

Методична розробка для лікарів – інтернів ЗПСМ

ТЕМА: Концепція, зміст та принципи сімейної медицини. Кваліфікаційна характеристика та компетенції лікаря «загальної практики – сімейної медицини». Правові основи та форми організації амбулаторії сімейного лікаря; ресурси і можливості первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги; організація роботи швидкої та невідкладної допомоги.

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Актуальність теми:

Організація охорони здоров'я забезпечує безперервне вивчення суспільного здоров'я, його динаміки. Розробляє наукову основу та втілює в практику системи охорони здоров'я ідеї зміцнення здоров'я та забезпечує активне довголіття населення. Тому розуміння концепцій та принципів організації охорони здоров'я та сімейної медицини можуть бути ефективно використані в практичній медицині.

Навчальні цілі заняття:

ЗНАТИ:

- правові основи та форми організації амбулаторії ЗПСМ;
- організацію надання невідкладної допомоги в амбулаторії ЗПСМ;
- основні показники роботи лікаря ЗПСМ;
- посадові обов'язки, паспорт дільниці сімейного лікаря;
- визначення концепції ПМСД;
- рівні медичної допомоги та їх функції;
- основні віхи розвитку ПМСД;
- основні принципи організації ПМСД на засадах сімейної медицини (заснованість на етичних цінностях, націленість на поліпшення здоров'я окремої людини, сім'ї та населення в цілому; покращення якості надання медичної допомоги на первинному рівні, надійність системи фінансування, орієнтованість на особистість в цілому, а не лише на хворобу);
- визначення і роль сімейного лікаря в забезпеченні потреб населення;
- моделі роботи сімейного лікаря, їх суть.
- організаційні моделі переходу від дільнично-територіальної системи медичного забезпечення населення до сімейної медицини (СМ);
- проблеми та перспективи розвитку СМ в Україні.

ВМІТИ:

- дати оцінку якості роботи у загальних медичних практиках;
- визначити основні показники роботи сімейного лікаря, провести їх аналіз;
- скласти план роботи сімейного лікаря поточний і на перспективу;
- скласти план щеплень дитячого та дорослого населення;
- провести диспансеризацію на дільниці;
- володіти всіма видами звітної і облікової документації на дільниці.

Зміст

теми заняття

Мета: На сьогодні в Україні набирає темпів адаптація галузі охорони здоров'я до надання медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини, якій відведена провідна роль у медичному обслуговуванні населення. Значної уваги потребують знання організаційних аспектів системи первинної медико-соціальної допомоги в Україні, визначення її пріоритетної ролі в розвитку і реформуванні охорони здоров'я. З'ясування місця сімейної медицини в загальній структурі охорони здоров'я та принципів сімейного обслуговування населення. Усвідомлення організації роботи сімейного лікаря, від якої багато в чому залежить успіх лікування хворого та його сім'ї.

Тому засвоєння лікарями ЗПСМ принципів сімейної медицини є важливим етапом професійної і деонтологічної підготовки майбутнього лікаря загальної практики.

Стратегія ВООЗ щодо переорієнтації медичної допомоги на первинну медико-санітарну допомогу (ПМСД) на засадах сімейної медицини прийнята більшістю країн світу.

В Україні проблеми сімейної медицини, а головне, питання її доцільності обговорюється як діячами охорони здоров'я, так і всіма тими, кого хвилює стан вітчизняної медицини.

Нині реформи охорони здоров'я в Україні орієнтовані на пріоритетність економічних методів господарювання, децентралізацію управління галуззю, посилення економічної самостійності закладів охорони здоров'я. В умовах адаптації галузі охорони здоров'я України до нових економічних відносин ПМСД відведено провідну роль у медичному забезпеченні населення.

Загальна практика - сімейна медицина є повністю сформована незалежна медична дисципліна, яка вже давно є в розвинутих країнах і яку тільки почали створювати в Україні.

Сімейна медицина — комплекс наукових і практичних заходів для організації сімейної лікувальної практики.

Сімейну лікувальну практику необхідно розглядати, як таку, яка забезпечує тривалу опіку за здоров'ям громадянина і всіх членів його сім'ї незалежно від характеру хвороби, стану органів і систем організму у всі періоди життя людини.

Сімейна лікувальна практика базується на засадах доказової медицини.

Головні принципи сімейної медицини:

- ☐ довготривалість і безперервність спостереження;
- ☐ багатoproфiльнiсть первинно-медичної допомоги;
- ☐ вiдношення до сiм'ї, як до одиницi медичного обслуговування;
- ☐ превентивнiсть, як основа дiяльностi сiмейного лiкаря;
- ☐ економiчна ефективнiсть i доцiльнiсть допомоги;
- ☐ координацiя медичної допомоги;
- ☐ вiдповiдальнiсть пацiєнта, членiв його сiм'ї i суспiльства за збереження i покращення його здоров'я.

Моделі роботи сiмейного лiкаря:

*Индивiдуальна чи групова практика в iснуючій амбулаторії чи полiклініці

*Индивiдуальна практика в самостійній установі сiмейної медицини

*Групова практика в самостійній установі

*Об'єднання декількох групових практик в центрах здоров'я

Критерії WONCA (Всесвітня організація сiмейних лiкарів — (анг. The World Organisation of Family Doctors))

Назва даної організації є скороченням повної назви — а саме англ. The World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, з якої ясно, що WONCA складається з національних коледжів, академій і організацій, що займаються підготовкою лiкарів загальної практики/сiмейних лiкарів. Спочатку, в 1972 році, організація об'єднувала всього 18 чоловік, а зараз в ній нараховується біля 150000 членів, що представляють 58 організацій з 53 країн.

Своєю метою WONCA проголосила поліпшення рівня життя людей за рахунок підвищення стандартів обслуговування в сiмейній медицині, сприяння iнтенсивному iнформаційному обміну, підтримку наукових і клінічних досліджень, а також освіти. Відомості про учбові заклади, що готують сiмейних лiкарів, займають значну частину сервера організації.

Всесвітня організація сiмейних лiкарів (WONCA) ставить 6 основних вимог до сiмейного лiкаря:

1. Надання первинної медичної допомоги

- а) вміння проводити первинне обстеження пацiєнта;
- а) координація дiяльностi вузьких фахівців, залучених до допомоги пацiєнту;

2. Особлива увага до iнтересiв пацiєнта

- здатність приділяти увагу до iнтересiв пацiєнта;
- вміння встановлення продуктивних вiдносин з пацiєнтом i використання цих навичок при роботі з хворим;
- забезпечення безперервностi надання меддопомоги тривалий час.

3. Вмiння вирiшувати певні проблеми пацiєнта

- прийняття рішення на основі знань про захворюваність та поширеність даної патології серед даної групи населення;
- лікування хвороб на ранніх стадіях та негайне надання допомоги за нагальної необхідності.

4. Комплексний підхід

- одночасне лікування як гострих, так і хронічних станів пацієнта;
- організація для пацієнта необхідних оздоровчих і лікувальних заходів.

5. Соціальна спрямованість

- узгодження потреб окремих пацієнтів з потребами всієї групи, що обслуговується та ресурсами, що наявні.

6. Цілісне уявлення про захворювання

- вміння застосовувати біо-психо-соціальну модель з урахуванням культурних та екзистенціальних аспектів життя людей.

Організаційні форми сімейної медицини в країнах світу різні, проте їх принципи суттєво не відрізняються.

Принципи сімейної медицини, рекомендовані рішеннями Міжнародного симпозіуму з охорони здоров'я, що проводився в Санкт-Петербурзі (жовтень (1995 р.), такі:

- спостереження за досить стабільним контингентом населенням з урахуванням медико-соціальних проблем родини;
- забезпечення родині безкоштовної, доступної, безперервної, постійної ПМСД;
- вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря;
- центральна постать ПМСД - сімейний лікар (лікар загальної практики);
- основна форма організації роботи - групова практика лікарів, медичних сестер та інших працівників.

На різних етапах становлення ПМСД, а також у різних країнах надавати ПМСД можуть різні спеціалісти: сімейні лікарі, лікарі-терапевти, педіатри, акушери-гінекологи. До неї залучають також практикуючих медичних сестер і помічників лікаря після відповідної підготовки, соціальних працівників.

Головною особою в забезпеченні ПМСД є сімейний лікар (лікар загальної практики).

Завдання сімейного лікаря визначені Європейським союзом лікарів у 1984 р.

Сімейний лікар - це дипломований медичний працівник, який особисто надає первинну медико-санітарну та безперервну допомогу окремим хворим, сім'ям і населенню дільниці, незалежно від віку, статі та виду захворювання.

Він допомагає хворим у своєму кабінеті, за місцем проживання, іноді в лікарнях. Йому належить пріоритет у розв'язанні всіх проблем пацієнтів.

Сімейний лікар постійно наглядає за хворими з хронічними, рецидивними та невиліковними хворобами. Тривалий контакт з ними дозволяє відстежувати

ситуацію, налагоджувати добрі стосунки, побудовані на довірі. Відповідальність за все населення базується на співпраці з колегами медичної і немедичної сфер.

В окремих країнах може переважати та чи інша модель.

Індивідуальна практика частіше зустрічається в Австрії, Бельгії, Данії.

Групова практика переважає у Великій Британії, США.

Центри здоров'я розповсюджені в Скандинавських країнах.

Ці моделі можуть співіснувати.

Надання медичної допомоги сімейними лікарями на базі діючих поліклінік найбільш прийнятне для деяких країн Східної Європи та держав, що утворилися на теренах колишнього СРСР. Це доцільно з огляду на вже існуючу широку мережу поліклінік, яка дозволить заощадити кошти на будівництво нових закладів. Впровадження сімейної медицини в таких умовах потребує лише суттєвої зміни організаційних форм їх діяльності.

Вивчення досвіду різних країн щодо організації ПМСД на засадах сімейної медицини вказує на різноманітність її організаційних форм.

У Чехії в наданні ПМСД, крім лікарів загальної практики, беруть участь також педіатри. Лікарі загальної практики мають встановлені години роботи, при потребі пацієнти звертаються до центрів швидкої допомоги первинної ланки охорони здоров'я.

В Данії сімейні лікарі також надають медичну допомогу протягом визначеного денного часу, а після завершення прийому сімейного лікаря при потребі населення звертається до швидкої допомоги.

Одна з моделей Ізраїльської охорони здоров'я (на прикладі Єрусалиму) передбачає діяльність центрів здоров'я. Участь у наданні ПМСД беруть лікарі загальної практики, педіатри, психологи, соціальні працівники, дієтологи, фахівці з санітарної просвіти та епідеміологи. Значна роль належить медичним сестрам, які причетні до планування роботи, впровадження нових програм і методик.

У Фінляндії нараховується більше 200 центрів здоров'я, кожен з яких приблизно обслуговує близько 10 тисяч населення (в районах з малою щільністю проживання населення це число може бути меншим). До складу центру здоров'я, крім лікарських амбулаторій, входять: відділ охорони здоров'я матері та дитини, стаціонар загального профілю, клінічна лабораторія тощо.

З огляду на досвід США, сімейний лікар — це добре підготовлений фахівець загальної практики, що працює у відповідно оснащеному медичному закладі, а не ходить від одного будинку до іншого, займаючись тільки хворими, Вважається, що він повинен не тільки надавати медичну допомогу, але й бути порадником, захисником пацієнта.

Цікавим є досвід системи сімейної практики у Великій Британії, описаний у довіднику сімейного лікаря (автор Орест Мулька, 1997 р.).

Населення країни має право на вільний вибір лікаря та в переважній більшості задоволена ним (85 %).

Сімейні лікарі забезпечують лікуванням майже 90 % хворих і тільки 10 % направляють до спеціалістів.

Вони цілодобово спостерігають за станом здоров'я в середньому 1800 пацієнтів протягом усього їх життя. В розпорядження сімейних лікарів надходять кошти з розрахунку на одного пацієнта.

На сучасний період в Україні більшість лікарів загальної практики (сімейних) працюють у державних медичних закладах, незначна їх частина займається приватною практикою чи працює в недержавних закладах. Має місце як індивідуальна, так і групова практика.

Сімейні лікарі ведуть прийом терапевтичних, неврологічних, офтальмологічних хворих тощо. За експертною оцінкою, в перехідний період сімейні лікарі можуть забезпечити від 36 % до 46 % відвідувань офтальмолога, отоларинголога, невропатолога та близько 23 % хірурга.

Важливе значення має забезпечення взаємодії сімейних лікарів з іншими службами та закладами, включаючи поліклініки, стаціонари, диспансери, кон-сультативно-діагностичні центри тощо. При цьому ставиться завдання щодо переорієнтації роботи поліклінік на надання переважно спеціалізованої допомоги, на виконання оздоровчих програм, проведення відновлювального лікування із необхідним використанням допоміжно-лікувальних підрозділів. З часом можлива інтеграція консультативно-діагностичної та стаціонарної допомоги.

Реформуючи первинну медико-санітарну допомогу на засадах сімейної медицини, Україна враховує світовий досвід і вивчає різні форми її організації.

Фактично в наданні ПМСД беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади: самостійні поліклініки та амбулаторії (в тому числі амбулаторії сільських дільничних лікарень), поліклінічні відділення міських, центральних районних, районних лікарень, дитячі поліклініки, жіночі консультації, медико-санітарні частини, а також заклади долікарської допомоги (фельдшерські пункти охорони здоров'я, фельдшерсько-акушерські та акушерські пункти). До них долучаються заклади швидкої медичної допомоги.

Досить тривалий час пріоритетним вважався розвиток спеціалізованої допомоги. Внаслідок цього питома вага спеціалістів загальнотерапевтичного профілю незначна - серед усіх лікарів, що обслуговують міське та сільське населення, вона становить відповідно майже 12 % і приблизно 20 %.

В багатьох країнах частка лікарів загальної практики значна та становить 40-55 % (США, Канада, Франція). Вони забезпечують лікування майже 90 % пацієнтів, близько 10 % звертаються до "вузьких" спеціалістів.

В Україні на вузьких спеціалістів припадає до 60 % звертань за медичною допомогою.

Забезпечення дільничними терапевтами певної частини ПМСД не є достатнім з огляду на нагальні потреби населення в ній щодо обсягу та якості. До того ж їх рівень підготовки з інших профілів медичної допомоги явно не достатній і усунення цього недоліку потребуватиме певного часу.

Організація надання ПМСД на засадах сімейної медицини (загальної практики) передбачена основними напрямками реформування системи охорони здоров'я України в умовах розвитку ринкових відносин. Згідно з розробленою МОЗ Державною програмою "Сімейна медицина" передбачене поетапне реформування ПМСД з випробуванням в окремих регіонах і містах різних моделей та схем її організації.

Перший етап, підготовчий, що розпочався у 90-х роках, включає розробку нормативно-правової документації, підготовку та створення матеріально-технічної, організаційної бази, апробацію різних моделей.

На другому етапі проводиться реформа, метою якої є впровадження загально-лікарських практик в амбулаторно-поліклінічну мережу. Спочатку рекомендується об'єднати дільничних терапевтів, педіатрів і акушерів-гінекологів. В сучасних умовах вони, як правило, працюють в різних ЛПЗ, принаймні в містах. Тому основна проблема полягає в забезпеченні узгодженості їх дій. Щодо акушерів-гінекологів, то їх участь у наданні ПМСД на сімейних засадах є дискусійною.

В подальшому дільничні терапевти та педіатри переберуть на себе надання допомоги при захворюваннях нетерапевтичного профілю. Широко будуть використовуватися денні та домашні стаціонари, проводитимуться організаційні об'єднання терапевтичних і педіатричних відділень, в одному закладі будуть створюватись сімейні бригади.

Вивчення світового досвіду надання ПМСД на засадах сімейної медицини та досвіду її розвитку в нашій державі дозволило співробітникам Українського інституту громадського здоров'я запропонувати три організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи:

- групова практика медичної допомоги у вигляді комплексних бригад (терапевти, педіатри, акушери-гінекологи);

- лікар загальної практики, який надає багатoproфільну медичну допомогу закріпленому за ним населенню (дорослому чи дитячому);
- сімейний лікар, який обслуговує всю родину.

Здійснення поступового переходу до практики сімейного лікаря (лікаря загальної практики) потребує значного часу. Передача дітей на обслуговування сімейному лікареві здійснюватиметься в певній послідовності. Спочатку йому передадуть дітей старших 12 років, потім старших 7, 3, 1 року та нарешті всіх. Закінчення цього етапу завершить перехід від дільнично-територіального принципу до сімейного з правом вільного вибору лікаря.

В Україні сімейним лікарем може бути спеціаліст з вищою медичною освітою, підготовка якого регламентована відповідною освітньо-кваліфікаційною характеристикою та засвідчена сертифікатом за спеціальністю "загальна практика - сімейна медицина".

Осередки групової практики можуть розміщуватись на базі діючих лікувально-профілактичних закладів і в окремих приміщеннях. Для цього викори-стовуються невеликі поліклініки, лікарські амбулаторії.

Існуючі великі поліклініки перетворюються на консультативно-діагностичні та реабілітаційні центри, з якими співпрацюють лікарі групової практики чи окремі лікарі.

Чисельність пацієнтів у сімейного лікаря суттєво відрізняється в різних країнах - від 1000 (Австрія, Бельгія) до 2000 (Німеччина) і більше.

Взаємостосунки лікарів сімейної практики і спеціалістів, в тому числі стаціонарних закладів, визначаються відповідними контрактами.

На посаду сімейного лікаря призначають:

- лікаря після інтернатури за спеціальністю "Лікар загальної практики";
- лікаря за освітою "лікувальна справа" чи "педіатрія" після відповідних циклів спеціалізації з сертифікатом "лікар загальної практики".

З метою забезпечення населення ПМСД на засадах сімейної медицини організовують, відповідно до потреби та доцільності, спеціальні амбулаторії.

1. Обов'язки сімейного лікаря

1. Надання первинної медико-санітарної допомоги населенню у відповідності до вимог кваліфікаційної характеристики і одержаного сертифікату.

2. Проведення санітарно-освітньої роботи з виховання населення у питаннях формування, збереження і зміцнення здоров'я членів сім'ї, само- і взаємодопомоги. Надання консультативної допомоги сім'ям з питань планування сім'ї, етики, психології, гігієни, соціальних аспектів сімейного життя, ведення "школи батьків".

3. Здійснення профілактичної роботи, спрямованої на оцінку ролі чинників навколишнього середовища, факторів ризику, виявлення ранніх і прихованих форм захворювання.

4. Здійснення динамічного спостереження за станом здоров'я членів сімей з проведенням необхідного обстеження і оздоровлення за індивідуальним комплексом лікувально-оздоровчих заходів

5. Надання екстреної медичної допомоги хворим і потерпілим при невідкладних станах незалежно від місця проживання.

6. Своєчасне і в повному обсязі надання лікувально-діагностичної допомоги в амбулаторних умовах і вдома, в денних і домашніх стаціонарах в межах компетенції сімейного лікаря, визначеної його кваліфікаційною характеристикою і угодами із сім'ями та територіальним медичним об'єднанням (районною державною адміністрацією).

7. Своєчасне цільове направлення хворих для одержання медичної допомоги у випадках, які виходять за рамки компетенції сімейного лікаря, організація госпіталізації планових і ургентних хворих у встановленому порядку.

8. Проведення реабілітаційних заходів.

9. Проведення експертизи тимчасової втрати працездатності пацієнтів відповідно до чинного законодавства і своєчасне направлення на МСЕК.

10. Здійснення своєчасної діагностики і раннього виявлення інфекційних захворювань, ізоляції та лікування хворих, виконання протиепідемічних заходів.

11. Проведення імунопрофілактики захворювань.

12. Сприяння в організації медико-соціальної і побутової допомоги спільно з органами соціального захисту і службами милосердя самотнім, особам похилого віку, інвалідам, хронічно хворим.

13. Участь у виконанні державних та регіональних цільових медичних програм

14. Аналіз стану здоров'я прикріпленого населення і роботи амбулаторії (відділення) лікаря загальної практики/сімейного лікаря.

15. Планування змісту та обсягів роботи амбулаторій (відділення) лікаря загальної практики/сімейного лікаря.

16. Проведення систематичної роботи щодо підвищення професійного рівня підлеглих медичних працівників

17. Систематичне підвищення рівня своєї професійної кваліфікації як шляхом самопідготовки, так і проходження курсів удосконалення лікарів.

18. Ведення затверджених форм облікової та звітної документації

Тестові завдання:

1. Згідно з «Основами законодавства України про охорону здоров'я» (1992р.) виділяють первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу. Що відноситься до первинної лікувально-профілактичної допомоги?

А)консультація лікаря загальної практики (сімейного), діагностика та лікування основних найбільш поширених захворювань, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів, охорона дітей та жінок

В)кваліфіковане консультування, діагностика, профілактика та лікування у лікаря спеціаліста

С)допомога, яка надається лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко зустрічаються

Д)допомога, яка надається в поліклініці

Е)все вищезгадане

2. Робота сімейного лікаря має свої особливості. Визначити, що з наведеного нижче визначає цю особливість:

А)необхідність прийняття першого рішення щодо розв'язання проблем, з приводу яких до нього звертаються пацієнти

В)надання допомоги хворим тільки терапевтичного профілю

С)обов'язкова передача хворих з хронічними захворюваннями до інших закладів охорони здоров'я

Д)обов'язкове закріплення певних пацієнтів за конкретними сімейними лікарями

Е)всі відповіді вірні

3. Однією з особливостей організації медичної допомоги сільському населенню є етапність її надання. Скільки етапів вона охоплює?

А) 1

В) 2

С) 3

Д) 4

Е) 5

4. На другому етапі сільському населенню надається кваліфікована лікарська допомога як мінімум з 12 – 16 спеціальностей. Який заклад охорони здоров'я надає її на цьому етапі?

- А) центральна районна лікарня
- Б) сільська дільнична лікарня
- В) сільська лікарська амбулаторія
- Г) обласна лікарня
- Д) обласний диспансер

5. В поліклініку обласної лікарні направили пацієнта з центральної районної міської лікарні. Яка основна мета надання допомоги?

А) надання високоспеціалізованої консультативної допомоги

Б) медико-соціальна експертиза тимчасової втрати працездатності

- В) медико-соціальна експертиза стійкої втрати працездатності
- Г) здійснення диспансерного спостереження
- Д) надання медичної допомоги

6. Поліклініка міської лікарні проводить лікування і діагностику найбільш поширених видів патологій лікарями загальної практики, надає діагностичну і консультативну допомогу лікарями-спеціалістами. Які рівні лікувально - профілактичної діяльності реалізуються в даній поліклініці?

- А) тільки первинна
- Б) первинна і вторинна
- В) тільки вторинна
- Г) третинна
- Д) вторинна і третинна

7. В якому документі вперше була визначена концепція ПМСО?

- А) Прага-Атинська декларація (1978 рік)
- Б) Декларація по загальній практиці (сімейній медицині) 1995р.
- В) Харківська хартія – 1996 рік
- Г) Резолюція ВООЗ: «інтеграція служб медико-санітарної допомоги» - 1996 рік.

Список використаної літератури:

1. Наказ МОЗ України 23.07.2001р. №303 «Про організацію роботи закладів (підрозділів) загальної практики – сімейної медицини»
2. Наказ МОЗ України від 23.02.2012р. № 131 «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи».
3. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутілус. – 2010. – 629с.
4. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С.

«31» серпня 2018р.

Затверджено на засіданні кафедри

Протокол № 2