

ІНТЕРНАТУРА ПО-УКРАЇНСЬКИ: ЧИ МОЖЛИВО ВИХОВАТИ ДОКТОРА ХАУСА?

Те, як нас лікують, залежить від багатьох складових. Але чи не найбільше — від знань і навичок лікаря. Тому високий рівень підготовки кадрів — це знак якості медицини. Від диплома до справжнього лікаря — не один крок, але є перший і вирішальний. Ім'я йому — інтернатура, де граніт науки перетворюється на м'який матеріал для ліпки практичних навичок. Та чи можливо це за наших умов, де лікар-інтерн — це Фігаро, який метушиться між навчальним закладом і лікарнею, камінь на шії свого керівника, якому він «заважає» працювати, і жакливий сон для пацієнта, котрий боїться недосвідченого фахівця? Що потрібно змінити, аби шлях від Лобанова до доктора Хауса став реальним?

ЮРІЙ ВОРОНЕНКО:

ВПРОВАДЖЕННЯ РЕЗИДЕНТУРИ СУТТЄВО ПОЛІПШИТЬ ПІДГОТОВКУ ЛІКАРЯ



Про те, як стати справжнім лікарем після отримання диплома в Україні та у світі — наша розмова з **ректором НМАПО імені П.Л. Шупика, академіком НАМН України, доктором медичних наук, професором, лауреатом Державної премії України в галузі науки і техніки, заслуженим лікарем України Юрієм ВОРОНЕНКОМ**

ВЗ Становлення лікаря — складний процес. Який етап цього процесу є найважливішим з урахуванням нових вимог до галузі охорони здоров'я?

— Існує так звана академічна триада, яка «формує» лікаря, — це педагогічний процес, наукові дослідження і клінічна робота (два останні чинники найбільше стосуються післядипломної освіти). Якщо страждає бодай одна складова — це неодмінно відображається на якості підготовки лікаря. За наших реалій найбільше «культа» клінічна складова. Це стало наслідком майже десятирічних неузгоджень у сусідніми навчальних кафедр і закладів, які були і є базами цих кафедр, коли «раптом» виявилось, що медвузи повинні платити оренду за використання клінічних баз для підготовки лікарів, у тому числі і тих, що навчаються за державним замовленням.

Дійсно, нині в Україні по-новому працює система охорони здоров'я, вона потребує нових кадрів, адже ми прагнемо йти в Європу, де давно впроваджені стандарти Всесвітньої

федератії медичної освіти, що передбачають чіткі вимоги до тих інституцій, які займаються підготовкою лікарів. На жаль, вітчизняні вимоги до підготовки лікаря залишаються на рівні системи Семашка. Ми зовсім не інтегровані в Європейський простір, тому складнощі виникають навіть в обміні досвідом між нашими та зарубіжними фахівцями, не кажучи вже про неузгодженість переліку лікарських спеціальностей, термінів підготовки лікарів в Україні та в Європі. Тому сьогодні вкрай потрібно змістити акценти підготовки лікаря з додипломного етапу на післядипломний. Необхідно удосконалити систему післядипломної освіти в цілому. Першочергово — реорганізувати інтернатуру і запровадити резидентуру.

ВЗ Резидентура — поняття нове і тому багатьох насторожує: чи не надто радикальні зміни пропонуються?

— Давайте розглянемо світовий досвід. У деяких країнах укорінилася одностопна система підготовки лікаря, коли випускник, отримавши диплом, іде

в інтернатуру чи резидентуру — на цьому післядипломна освіта завершується і лікар працює за своєю спеціальністю. Візьмемо для прикладу Німеччину лікаря залишаються на рівні системи Семашка. Ми зовсім не інтегровані в Європейський простір, тому складнощі виникають навіть в обміні досвідом між нашими та зарубіжними фахівцями, не кажучи вже про неузгодженість переліку лікарських спеціальностей, термінів підготовки лікарів в Україні та в Європі. Тому сьогодні вкрай потрібно змістити акценти підготовки лікаря з додипломного етапу на післядипломний. Необхідно удосконалити систему післядипломної освіти в цілому. Першочергово — реорганізувати інтернатуру і запровадити резидентуру.

в інтернатуру чи резидентуру — на цьому післядипломна освіта завершується і лікар працює за своєю спеціальністю. Візьмемо для прикладу Німеччину лікаря залишаються на рівні системи Семашка. Ми зовсім не інтегровані в Європейський простір, тому складнощі виникають навіть в обміні досвідом між нашими та зарубіжними фахівцями, не кажучи вже про неузгодженість переліку лікарських спеціальностей, термінів підготовки лікарів в Україні та в Європі. Тому сьогодні вкрай потрібно змістити акценти підготовки лікаря з додипломного етапу на післядипломний. Необхідно удосконалити систему післядипломної освіти в цілому. Першочергово — реорганізувати інтернатуру і запровадити резидентуру.

в інтернатуру чи резидентуру — на цьому післядипломна освіта завершується і лікар працює за своєю спеціальністю. Візьмемо для прикладу Німеччину лікаря залишаються на рівні системи Семашка. Ми зовсім не інтегровані в Європейський простір, тому складнощі виникають навіть в обміні досвідом між нашими та зарубіжними фахівцями, не кажучи вже про неузгодженість переліку лікарських спеціальностей, термінів підготовки лікарів в Україні та в Європі. Тому сьогодні вкрай потрібно змістити акценти підготовки лікаря з додипломного етапу на післядипломний. Необхідно удосконалити систему післядипломної освіти в цілому. Першочергово — реорганізувати інтернатуру і запровадити резидентуру.

продовжать спеціалізацію (за 54-ма спеціальностями), складають іспит. Тобто лише після 11-13 років підготовки лікар отримує право на медичну практику.

У Румунії також одностопна підготовка: 6-річне додипломне навчання, резидентура від 3 до 6-ти років по 43 спеціальностям.

ВЗ Така система підготовки лікаря поширена у світі?

— Більш поширеною є двоступенева система, коли після отримання диплома лікар спочатку проходить навчання в інтернатурі за базовими спеціальностями, потім в резидентурі чи на курсах спеціалізації за певними напрямками.

Додипломне навчання лікаря у Швеції, як і в більшості європейських країн, триває 5,5 років, потім випускники йдуть на 1,5-2 роки на спеціалізацію чи на стажування за основними лікар-

ськими спеціальностями — вибір за бажанням, бо їх подальший шлях буде різним. Після завершення стажування можна отримати медичну ліцензію лікаря загальної практики і працювати, але для інших спеціальностей обов'язковим буде другий етап навчання, потрапити на яке можна за конкурсом — воно триває 5 років (у Швеції 56 лікарських спеціальностей).

У Великій Британії, мабуть, найскладніша для сприйняття система: додипломна освіта (5-річна для лікаря, 4-річна для стоматолога), але потім це компенсується специфічною 2-річною підготовкою. Перший рік — закріплення випускниками знань і навичок, набутих на стадії додипломної підготовки за основними напрямками, включаччи організацію охорони здоров'я. Другий рік — базова спеціалізація з хірургії, терапії, акушерства тощо (але тільки

Шановні читачі! Відкриваючи «Дискусійний клуб», ми ставили за мету дати кожному лікарю можливість висловитися за приведу наоблігово. Тема нашого наступного обговорення — МІСЦЕВІ СТИМУЛИ — РЯТІВНИЙ ЧОВЕК ЧИ СОЛОМІНКА ДЛЯ ПОТОПЮЧИХ?». Чекаємо ваших листів на адресу: 04211, м.Київ, а/с 138, редакція газети «Ваше здоров'я» або на e-mail: vz@vz.kiev.ua

4 жовтня 2013 року

за основними спеціальностями). Далі — іспит. Але для того, щоб працювати в Британії кваліфікованим лікарем, потрібно навчатися в системі, яку можна назвати резидентурою (мінімум 6 років для хірургічного профілю і 3 роки — для терапевтичного). Після іспитів фахівець терапевтичного профілю може працювати сімейним лікарем, а той, хто завершив 6-річне навчання, — головним консультантом з усіх лікарських спеціальностей.

Не менш популярною у світі є триступенева система підготовки: інтернатура, резидентура, спеціалізація вузьких спеціалістів (США, Франція, Польща). У США вона дещо відрізняється від традиційної, бо перший етап починається в медичному коледжі (навчання там триває 4 роки), закінчення якого є необхідною умовою для вступу в медичну школу. Якщо ж хтось не бажає вчитися далі, він може працювати помічником лікаря, медсестрою. Ті, хто бажають, навчаються ще 4 роки у медичній школі. Тобто перші 2 етапи — це 8-річне навчання плюс іспит, який дає право тим, хто його склав, вступити на третій етап — у резидентуру (від 3-х до 5-ти років). Дехто з фахівців вважає, що у США навіть чотириохватна система підготовки, адже після резидентури є ще спеціалізація в дуже вузьких спеціальностях, однак оскільки їх там лише 4-5, можна не вважати це етапом загальної підготовки лікарів.

У США перший рік в резидентурі, незалежно від спеціальності, викладають загальні медичні дисципліни, тому якщо хтось припинить навчання після першого року, той має право в деяких штатах працювати, хоча й з обмеженнями.

Польща також має трьохетапну систему підготовки лікарів: 6 років додипломне навчання, 13 місяців стажування для всіх без винятку (здебільшого це стажування із загальної практики по основних спеціальностях), потім іспит, після якого можна працювати в клініці під наглядом лікаря. Там випускники

зазвичай після стажування йдуть в резидентуру (від 2-х до 4-х років) за 40-ка спеціальностями. На третьому етапі — спеціалізація, або резидентура 2-го, специфічного, рівня (28 вузьких спеціальностей, ще 2-4 роки). Тобто сумарно резидентура в Польщі може в окремих випадках тривати до 8 років. Як наслідок — упродовж останніх років багато польських випускників приїждять до нас на навчання, щоб отримати диплом лікаря швидше. Так само приїждять і з Грузії (там після отримання диплома також потрібно навчатися 5 років).

ВЗ А яку країну можна вважати взірцем підготовки лікаря?

— На думку експертів, найскладніша і водночас найдосконаліша система підготовки лікарів у Франції. У світі вважається дуже престижним отримати диплом французького медуніверситету. Таких фахівців цінують у міжнародних організаціях, приватних структурах тощо. 6-річна додипломна медична освіта у Франції доповнюється 3-річною інтературою із загальної практики для усіх випускників. Далі — резидентура, яка своєю чергою має три етапи: навчання впродовж 4-5 років за 33-ма спеціальностями, потім ще 4-5 років за цими ж спеціальностями і третій етап — вузька спеціалізація терапевтичного чи хірургічного профілю.

ВЗ Такий широкий вибір — зручний шанс «розгубитися» і нічого не змінювати Україні або ж спокуса вигадати власний велосипед...

— Нічого принципово нового вигадати неможливо. Вважається, що в Україні зараз двохетапна система (з інтературою і спеціалізацією). Але фактично вона є трьохетапною, бо маємо ще й клінічну ординатуру (але це не для всіх). А те, що йти в ногу зі світом — вимога дня, також факт очевидний. Нині вже підготовлено та узгоджено з багатьма медичними ВНЗ документ, який об'єднує нові зміни в підготовці лікаря, — Стра-

тегія розвитку системи післядипломної освіти в Україні. Адже незастатно одного лише наказу МОЗ, щоб її модернізувати. Це складний процес — зміни мають бути комплексними.

ВЗ Наскільки наші реалії далекі від світових зразків?

— У нас випускник медичного вишу вступає в інтернатуру, де навчається одразу за 34-ма спеціальностями. Тобто можна йти в інтернатуру по нейрохірургії, не значимо. ... основ хірургії. Тому є пропозиція скоротити перелік спеціальностей в інтературі — до 15-17-ти. Після завершення навчання в інтературі за базовими спеціальностями (1-3 роки залежно від обраного фаху; якщо це не дуже високотехнологічна спеціальність, можливо, достатньо й 1 року) і складання іспиту можна буде отримати ліцензію на медичну практику та працювати за базовими спеціальностями — хірургом, терапевтом, акушером, педіатром, сімейним лікарем.

Переконачна соціологія, 60-70% лікарів це вшасть, решта підуть вчитися далі і на конкурсній основі вступають у резидентуру (на другий етап навчання, який триватиме приблизно 3 роки) вже за іншими спеціальностями, які є клінічними в Україні. Втім, щоб запровадити резидентуру в Україні, необхідно розширити мережу університетських клінік. Для того, щоб регулювати кількість таких фахівців у галузі, своє слово повинні сказати лікарські асоціації — вони разом із МОЗ мають визначати квоти по підготовці нейрохірургів, акушерів тощо. І ще один важливий аспект — розподіл лікарів у наших ВНЗ відбувається на початку 6-го курсу. Потім за три роки навчання випускники в інтературі штати лікарів, куди його направили, змінюються, його «віртуально» місце роботи можуть зайняти ці скоротити. І часто після закінчення інтератури у нього виникають проблеми з працевлаштуванням, тобто державний розподіл перетворюється в профанацію. Тож пропонуємо про-

водити його по завершенню навчання в резидентурі. Зрештою очок можуть обрати клінічну ординатуру з найбільш вузьких спеціальностей і продовжити навчання — ті скасовано не буде.

На жаль, через об'єктивні фінансово-економічні обставини в нашій країні ми не зможемо поки що повністю скопіювати європейські зразки тривалості навчання, але із впровадженням резидентури підготавка лікаря у нас суттєво поліпшиться.

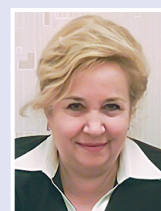
ВЗ Нинішні інтерни скаржаться, що вони нікому не потрібні, хоча формально у них дві «няньки» — ВНЗ і лікарня.

— Це також повинно змінитися з впровадженням резидентури. Зараз інтерни дійсно працює в лікарні, а за його підготовку відповідає проректор ВНЗ. Приміром, на перший курс навчання до НМАПО імені П.Л. Шупика прийшло 2 тисячі інтернів. Усі вони будуть зараховані у нас тільки після зарахування на посаду лікаря-інтерна в медичному закладі, де отримуватимуть зарплату, де у них є свій керівник. Але цей керівник офіційно не відповідає за їхню підготовку, а той, хто навчав і відповідає, не має жодних повноважень! Цю систему необхідно змінити! Хоча це тільки маленька частина того, що бажано було б удосконалити у післядипломній освіті наших лікарів.

ВЗ Що саме необхідно змінити в прохідній інтературі, аби усеунути існуючі на сьогодні недоліки і як не допустити, щоб резидентура перетворилася на продовження інтератури з усіма її проблемами?

— Необхідно зробити дуже багато. Перш за все, післядипломна освіта потребує системних змін згідно із сучасними світовими і європейськими рекомендаціями та традиціями. Тут і оновлення нормативно-правової бази системи, і модернізація змісту освіти, розробка освітніх стандартів навчання в інтературі та резидентурі. Відповідно, на часі

ТОЧКА ЗОРУ



Надія ЛИТОВЧЕНКО, начальник юридичного відділу Донецького національного медичного університету ім. М. Горького

Спробуймо з'ясувати, як такий лікар-інтерн, який його права та обов'язки, і що таке інтернатура — навчання чи робота? Відповідно до ст. 53 Закону України «Про вищу освіту» інтерни належать до осіб, які навчаються у всіх навчальних закладах.

Спеціалізоване удосконалення освіти та професійної підготовки на основі здобутого раніше освітньо-кваліфікаційного рівня та практичного досвіду належить до післядипломної освіти. У наказі МОЗ України №291 від 19.09.96 р. з змінами, внесеними наказом МОЗ №47 від 07.02.2001 р., також зазначено, що інтернатура — обов'язкова форма післядипломної підготовки випускників. Інтернатуру як вид післядипломної освіти можна визначити так: це поєднання спеціалізації і стажування.

Тож на підставі вказаних документів можна говорити про те, що інтернатура — це навчання (післядипломне). Але як тоді пов'язати таке визначення з тим, що це проходження інтератури зараховується до трудового стажу, лікарю-інтеру виплачується заробітня плата, з якої утримуються всі види податків, визначаються посадові обов'язки лікаря-інтерна, його зарплатують до штату лікувального закладу, він повинен дотримуватися правил внутрішнього трудового розпорядку лікувальної установи, отримувати права та пільги, встановлені для медичних працівників цієї установи, виконувати свою посадову інструкцію, доручену йому роботу і нести відповідальність за свої дії на рівні з іншими лікарями? Виходить, що інтернатура — це трудовая діяльність. В системі адміністративного управління лікар-інтерн підпорядковується керівництву базової лікувально-профілактичної установи, його безпосереднім керівником є завідувач відповідного відділення.

Тож вважаю за доцільне визначити, що інтернатура — це поєднання трудової діяльності з навчанням у виді стажування, оскільки лікар-інтерн знаходиться з лікувальним закладом у трудових відносинах, а не в цивільно-правових, тому у наказі №291 необхідно внести відповідні корективи і визначити статус лікаря-інтерна як працівника лікувального закладу. Доречі, у довіднику кваліфікаційних характеристик професій працівників системи охорони здоров'я є типова кваліфікаційна характеристика лікаря-інтерна, в якій бере участь у виконанні всіх видів лікарської діяльності, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики. Лікар-інтерн — це стажер, який проходить післядипломне стажування для отримання права закінчення інтератури права на самостійну роботу.

На жаль, до цього часу не визначено правовий статус лікаря-інтерна, який проходить курс підготовки в інтературі за контрактною формою навчання, оскільки

Положення про інтературу, затверджене наказом МОЗ України, не містить відомостей про контрактну інтературу. Лікар-інтерн-контрактник — це по суті майже привид, оскільки він не має визначених прав і обов'язків, не перебуває у трудових відносинах з лікувальним закладом, де проходить основну частину стажування, тому його відсутність на базисі стажування можна не помічати. З іншого боку, в адміністрації лікувального закладу не існує важелів впливу на недержавні інтерні інтерні із числа контрактників. Якщо такий інтерн не зарахований до числа працівників закладу, він не може нести відповідальність за свою медичну діяльність. Це дуже принципове положення, оскільки не зарахований на посаду лікар-інтерн не має права на медичну діяльність взагалі. Тож бач визначення статусу інтерн-контрактника неможливо вимагати від нього добросовісного і належного ставлення до роботи, як і покладати на завідувача відділення лікувальної установи відповідальність за підготовку інтерна на етапі заочного навчання.

В існуючому Положенні про інтературу сказано, що лікар-інтерн повинен самостійно, під керівництвом свого безпосереднього керівника забезпечувати діагностичний і лікувальний процес, виконувати всі види діяльності, передбачені вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальними навчальними планами підготовки лікарів (провізорів)-інтернів. Втім існує лише типова кваліфікаційна характеристика лікаря-інтерна, яка містить виключно загальні вимоги, тому і підстав для визначення конкретних вимог до роботи цього лікаря також не існує.

Відповідальність за виконання лікарями (провізорами)-інтернами індивідуальних навчальних планів проходження стажування під час заочної частини інтернатури повинно бути покладене на завідувачів профільних відділень лікувальних закладів для забезпечення повної та якісної підготовки інтернів.

В цілому, Положення про спеціалізацію (інтернатуру) необхідно переглянути з урахуванням вимог сьогодення дня, підготовка в інтературі повинна проводитись за європейськими стандартами і має відповідати сучасному рівню медицини і медичної науки.



Валерій КОНСЕВ, кандидат медичних наук, заступник лікаря України

Латинське «interitus» означає «внутрішній», тобто інтерн — це молодий спеціаліст, який перебуває «всередній клініці» — працює в ній та одночасно вчиться. За радянських часів так було. Інтерни практично всі йшли до підшунової залози, шлунку, інших органів, трансплантацію внутрішніх органів (печінки, товстої та тонкої кишок, підшлункової залози). І це — рутинні операції, які не викликають здивування. В Україні ж хірургів в цілому зруйнували на рівні 80-90 років минулого століття, трохи пролунали лише в окремих напрямках. Тож, готуючи нове покоління лікарів, ми повинні усвідомлювати, що нам треба надзгодити свої. Інакше й надалі пацієнти хатимуться оперуватися за кордо-

риканській клініці Майо, яка є еталоном і лікувальною, і навчальною базою, працює 2700 штатних лікарів та 3300 інтернів.

В медуніверситеті, якщо порівняти це з грою в шахи, студент вчиться лише ходити фігурами. А щоб зіграти партію, йому потрібно післати студентські лави працювати деякий час рядовим лікарем, після чого навчається в інтературі і ролі відточувати свою майстерність. Тобто до проходження інтератури і вузької спеціалізації випускник медичного вишу має отримати базові знання та навички лікаря, пропрацювавши 1-3 роки в лікувальній установі. При цьому його знання, отримані у виші, «розкладають по полицях».

Головна проблема нашої інтератури — відсутність наставництва, важливість якого прописана ще у клятві Гіппократа. На жаль, довершеної практики наставництва в Україні сьогодні немає, слабо воно було розвинене й за радянських часів. А от за кордоном інститут наставництва дуже розвинений. І в медичних при клініці разом із інтернами живуть і їхні наставники, до яких інтерни можуть звертатися у будь-який час доби.

В інтературі колишній студент має поєднувати краще, тому проходить інтернатуру слід у найсучасніших клініках — потужних, багатопрофільних. Там він працюватиме з багатьма хворими, що даватиме велику практику, яка і буде гарантією того, що він під час самостійної роботи не потрапить у якусь занадто складну для нього клінічну ситуацію.

Фінансування освіти лікаря має бути загальнодержавною прерогативою — на рівні державної програми, оскільки медична освіта найвартішша (після фінансування підготовки пілотів). Молодий лікар також повинен мати можливість навчатися за кордоном. На жаль, в Україні зараз така можливість немає — передуми фінансової, або й через незнання іноземної мови. Тому в інтературі слід обов'язково поглиблювати вивчення англійської. А стимулювати практику за кордоном відраджування кращих інтернів.

Інтерн треба готувати на випередження — на 10 років наперед (а не із запізненням на 50 років). Для цього він має навчатися на найновітнішому обладнанні. Приміром, майбутній хірург повинен обов'язково опанувати класичну загальну хірургію, але сьогодні з'явилася нова хірургія — лапароскопічна, яка є абсолютно іншою технологією і інструменті. Сьогодні загальна хірургія у світі вишла на рівень трансплантології. І надалі будуть з'являтися нові медичні технології. У Польщі, Хорватії, Словаччині, Угорщині, Австрії вже давно проводять лапароскопічні операції на підшлунковій залозі, шлунку, інших органах, трансплантацію внутрішніх органів (печінки, товстої та тонкої кишок, підшлункової залози). І це — рутинні операції, які не викликають здивування. В Україні ж хірургів в цілому зруйнували на рівні 80-90 років минулого століття, трохи пролунали лише в окремих напрямках. Тож, готуючи нове покоління лікарів, ми повинні усвідомлювати, що нам треба надзгодити свої. Інакше й надалі пацієнти хатимуться оперуватися за кордо-