациентов и семейных врачей; доступ пациента к медицинской информации о своем здоровье с использованием телекоммуникационных технологий).
3. Поэтапный перевод участковой службы в общую врачебную практику.
4. Участие врачей и среднего медперсонала в программах непрерывного профессионального образования с целью повышения квалификации и лучшего оказания помощи пациентам.

5. Внедрение новых организационных и лечебно-диагностических технологий в амбулаторных условиях, например стационарзамещающих форм, патронажа и др.
6. Проведение научных исследований в области семейной медицины.
7. Работа в междисциплинарной команде: взаимодействие со специалистами поликлиник, стационаров, специализированных служб, социальными работниками.
8. Применение принципов семейной медицины в общей врачебной практике.

Анализ ситуации показывает, что в ближайшие годы в России основным звеном в оказании медицинской помощи детям останутся детские поликлиники. Во взрослых поликлиниках по численности участковые терапевты будут превалировать над количеством врачей общей практики. Поэтому наряду с подготовкой и переподготовкой врачей общей практики необходимо поэтапно довести уровень оказания медицинской помощи действующей участковой службы до модели врача общей практики, постепенно расширяя компетенции участкового врача по смежным специальностям, а амбулаторных специалистов и диагностические службы реформировать в консультативно-диагностические центры (отделения).

Считаем, что будущая российская модель общей врачебной практики может быть сформулирована как «Общая врачебная практика Плюс (ОВП Плюс)». В отличие от модели ОВП+КДЦ, она строится не только на основе интеграции с амбулаторно-поликлиническими службами общей лечебной сети, но также включает амбулаторные службы специализированной помощи (фтизиатрической, дерматовенерологической, онкологической, психиатрической), а также широкий круг других поставщиков (например, мануальных терапевтов, фармацевтов, стоматологов и т.д.), при условии, что врач общей практики становится единым лечащим врачом, представляя интересы пациента во всей системе здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Чрезмерная специализация в медицине принесла значительный прогресс в области фундаментальных исследований и медицинских технологий, однако конкретному человеку нужен врач, который смог бы решить большинство его проблем, связанных со здоровьем. История семейной медицины показывает, что люди хотели и продолжают стремиться к такому врачу, который внимательно относится к их потребностям, принимает квалифицированные решения и с которым они могут установить пожизненные отношения. Таким единственным врачом может стать только врач общей практики (семейный врач).

1.2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ И ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)

В 2002 г. Европейское отделение Всемирной организации семейных врачей разработало современные базовые принципы общей врачебной практики/семейной медицины и опубликовало их в согласованном заявлении «The European Definition of General Practice/Family Medicine». В этом документе даны новые определения понятий «общая врачебная практика (семейная медицина)» и «врач общей практики (семейный врач)»; представлены ключевые характеристики дисциплины, сгруппированные в шесть основных компетенций; сформулированы три сферы деятельности врача общей практики и три фундаментальные особенности семейной медицины как научной дисциплины, которые применимы (по крайней мере теоретически) ко всем системам здравоохранения независимо от условий их деятельности. Новое определение четко структурировано и рассматривается как сложное взаимодействие свойственных данной области основных компетенций, сфер деятельности и особенностей.

Основные компетенции врача общей практики (семейного врача) не исключают друг друга, многие из их основных характеристик, в частности относящиеся к поведению, могут быть представлены в нескольких компетенциях.

В предыдущих определениях, данных группой Leeuwenhorst (1974), WONCA (1991) и в рамочном документе Европейского бюро ВОЗ (1998), общая врачебная практика в основном описывалась как профессиональная деятельность врача в системе здравоохранения, а не как медицинская дисциплина, что в некоторой степени тормозило ее развитие как академической, клинической и научной специальности. Современное видение общей врачебной практики (семейной медицины) включает:

- определение основных компетенций как способности врача общей практики (семейного врача) успешно осуществлять ряд функций, связанных с его текущей работой;
- более глубокое рассмотрение процесса индивидуального консультирования пациента, умение предоставлять пациенту информацию в доступной форме и адекватно реагировать на его эмоции;
- при лечении заболеваний одновременно рассмотрение биопсихосоциальных, культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей;
- при оказании помощи ориентирование на пациента (а не на патологический процесс или орган) и нормализацию его состояния;
- уточнение важной роли врача общей практики (семейного врача) в перераспределении ресурсов всей системы здравоохранения, а не только в достижении экономической эффективности;
- выделение категории «отношение» как особенности дисциплины. Это понятие включает систему жизненных ценностей врача, его убеждения, вероисповедание, эмоции, способность решать личные этические проблемы, которые могут повлиять на оказание помощи пациентам.

В 2005 г. был опубликован второй пересмотр «The European Definition of General Practice/Family Medicine», в котором представлен полный научный анализ ключевых характеристик и основных компетенций для более глубокого понимания и применения их при разработке учебных программ, методических пособий и научных исследований.

В 2004 г. Швейцарский колледж первичной медицинской помощи изобразил сложное соотношение характеристик, основных компетенций и особенностей специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» в виде дерева, которое получило название «Дерево WONCA». Характеристики и основные компетенции на «дереве» представлены в кратком варианте для лучшего запоминания и усвоения (рис. 1.1).

Ниже приводятся адаптированные к российской действительности определения специальности и врача общей практики (семейного врача), принятые в 2005 г. профессиональным сообществом «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации».

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

Общая врачебная практика/семейная медицина — это академическая, клиническая и научная дисциплина, имеющая собственный предмет изучения, преподавания, научных исследований и клинической деятельности; это клиническая специальность, ориентированная на оказание первичной медико-санитарной помощи.

Клиническая специальность «Общая врачебная практика/семейная медицина» имеет 11 ключевых характеристик, не зависящих от организации системы здравоохранения, в которой она является системообразующим элементом.

1. В рамках ОВП/СМ обычно происходит первый контакт пациента с системой здравоохранения; доступ пациентов к ОВП/СМ открытый и неограниченный; медицинская помощь оказывается по всему спектру заболеваний независимо от возраста, пола, других особенностей и потребностей пациента.



2. Обеспечивает эффективность использования ресурсов системы здравоохранения; их координацию; взаимодействие с другими специалистами, работающими в первичном звене здравоохранения; руководство взаимодействием с другими специалистами, при необходимости защита интересов пациента.
 3. Ориентирована на пациента, его семью и общество, в котором он проживает.
 4. Предусматривает особый процесс проведения консультирования, включающий установление долговременных взаимоотношений врача с пациентом путем обеспечения эффективного взаимодействия между ними.
 5. Обеспечивает длительное и непрерывное оказание медицинской помощи на основании потребностей каждого пациента.
 6. Процесс принятия решений по профилактике и лечению заболеваний основан на знании распространенности данной патологии в конкретной популяции.
 7. Предусматривает одновременное лечение острых и хронических заболеваний у пациента.
 8. Обеспечивает лечение заболеваний на самых ранних, недифференцированных стадиях их развития, включая, при необходимости, неотложную медицинскую помощь.
 9. Обеспечивает профилактику заболеваний и улучшение состояния здоровья путем проведения вмешательств с доказанной эффективностью.
 10. Несет ответственность за показатели состояния здоровья обслуживаемого населения.
 11. Рассматривает проблемы здоровья пациента с учетом физических, психологических, социальных, культурных, экзистенциальных аспектов.
- Одинадцать ключевых характеристик, которые определяют дисциплину, объединены в шесть основных компетенций.

ОСНОВНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

1. Управление процессом оказания первичной медицинской помощи (1, 2).
2. Использование личностно-ориентированного подхода в работе с пациентом (3, 4, 5).
3. Умение решать конкретные проблемы пациента (6, 7).
4. Осуществление комплексного подхода при оказании первичной медицинской помощи (8, 9).
5. Использование территориального принципа при обеспечении населения первичной медико-санитарной помощью (10).
6. Целостное представление о пациенте и его состоянии с учетом биопсихосоциальной модели, культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей (11).

В скобках указаны ключевые характеристики, которые формируют соответствующую основную компетенцию.

Управление процессом оказания первичной медицинской помощи включает следующие умения:

- управление процессом первого контакта пациента с системой здравоохранения, умение определять и классифицировать проблемы пациента;
- оказание первичной медицинской помощи по всему спектру заболеваний, независимо от тяжести состояния, возраста и пола пациента, других его особенностей;
- управление оказанием эффективной и адекватной медицинской помощи с наиболее рациональным использованием ресурсов системы здравоохранения;
- координирование медицинской помощи с другими специалистами, работающими в первичном звене здравоохранения, а также со специалистами стационаров;
- обеспечение доступности необходимых медицинских услуг, предусмотренных системой здравоохранения;
- защита интересов пациента.

Использование в работе с пациентом личностно-ориентированного подхода включает следующее:

- особое внимание предпочтениям пациента при работе;
- консультирование пациента с установлением эффективных взаимоотношений, не ущемляя его право на независимость и самостоятельность;
- расстановка приоритетов при сотрудничестве с пациентом;
- обеспечение длительного и непрерывного наблюдения на основании потребностей каждого пациента согласно принципам непрерывности и координированного оказания медицинской помощи.

Умение решать конкретные проблемы пациента включает:

- умение установить связь в процессе принятия решений с распространенностью и частотой новых случаев заболевания или состояния в данной группе населения;
- умение отбирать и оценивать информацию, полученную в ходе сбора анамнеза, клинического и лабораторно-инструментального обследования пациента; использовать ее при составлении плана лечения при участии пациента;
- умение действовать с учетом следующих принципов: последовательный характер исследований и назначений, рациональное распределение времени в соответствии с задачами обследования и лечения, сохранение терпения в случае неуточненного диагноза;
- умение принимать решения при неотложных состояниях;
- умение проводить диагностику на начальных недифференцированных стадиях проявления болезни;

34 ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

- умение рационально и эффективно проводить диагностические и лечебные вмешательства.

Осуществление комплексного подхода при оказании первичной медицинской помощи включает умения и практические навыки:

- умение работать с пациентами, предъявляющими большое количество жалоб и имеющими несколько заболеваний (острых и хронических);
- умение побуждать пациента к здоровому образу жизни и проводить профилактические мероприятия, позволяющие обеспечить удовлетворительное состояние здоровья и самочувствия пациента;
- умение координировать мероприятия по оздоровлению, профилактике, лечению (включая паллиативное) заболеваний и реабилитации.

Ориентация на социально-экономические характеристики при обеспечении населения первичной медико-санитарной помощью включает: умение согласовывать потребности отдельных пациентов в медицинской помощи с потребностями всей обслуживаемой группы населения и с имеющимися ресурсами.

Целостное представление о пациенте и его состоянии с учетом биопсихосоциальной модели, культурных и экзистенциальных аспектов жизни включает умение применять биопсихосоциальную модель с учетом культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей.

Профессиональные компетенции врач общей практики/семейный врач реализует в трех сферах деятельности

1. В повседневной клинической практике:

- умение выявлять и анализировать широкий спектр жалоб, проблем и заболеваний по мере их появления;
- умение проводить лечение и длительное наблюдение пациента;
- умение эффективно сочетать данные научных исследований и собственный клинический опыт.

2. При общении с пациентом:

- умение проводить консультирование;
- умение предоставлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть предлагаемых вмешательств и результатов исследований;
- умение адекватно реагировать на различные эмоции пациента.

3. При руководстве деятельностью общей врачебной практики:

- умение обеспечить доступность медицинской помощи для пациентов;
- умение организовать эффективную работу, оснастить оборудованием, руководить деятельностью и взаимодействовать с сотрудниками общей врачебной практики;
- умение взаимодействовать с другими сотрудниками и специалистами, в том числе работающими в системе первичной медицинской помощи.

ОВП/СМ как научная дисциплина, базирующаяся на личностно-ориентированном подходе, имеет три фундаментальные особенности

1. Контекста: проводя диагностику заболеваний, принимая клинические решения и планируя лечение, учитывать и проявлять интерес к особенностям личности пациента, его семьи, общества в целом, их культуры; оценивать возможные последствия заболевания для членов семьи и других членов общества.

2. Отношения:

- опираться на собственные знания, способности, систему жизненных ценностей;
- осознавать этические особенности клинической деятельности (профилактика, диагностика, терапия — факторы, влияющие на стиль жизни);
- выявлять и решать личные этические проблемы;

- разграничивать области профессиональных интересов и работы с частной жизнью врача; уметь достигать желаемого равновесия между ними.

3. Научные особенности:

- иметь знания об общих принципах, методах, теоретических основах проведения научных исследований; базовых понятиях статистики (частота новых случаев, распространенность, прогностичность и т.д.);
- иметь исчерпывающие знания научных основ патологии, клинических проявлений заболеваний и их диагностики, терапии и прогноза, эпидемиологии, теории принятия решений, теории формулирования гипотез и принятия решений, профилактической медицины;
- уметь найти, проанализировать и критически оценить медицинскую литературу;
- совершенствовать непрерывное профессиональное развитие и улучшать его качество.

Сложность ОВП/СМ как научной дисциплины определяется взаимодействием основных компетенций, сфер деятельности и особенностей развития, перечисленных выше.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА – ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Врач общей практики/семейный врач — это врач-специалист, прошедший подготовку в соответствии с принципами дисциплины. Он работает в системе оказания первичной медико-санитарной помощи и несет основную ответственность за обеспечение непрерывной медицинской помощи каждому обратившемуся за ней пациенту, независимо от его возраста и пола, а также характера его заболевания. Он осуществляет медицинскую помощь пациенту с учетом особенностей его семьи, общества, в котором он проживает, его культуры, обеспечивая соблюдение принципа индивидуальности личности пациента.

Современное представление о специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и враче общей практики (семейном враче) основывается на компетентностном подходе.

Определения компетентности

- «Ряд процессов в профессиональной врачебной практике, основанных на знаниях, умениях и отношении, которые необходимы для того, чтобы профессиональные действия соответствовали и отвечали потребностям в любое время» (Институт здоровья Каталонии).
- «Компетентность может быть определена широкими профессиональными терминами или как конкретное знание, навык, отношение или поведение» (Всемирная федерация медицинского образования, 2003).
- «Динамическое сочетание атрибутов (знаний, их практического применения, навыков, принимаемой на себя ответственности), позволяющее описать результаты обучения в соответствии с данной программой, или совокупность умений, приобретенных обучающимися по окончании процесса обучения» (EURACT, WONCA, 2004 г.).
- «Компетенции — это динамическое сочетание знаний, умений и способов их применения, а также отношений, которые базируются на содержании образовательной программы» [Образовательный стандарт по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)», Россия, 2005].

Однако до сих пор нет согласованного определения компетентности, которое бы охватывало все важные области профессиональной медицинской практики.

G.E. Miller в 1990 г. (рис. 1.2) описал четыре стадии компетентности в виде пирамиды: «знать», «знать, как», «показать, как» и «сделать». Каждый уровень

основывается на предыдущем уровне. Уровень «знать» — чистое теоретическое знание; уровень «знать, как» отражает применение знания; «показать, как» демонстрирует способность/умение использовать определенное знание или устанавливать определенные взаимоотношения; уровень «сделать» демонстрирует деятельность врача в каждодневной работе.

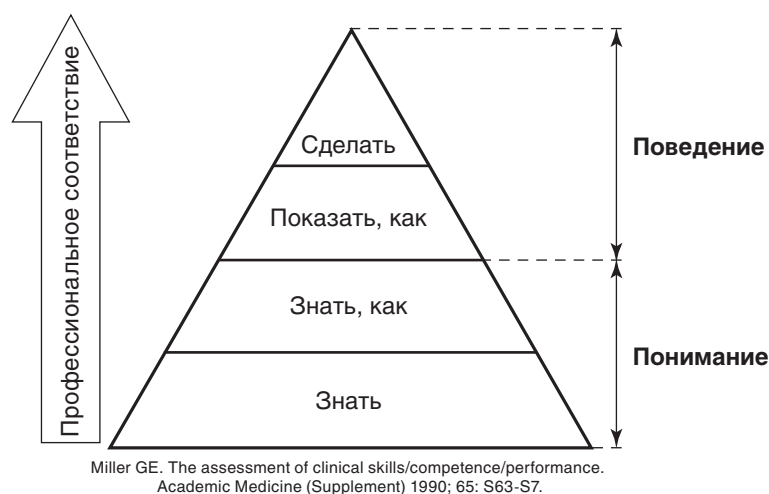


Рис. 1.2. Простая модель компетентности

Структура компетентности включает три категории (области): знание, навыки и отношение. Знание относится к познавательной области; навыки отражают фактические способности врача применять знание в своей повседневной работе; отношение принадлежит к эмоциональной сфере работы врача и включает его убеждения, вероисповедания, моральные ценности, которые могут повлиять на оказание помощи пациентам.

В медицине существует следующая иерархия компетентности:

- ключевые компетенции;
- основные компетенции;
- конкретные (изолированные) компетенции.

Ключевые компетенции — это обобщенно представленные основные компетенции для медицинской профессии в целом, которые обеспечивают нормальную профессиональную деятельность врача в обществе. В некоторых странах их обозначают термином «области компетенции». Ключевые компетенции не зависят от организации системы здравоохранения. Ключевые компетенции являются фундаментом формирования квалификационных требований к уровню подготовки врачей, содержания образовательных стандартов, учебных программ и учебных планов, квалификационных характеристик врача. Излагаются в официальных руководящих документах профессиональных медицинских организаций. Например, ключевые компетенции для всех врачей Объединенного Королевства определены в официальном документе Общего медицинского совета «Хорошая медицинская практика» (Good medical practice, 2006) и включают:

- обеспечение высококачественной медицинской помощи;
- поддержание хорошей медицинской практики;
- взаимоотношения с пациентом;
- обучение и повышение профессиональной квалификации, ее оценка;
- работа с коллегами;
- честность;
- состояние здоровья.

Основные компетенции — это компетенции для каждой медицинской специальности, которые учитывают особенности этой специальности и деятельности врача. Они не зависят от организации системы здравоохранения. Основные компетенции для каждой специальности разрабатываются и утверждаются профессиональными международными и/или национальными ассоциациями. Взаимосвязанная схема компетентности врача общей практики (семейного врача), разработанная WONCA в 2002 г., представлена на рис. 1.3.



*ICPC — International Classification of Primary Care (Международная классификация в первичной медицинской помощи).

Рис. 1.3. Схема компетентности врача общей практики

Пирамида WONCA предназначена для визуального представления взаимодействия основных компетенций врача общей практики (семейного врача). В ней отражена сложная взаимосвязь основных его компетенций, которая должна лежать в основе обучения, научных исследований, повышения качества семейной медицины и профессиональной деятельности.

Конкретные (изолированные) компетенции — это компетенции, которые побуждают врача выполнять конкретные действия: медицинские вмешательства, процедуры, мероприятия, умение общаться с пациентом и его семьей, проводить дифференциальную диагностику и т.д.

1.3. ФИЛОСОФИЯ И ПРИНЦИПЫ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Общая врачебная практика (семейная медицина) — динамически развивающаяся дисциплина. Философия, концепции и подходы в семейной медицине принципиально отличаются от других дисциплин. Знание основ семейной медицины и умение их применять в своей профессиональной деятельности являются важными составляющими компетенции врача.

Задача ОВП (СВ) состоит в обеспечении доступной качественной медицинской помощи всему обслуживаемому населению на основе философии и принципов семейной медицины. Философская основа семейной медицины базируется на твердом убеждении в единстве биологического и психологического в человеке.

По мере развития семейной медицины как клинической и научной дисциплины многие ее фундаментальные принципы уточнялись и дополнялись. Они в той или иной степени практически одинаково представлены в различных источниках. Robert B. Taylor в книге «Family medicine: principles and practice», описывая философские принципы и их воздействие на медицину, выделил следующие важные ценности, которые имеют наибольшее влияние на практику каждого семейного врача и семейной медицины в целом: непрерывная помощь; всеобъемлющая помощь; координирующая помощь; помощь, основанная на системе здравоохранения; помощь, основанная на взаимоотношениях.

В 1985 г. Колледж семейных врачей Канады разработал четыре базовых принципа семейной медицины:

- семейный врач — квалифицированный врач;
- семейная медицина основана на сообществе;
- семейный врач является ресурсом для населения;
- взаимоотношения с пациентом играют центральную роль для семейного врача.

Эти принципы остаются актуальными до настоящего времени.

Philip D. Sloane и соавт. в книге «Essentials of Family Medicine» (2008) сформулировали современное представление принципов семейной медицины: непрерывная помощь; всеобъемлющая; координирующая; ориентированная на общество; сфокусированная на профилактике; основанная на доказательной практике; биопсихосоциальная с точки зрения жизненного цикла; ориентированная на семью.

Непрерывная помощь является фундаментальной и неотъемлемой частью семейной медицины и во всем мире рассматривается как одна из основных ценностей и часть работы врачей общей практики. Она направлена преимущественно на человека, а не на болезнь, и в ее основе лежат длительные личные взаимоотношения пациента и врача; она не ограничивается одним конкретным эпизодом или проявлением заболевания, охватывает медицинскую помощь на протяжении длительного времени в различные периоды жизни человека. Непрерывность в оказании помощи помогает проводить своевременную диагностику и лечение, формирует такие уникальные характеристики семейной медицины, как ориентированность на личность и взаимоотношения врача и пациента. Продолжительность взаимоотношений и частота контактов с пациентом играют важную роль в развитии чувства ответственности врача. После года работы вероятность того, что у доктора появится ощущение ответственности за пациента, увеличивается в 2 раза, а через 5 лет — в 16 раз (Hjortdahl, 1992). Увеличение взаимопонимания врача с пациентом повышает приверженность пациента к выполнению рекомендаций, а также может уменьшить вероятность врачебных ошибок.

Французский сельский семейный доктор из Лимузена René Nicolas сказал: «В медицине, с одной стороны, имеются технические средства, а с другой стороны — отношения с пациентом. Для меня это соотношение составляет 50/50... Пациент, доверяющий врачу и сохраняющий позитивное отношение, выздоравливает лучше».

Большинство исследований показало, что непрерывная помощь оказывает наибольшее влияние на результаты, поэтому рассматривается как важный компонент качества.

Непрерывная медицинская помощь имеет несколько характеристик, которые наиболее полно представлены в табл. 1.1.

Таблица 1.1. Типы непрерывной медицинской помощи (Mohammed Al-Azri, 2008)

Тип непрерывной помощи	Определение
Относительная/межличностная ¹	Постоянные отношения между пациентом и одним или более поставщиками медицинских услуг
Продольная ¹	Помощь одного врача или нескольких специалистов по возможности в соответствии с имеющимися потребностями пациента
Предоставляемая командой медицинских работников	Оказание помощи группой медицинских специалистов, работающих в первичной и/или вторичной ² медицинской помощи, обеспечение устойчивой связи и координации по лечению пациентов
Пересекающая границы	Помощь, которая следует за пациентом вне зависимости от того, где она предоставляется, например, от первичной ко вторичной ² медицинской помощи или наоборот
Географическая	Помощь, которую пациент получает в конкретном месте (в офисе, дома, в больнице и т.д.)
Информационная	Информация о пациенте следует за ним
Управляемая	Последовательное и согласованное управление состоянием здоровья, отвечающее изменяющимся потребностям пациента
Основанная на опыте	Скоординированная и последовательная помощь на основе решения пациента
Гибкая	Медицинские услуги гибкие и приспособлены к меняющимся во времени потребностям отдельных пациентов

¹ Относительную и продольную непрерывность не всегда легко отличить друг от друга, и поэтому их часто рассматривают как один вид непрерывности.

² Вторичная помощь включает специализированную амбулаторную и госпитальную помощь (Примеч. ред.).

Содействие непрерывности обслуживания положительно влияет и на врачей, и на пациентов и является важнейшей задачей общей практики.

Противоположностью непрерывной медицинской помощи является фрагментированная помощь.

Всеобъемлющая помощь означает, что все проблемы здоровья населения должны относиться к первичной медицинской помощи с краткосрочным направлением к специалистам поликлиник и стационаров по мере необходимости. В ходе оказания первичной помощи семейный врач может решить до 95% всех проблем пациента, связанных со здоровьем. Исключение должны составлять случаи, которые явно требуют ведения больного профильным специалистом, например злокачественные новообразования. Семейный врач оценивает все потребности пациента в отношении его здоровья в целом и предоставляет ему персональную помощь в одной или нескольких областях медицины. При этом уделяется особое внимание профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Практика семейного врача не ограничивается строго определенными проблемами со здоровьем: проблему определяет пациент. Это означает, что семейный врач не может сказать: «Я сожалею, но ваша болезнь не в моей компетенции». Любая проблема со здоровьем одного из наших пациентов в нашей области (Ian R. McWhinney).

При сопоставлении объемов помощи, которую предоставляют врачи общей практики в разных странах, видно, что имеются значительные различия. Недавно в США стационарная помощь и охрана материнства были определены в качестве основных элементов работы семейного врача. По сравнению с другими европейскими странами в Великобритании врачи принимают более активное участие в ведении хронических заболеваний, но не участвуют в санитарном просвещении, как в большинстве других стран.

Координирующая помощь. Несмотря на то что врач общей практики может решить большинство проблем, связанных со здоровьем, с которыми пациенты

к нему обращаются, при необходимости защищая их интересы, он обязан обеспечить правильное и своевременное направление к профильному специалисту. Выполняя функцию координатора, врач должен проинформировать пациента о существующих услугах и о том, как ими лучше всего воспользоваться. Координация обеспечивает непрерывность и логическую последовательность предоставления помощи пациентам и их семьям. К факторам, определяющим эффективность координирующей помощи, относятся: своевременный доступ, эффективное планирование, сокращение дублирования услуг, взаимодействие поставщиков услуг, поддержка и информация для пациентов.

Координация помощи становится все более важной по мере старения населения, так как в связи с этим увеличивается распространенность сопутствующих заболеваний. Например, во Франции для лучшего обслуживания пожилых людей, больных с хроническими заболеваниями и деменцией проводятся специальные программы, направленные на координацию медицинской и социальной помощи. Цель таких программ заключается в расширении обмена информацией о пациентах между поставщиками услуг с целью улучшения планирования. Как в настоящее время, так и в обозримом будущем координации помощи будет отводиться все более важная роль, поскольку современные модели развития общей врачебной практики во всем мире направлены на расширение интеграции с другими секторами здравоохранения и оказание медицинской помощи конкретному пациенту мультидисциплинарной командой.

Помощь, ориентированная на общество, рассматривает проблемы пациента в контексте его/ее жизни в местном сообществе. Семейный врач должен быть в курсе потребностей населения в услугах здравоохранения данного сообщества и совместно с другими работниками и службами из других областей, а также с группами самопомощи разрабатывать позитивные изменения в решении этих проблем. Помощь, ориентированная на сообщество, входит в группу основных компетенций семейного врача и заключается в способности согласовывать потребности отдельных пациентов с потребностями всего обслуживаемого населения и имеющимися ресурсами. Это умение включает понимание особенностей местного сообщества, наличие и состояние местных ресурсов здравоохранения, а также управление этими ресурсами. Врачи несут ответственность за сообщество, в котором они работают, и эта ответственность выходит за рамки консультирования конкретного пациента. Характер и объем работы врачей общей практики определяются составом сообщества; следовательно, врачи должны понимать его возможности и ограничения с точки зрения социально-экономических и иных особенностей. Например, понимать взаимосвязь здравоохранения с социальным обеспечением, последствиями нищеты, этнической и местной эпидемиологической ситуацией, осознавать, что существует неравенство в доступе к системе здравоохранения, понимать эпидемиологические особенности населения, структуру системы здравоохранения, ее экономические ограничения и т.д.

В системах здравоохранения всех стран медицинская помощь нормируется, и врачи общей практики участвуют в решениях о нормировании этой помощи, поэтому их этический и моральный долг — влиять на политику в области здравоохранения в сообществе.

Помощь, сфокусированная на профилактике, — важная характеристика общей врачебной практики. Семейный врач обеспечивает профилактику заболеваний среди прикрепленного контингента, совместно с санитарно-эпидемиологическими службами участвует в мероприятиях первичной профилактики, проводит вторичную и третичную профилактику, при необходимости привлекая специалистов. Планируя профилактические мероприятия, семейный врач не ограничивается рамками непосредственной причины посещения пациента. Соответственно возрасту и эпидемиологической обстановке он обя-

зательно обсудит с пациентом актуальные вопросы его поведения в отношении собственного здоровья, например питания, физических нагрузок, психоэмоционального стресса, вредных привычек и др. Таким образом, при каждом контакте со своими пациентами врач использует возможности для профилактики, продвижения здоровья и медико-санитарного просвещения (обучения).

Принципиальная разница между специалистом и врачом общей практики при оказании профилактических услуг состоит в том, что узкий специалист принимает клинические решения с точки зрения конкретного пациента, а не группы населения в целом, в отличие от врача общей практики, который использует оба подхода.

Процесс принятия решений о проведении профилактических вмешательств и их обоснованности в общей врачебной практике основан на знании распространенности данной патологии в конкретной популяции и доказанной эффективности таких вмешательств.

Биопсихосоциальная, с точки зрения жизненного цикла, модель утверждает, что биологические, психологические (включающие мысли, эмоции и поведение пациента) и социальные факторы играют важную роль в развитии и проявлении заболевания, что здоровье человека можно лучше понять с точки зрения сочетания биологических, психологических и социальных факторов, а не только биологических. Биопсихосоциальная модель была разработана врачом-психиатром George L. Engel (1977) и легла в основу целостного подхода в семейной медицине. Биологический компонент биопсихосоциального подхода направлен на понимание и выявление причины болезни, связанной с функционированием тела человека. Психологический компонент подразумевает рассмотрение потенциальных психологических причин проблем со здоровьем, например отсутствие самоконтроля, эмоциональных потрясений и негативного мышления. Социальный компонент позволяет исследовать, каким образом различные социальные факторы, такие как социально-экономическое положение, образование, культура, бедность, технологии и религия, могут влиять на здоровье. Взаимодействие всех компонентов рассматривается в развитии от зачатия до смерти индивидуума с учетом вопросов, которые возникают на каждом этапе жизни человека.

В своей практической работе врачи в основном концентрируются на биологических аспектах болезни, хотя многие из них считают биопсихосоциальный подход нужным, но трудновыполнимым, из-за того что его применение требует достаточно много времени. Биопсихосоциальный подход имеет большое значение в профилактике заболеваний и травм, продвижении здорового образа жизни, при ведении больных с хроническими заболеваниями, например диабетом, артериальной гипертензией, при оказании паллиативной помощи и др.

Биопсихосоциальная модель должна быть включена в клинико-биологическую модель подготовки и клинической практики семейного врача и лежать в основе научных исследований в семейной медицине. Семейный врач должен уметь применять эту модель с учетом культурных и экзистенциальных аспектов жизни людей.

Ориентированная на семью. Общая врачебная практика направлена на решение проблем здоровья пациентов в контексте их семьи, социального и культурного окружения и обстоятельств, в которых они живут и работают. Наибольшее различие между семейной медициной и множеством других клинических дисциплин состоит в том, что она выходит за рамки разделения души и тела, которое, как пропасть, проходит через всю медицину. Семейная медицина по определению не может принять такого разделения. Поэтому, оказывая помощь членам семьи, семейный врач становится частью сложных семейных отношений. Описывая взаимоотношения семейных врачей с пациентами и их семьями, E. Bader дает следующие рекомендации: врач должен советовать, а не приказывать, его задача — не решать все проблемы семьи, а лишь готовить ее к переменам.