

## АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ПЕДІАТРІВ ТА ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Маркевич В.Е., Загородній М.П.

Кафедра педіатрії з курсом медичної генетики медичного інституту СумДУ

Стан здоров'я дитячого населення в Україні погіршується. Продовжує зростати дефіцит лікарів (зараз дефіцит складає близько 18 тисяч і щорічно зростає на 2 тисячі). Забезпеченість лікарями в державі майже на чверть нижча (26,5), ніж в середньому в Європі (35,0 на 10 тис населення). Подібна ситуація і в нашій області, де дефіцит лікарів складає близько тисячі. Українське суспільство незадоволене результатами діяльності вітчизняних медиків. У професійному лікарському середовищі поширена думка, що основною причиною низької якості медичної допомоги та медичних помилок є недостатнє фінансування галузі державою. В той же час у США, країні з найбільшим у світі бюджетом охорони здоров'я, від медичних помилок в лікарнях в 2009 році померло до 98 тисяч пацієнтів. В Україні по причині демонізації медичних помилок та ризику позовів неможливе відкрите обговорення вітчизняними лікарями своїх помилок. По даним ВООЗ, від лікарських помилок в Україні щорічно гине 6 дітей та близько 20 стає інвалідами. Термін „медичної помилки” в Україні не передбачено жодним нормативно-правовим документом, що регламентує надання медичної допомоги в Україні. Для цього використовуються різні терміни: небажані результати (Ригельман Р., 1994), несприятливі наслідки (Сергеев Ю.Д., 2001), ятрогенії (Стеценко С.Г., 2004), лікарські помилки надання медичної допомоги (Мазин П.В., Мазин В.П., 2005). Під цим поняттям необхідно мати недоліки діагностичного, лікувального та деонтологічного, організаційного, прогностичного характеру, які виникли в зв'язку з об'єктивними та суб'єктивними причинами за відсутності протиправної поведінки лікаря чи медичного персоналу. При цьому негативні наслідки для стану здоров'я хворого, що виникли, частіше юридично розглядаються як нещасний випадок, а дії медичного персоналу визнаються як помилкові. Вітчизняні лікарі та пацієнти здебільшого такі події розцінюють по-різному. Необхідно відмітити, що будь-яке погіршення стану здоров'я населення сприймає не як природний перебіг хвороби, а як наслідок недбалого виконання медичним працівником своїх службових обов'язків. Чинні законодавчі акти України, що регулюють взаємовідносини медичних працівників та пацієнтів, надають можливість розглядати у судовому порядку будь-які відхилення від очікуваних пацієнтом результатів медичних втручань. Інформованість населення щодо можливостей лікування значно зросла завдяки Інтернету. Численні проблемні публікації в пресі зазвичай не містять професійного аналізу причин та можливих заходів щодо покращення ситуації. В Україні інформація про помилки медичного персоналу не фіксується і не аналізується на відміну від Західної Європи та

Північної Америки. Приховування інформації про негативні наслідки пов'язане як із загрозою покарання медика, так і з культурно-психологічними причинами. Відсутність в Україні гарантій конфіденційності потенційно загрожує співробітнику, який повідомив про свої помилки. Якби видатний хірург Пирогов М.І. зараз повідомив про свої помилки в лікуванні хворих, то вірогідніше за все йому б не дозволили займатися лікуванням хворих. На стан діагностики суттєво впливає недостатня оснащеність сучасною апаратурою лікувальних закладів, постійне зменшення лабораторних методів дослідження навіть в обласних закладах. Організатори охорони здоров'я нашої держави не звертають уваги на звичайні речі. Відомо, що поганий почерк лікаря та подібні назви препаратів можуть привести до прийому не того препарату та не в тій дозі, і навіть до смерті (Perren F. et all, 2009). Ведення листів призначення друкованими літерами не впроваджено ні в одному закладі держави (і ця проблема давно знята в медичних закладах світу).

Існування напівлегальних доплат населення (так звані благодійні внески), обмеження державного забезпечення медикаментами та витратними матеріалами при постійному нагадуванні населенню про зловживання у використанні коштів лікувальними закладами, веде до загострення відносин між медичними працівниками та пацієнтами. За 20 років держава офіційно так і не визнала, що медицина не є безкоштовною для хворого. Це є одним із факторів, який знижує якість надання медичної допомоги.

Необхідно відмітити, що частина населення не бажає своєчасно отримувати діагностичну та лікувальну допомогу, також порушуються права дитини на своєчасне одержання медичної допомоги. Відомі випадки, коли за медичною допомогою дітям батьки звертаються несвоєчасно, а за це дисциплінарні стягнення накладаються на лікарів. Законодавством України до цього часу не передбачена кримінальна відповідальність батьків та опікунів за порушення прав дітей в одержанні медичної допомоги.

Проведений аналіз літератури свідчить про критичний рівень недовіри до роботи вітчизняних лікарів у суспільстві. Поки існує професія лікаря - будуть помилки. „Головна правда медицини – всі лікарі роблять помилки (Gawande, 2003). Таку ж точку зору мав відомий кардіохірург М.М.Амосов (1965). Згідно зі світовою практикою, заподіяну хворим ненавмисну шкоду мають відшкодовувати страхові компанії, чого практично нема в Україні (точніше вартість страхових послуг доступна далеко не всім). В Україні простіше лікаря посадити у в'язницю, щоб в якійсь мірі заспокоїти потерпілого.

На основі огляду літератури встановлено, що дефекти діагностики, частіше всього виникають в результаті того, що не розпізнано основне захворювання (поранення), не встановлено комбінуючий характер захворювання (конкуруючі, поєднані, фонові), не розпізнано провідне ускладнення, пізня діагностика основного захворювання чи ушкодження ускладнення, недооцінка тяжкості стану хворого.

Основними дефектами у наданні медичної допомоги частіше всього було: невиконання невідкладних заходів медичної допомоги (в тому числі реанімаційних), чи запізніле або неправильне їх проведення, пізні направлення на стаціонарне лікування, неправильне транспортування хворого. Дефекти лікування хворих - це невчасне чи не в повному обсязі амбулаторне лікування, неправильне призначення лікарських засобів та інших методів лікування, помилки в наданні спеціалізованої допомоги та оформленні медичної документації.

При прийомі на роботу в приватну фірму Києва було встановлено, що 40% лікарів - претендентів на посади продемонстрували низький рівень кваліфікації (Алексеева А., 2009).

При проведенні вхідного комп'ютерного контролю на курсах удосконалення з актуальних питань педіатрії та передатестаційних циклів на базі кафедри педіатрії з курсом медичної генетики СумДУ, лише 2,6% лікарів одержали позитивні оцінки. Із 88 лікарів, які відповіли на анонімні анкети, тільки 4 мали підписку на періодичні медичні видання. У лікувальних закладах області рідко проводяться літературні огляди з актуальних питань діагностики та лікування, з проблем впровадження нових технологій, які доповідалися на з'їздах, конгресах, конференціях. Більшість лікарів ні разу не були присутніми на них. Можливості використання лікарями Інтернету також скромні, бо лише 11% лікарів мають комп'ютери (2008 рік). Реклама використання Інтернету лікарями проводиться квола.

Хоча область може використовувати дистанційне навчання лікарів, проведення обласних конференцій, консультацій хворих із застосуванням комп'ютерних технологій використовується ще недостатньо. Ще не всі лікарі області забезпечені стандартами (протоколами) лікування, затвердженими МОЗ України. Наша Асоціація педіатрів направила в райони та забезпечила всіх членів асоціаціями такими протоколами в електронному вигляді. На жаль, ще не стало нормою проведення виїзних куцзових конференцій та семінарів за участю обласних спеціалістів та викладачів кафедр медичного інституту СумДУ.

Нами встановлено, що випускники медичного інституту рідко хочуть стати педіатрами. Для вивчення причин цього явища нами проведено анкетування 120 педіатрів Сум та 200 матерів, які мають дітей і обслуговуються педіатрами чи лікарями загальної практики сімейної медицини. Лікарів - респондентів, атестованих на кваліфікаційну категорію було 64%, майже третина лікарів було зі стажем до 10 років. Відмічено, що 92% лікарів Сумської міської дитячої клінічної лікарні (СМДКЛ) люблять свою професію і 100% лікарі Сумської обласної дитячої клінічної лікарні (СОДКЛ) також. В той же час яка негативна атмосфера панує на робочих місцях, що на запитання, якби була можливість піти з педіатрії на інші спеціальності, 32,4% лікарів в Сумській міській дитячій клінічній лікарні покинули б педіатрію і 45,7 педіатрів із обласної дитячої клінічної лікарні. Серед лікарів, що відповіли на анкети, мали дисциплінарні стягнення 39,1% в СМДК та 13,5% в ОДКЛ.

Причому оцінюють як необ'єктивні 70% лікарів в СМДКЛ та 80% лікарів в СОДКЛ. Профспілки медичних працівників, за даними анкетування, не стали захистом для медичних працівників. Разом з тим необхідно відмітити, що майже 40% лікарів знають випадки, коли їх захистила адміністрація лікарні від необґрунтованих претензій батьків хворих дітей.

В педіатрії працюють, в основному, жінки. На питання, чи хотіли б вони працювати на 1,5 ставки, майже 70% відповіли негативно, проте працюють, бо неукомлектовані посади педіатра. У випадку відсутності колеги на робочому місці (лікарняний, курси) лікарі виконують за них роботу в 90% безоплатно, і лише 10% лікарів знають випадки, коли за це додаткове навантаження адміністрація доплачувала. На питання, чи хотіли б лікарі, щоб їх діти чи онуки стали педіатрами позитивно відповів лише один лікар СМДКЛ та 14 з СОДКЛ.

При анкетуванні батьків дітей, які обслуговуються педіатрами та лікарями загальної практики сімейної медицини, встановлено, що незадоволені якістю медичної допомоги менше 20%, що майже в 4 рази нижче, ніж в середньому по Україні. Причому, цей показник не залежить, ким обслуговується дитина: чи педіатром, чи лікарями загальної практики сімейної медицини. Встановлено також, що педіатри на 5% частіше, ніж лікарі загальної практики сімейної медицини, пропонували хворим стаціонарне лікування. За даними анонімного анкетування не встановлено ні єдиного випадку, коли б лікарі вимагали додаткової винагороди. Разом з тим, 60% матерів за власної ініціативи лікарям загальної практики сімейної медицини пропонували солодощі чи гроші. Педіатрам такі пропозиції поступали лише в 2% опитаних.

Таким чином, в Україні необхідна розробка вітчизняної термінології та систематики невдач при використанні тих чи інших медичних втручань. Необхідно на рівні держави впровадити методики медицини Західної Європи та Північної Америки по використанню помилок в навчанні лікарів. Відсутність необхідних умов для надання якісної медичної допомоги вимагає політичної сміливості і заборони діяльності окремих структурних підрозділів. Впроваджена методика організаторів "знайти та покарати винних" не приносить бажаних результатів, а лише зменшує привабливість лікарської професії і є однією з причин відтоку підготовлених кадрів в інші сфери діяльності. Потрібно вчитися на помилках і критично ставитися до всієї своєї діяльності. У медичних закладах необхідне створення конфіденційної системи обліку негативних наслідків для об'єктивної наукової оцінки ступеня ризику діагностичних та лікувальних маніпуляцій. Потрібно налагоджувати співпрацю з громадськими організаціями для підняття престижу лікаря. На нашу думку позитивно вплинуло б створення в Україні університетських клінік.

На нашу думку, необхідно вжити дієвих заходів по покращенню інформаційного забезпечення лікарів, бо без цього про підвищення якості медичного забезпечення дітей не може бути і мови. Також потрібна корінна переміна відношення керівників охорони здоров'я

до педіатра та лікаря загальної практики сімейної медицини, як до важливої первинної ланки надання медичної допомоги дітям.