

## НА ЗАКІНЧЕННЯ НОМЕРА

### ЯК СТАТИ РОДИННИМ ЛІКАРЕМ В АВСТРАЛІЇ

Якщо в Австралії хтось занедужає, то він має звернутися до відділення невідкладної допомоги лікарні (**Department of Emergency Medicine** або **Casualty Department**) або до приватного лікаря, який приймає хворих у своєму кабінеті (**Surgery**, або **Private Rooms**) чи в медичному центрі (**Medical Centre**). Медичним центром в Австралії називають приватну медичну установу (дуже подібну до українського поліклінічного відділення), у якій об'єднуються декілька приватних лікарів. Для них це вигідно економічно (менші витрати на наймання приміщення, спільне використання медичного обладнання та молодшого медичного персоналу, тощо) і до того ж лікарі можуть замінювати один одного. Тобто, якщо вашого родинного лікаря немає на роботі, ви можете звернутися до когось іншого, хто "на зміні". Усі лікарі в медичному центрі мають доступ до історії хвороб (яку тут називають **files**) пацієнтів. Ті ж лікарі, що працюють по-одиноці у своїх кабінетах (їх іноді називають **solo medical practitioners** — "солістами"), особливо в сільській місцевості, часто-густо мають забезпечувати своїх хворих цілодобовою медичною допомогою. Вони дають хворим номер свого мобільного телефону або пейджера і в разі необхідності можуть приїхати вночі оглянути свого пацієнта у приватному кабінеті чи навіть у хворого вдома. Як тут кажуть, зробити домашній візит — **to do a home visit**. Ці лікарі працюють так, як колись за царя працювали земські лікарі.

Лікарів, що приватно надають первинну медичну допомогу, в Австралії називають лікарями загальної практики (**General Practitioners** — загальнозживане скорочення — **GP**) або родинними лікарями-терапевтами (**Family Physicians**). Проте в Австралії стало модним бути "спеціалістом" (коли навіть медсестри, які займаються проблемами годування немовлят, називають себе спеціалістами з лактації — **Lactation specialist**). Тому іноді можна почути трохи зневажливе: "Та він лише **GP**". Враховуючи цю обставину (а також бажаючи заробити більше грошей), деякі родинні лікарі намагаються використовувати слово "спеціаліст" чи "спеціальний", щоб підкреслити, що вони знають у якійсь галузі більше, ніж "звичайний родинний лікар". Так, маємо "спеціалістів" з м'язово-скелетної медицини, чоловічого чи жіночого здоров'я тощо. Ці лікарі об'єднуються в свої коледжі, які насправді не прирівнюються до коледжів спеціалістів (докладніше див. Про це в окремому розділі). Інші родинні лікарі після свого імені додають, що вони мають "спеціальний (особливий) інтерес у сексуальному здоров'ї" тощо. Деякі родинні лікарі відкривають клініки шкірних хвороб (**Skin Clinics**) або з проблем жіночого здоров'я (**Women's Health Clinics**), проте формально вони не є дерматологами чи гінекологами.

В Австралії є два типи родинних лікарів (РЛ). Більшість із них (понад 17 000 осіб) "професійно зареєстровані — **Vocational Registered**, або **VR**". Тільки незначна частина РЛ (до 3000 осіб) належить до так званих "професійно не зареєстрованих родинних лікарів — **Non-Vocationally Registered GP**, або **non-VR GP**". Професійний реєстр (**Vocational Register of General**

**Practitioners**) було запроваджено в 1989 році з метою підтримання високої кваліфікації австралійських РЛ. Тоді статус професійно зареєстрованих лікарів автоматично отримали РЛ, що пропрацювали у приватній практиці мінімум п'ять років і пообіцяли постійно оновлювати свою післядипломну освіту (див. далі). Проте тих бідолах, що з якоїсь причини не отримали статусу “професійно зареєстрованих” РЛ (деякі були за кордоном, доглядали за малими дітками, а деякі відмовилися записуватися до Реєстру з принципових міркувань — відстоюючи свою професійну незалежність від держави), австралійські бюрократи навіть відмовляються називати родинними лікарями і вигадали для них дещо принизливу назву — інші практикуючі лікарі — **Other Medical Practitioners**. Хоча ці лікарі надають таку ж медичну допомогу, як і решта РЛ, за одну і ту саму стандартну консультацію від австралійської державної організації обов'язкового медичного страхування **Medicare** вони отримують платню на 29% меншу, ніж професійно зареєстровані РЛ (докладніше про фінансовий бік роботи лікарів див. у розділі “Скільки коштує лікування в Австралії”). На відміну від інших лікарів, яким щорічно збільшують (індексують) виплати, враховуючи рівень інфляції у країні, платню професійно не зареєстрованим лікарям “заморозили” (не збільшували) з 1989 року. Проте якщо такі лікарі погоджуються їхати на село (**rural**) або в передмістя (**outer metropolitan area**), де лікарів дуже бракує, то їм одразу починають платити таку саму зарплатню, як і професійно зареєстрованим лікарям, навіть не вимагаючи від них брати участь у післядипломній освіті. Тобто австралійські бюрократи від медицини користуються таким положенням, щоб заманити хоча б не повністю визнаних родинних лікарів до австралійської периферії.

Частина цих лікарів об'єдналася у свій “альтернативний Коледж — професійно не зареєстрованих родинних лікарів” і стверджує, що існування в Австралії різної винагороди за ту саму працю є порушенням Декларації прав людини ООН і що несправедливо виплачувати вищу винагороду тим членам Коледжу родинних лікарів, які жодних іспитів не склали, а отримали членство в Коледжі автоматично в 1989 році (нині такі лікарі становлять дві третини членів Коледжу). Інша частина сідає за підручники, складає іспити і перебігає лінію фронту до свого супротивника — Королівського австралійського коледжу (інституту) родинних лікарів (**Royal Australian College of General Practitioners — FRAGP**). Нині в Австралії точаться дебати, чи варто автоматично (без екзаменів) визнати професійно зареєстрованими родинними лікарями тих осіб, що працюють у приватній практиці з 1996 року. Проти цього, зокрема, виступає Асоціація клінічних ординаторів з родинної медицини (**General Practice Registrars Association**), яка стверджує, що всі повинні пройти відповідне навчання (див. далі). Цікаво, що клінічним ординаторам з родинної медицини (а деякі з них мають стаж роботи тільки два роки після закінчення медичного університету) з першого дня роботи виплачують таку саму винагороду за огляд хворого, як і професійно визнаним родинним лікарям, тобто на 29% вищу за винагороду для професійно не зареєстрованих лікарів, хоча стаж роботи в останніх може бути досить великим.

Є чотири варіанти того, як можна стати членом Коледжу. Але насамперед лікар має бути визнаним в Австралії (докладніше про це див. у розділі “Лікарі, що здобули освіту за межами Австралії”) і стати фінансовим членом Коледжу ще до складання іспитів. До речі, останнє положення, на мою думку, є досить суперечливим: як можна вимагати від людини платити близько 600 австралійських доларів за неповне членство в Коледжі ще до того, як лікар складе тиме іспити?! За самі іспити слід платити окремо. Ціна, до речі, щорічно зростає (значно скоріше, ніж рівень інфляції у країні) і у 2003 році становила 2500 австра-

лійських доларів (це близько 1675 американських доларів). А ще треба брати відпустку, щоб підготуватися до іспитів, купувати різні підручники, платити за проїзд до місця складання іспитів, готель тощо.

Перший, класичний шлях досягнення заповітної мети — вступити до трирічної клінічної ординатури з родинної медицини (**Training Program**). Щоб мати право розпочати навчання, слід закінчити інтернатуру (**Internship**) і пройти співбесіду з членами Коледжу. До співбесіди треба написати “твір”, у якому пояснити, чому ви хочете стати РЛ, а також успішно скласти спеціальний психометричний тест “визначення особистісних якостей — **Personal Qualities Assessment (PQA)**”. До нього входять визначення когнітивних (пізнавальних) здібностей лікаря, його вміння вирішувати проблеми та аргументувати свої рішення; тестування моральної та етичної орієнтації лікаря, Здатність вирішувати моральні дилеми (скрутні ситуації); тестування особистості лікаря, наявності в нього таких рис, як співчуття до хворого (емпатія) та упевненість, відсутність у нього байдужості до хворого та нарцисизму (самозакоханості). Цікаво, що в західній медицині дуже великого значення надають упевненості (**self-confidence**) лікаря. Мені важко з цим погодитися, бо, на мою думку, упевнений лікар робить більше помилок і рідше радиться з колегами та заглядає у книжки, ніж лікар, який “має сумніви”.

Психометричний тест складається зі 100 запитань. Наприклад: *80-річний чоловік прийшов до вас на прийом з проханням дати йому довідку для дорожньої поліції, що він не має медичних протипоказань водити авто. Після медичного огляду хворого у вас виникли великі сумніви щодо його здатності водити авто. Проте хворий каже вам, що після того, як його кохана дружина відійшла у вічність, єдине, що лишилося в нього в житті, це вудити рибу на озері, але туди він може дістатися тільки своїм авто.*

З якими з наведених нижче тверджень ви погоджуєтесь?

1. Пацієнт має право приймати власні рішення.
2. Лікар має відповідати за свої рішення.
3. У деяких випадках можна робити винятки з правил.
4. Лікар має враховувати, чого від нього очікують його пацієнти.

В Австралії вважають, що рисами доброго (високопрофесійного) РЛ є (у порядку важливості): вміння спілкуватися, співчуття до хворого, етична поведінка, вміння співпрацювати з колегами та в команді (колективі), професійні навички, критичне мислення та вміння розв’язувати проблеми, толерантність у непевних ситуаціях, вміння впливати на ситуацію, робити акцент на охороні здоров’я всього населення (це положення досить суперечливе, бо родинний лікар, як і адвокат, насамперед має захищати інтереси своїх пацієнтів), партнерські стосунки з пацієнтами, науковий підхід до медицини (**evidence-based medicine**), розуміння того, як працює система охорони здоров’я, та готовність лікаря постійно підвищувати рівень своєї освіти.

Звичайно, сама ідея та структура цього психометричного тесту викликає багато запитань та заперечень. По-перше, дещо подібний тест (**University Medical School Admissions Test — UMAT**) австралійські абітурієнти складають під час вступу на медичний факультет (про це буде сказано в окремому розділі про медичну освіту в Австралії). По-друге, запитання тесту є таємницею, і бракує свідчень незалежних експертів про його наукову обґрунтованість. По-третє, що робити лікарям, які не потраплять до клінічної ординатури, не склавши цей тест? Подавати заяви до інших коледжів, де вчать на спеціалістів і де тако-

го тесту ще не придумали, чи їхати за кордон, скажімо, до Англії, і тим самим поглиблювати кризу з браком лікарів в Австралії, чи їхати в австралійське село і ставати РЛ іншими шляхами (див. далі)?

Щорічна кількість місць до клінічної ординатури з родинної медицини визначається (краще сказати — обмежується) австралійським урядом (який офіційно боїться перенасичення ринку

лікарської робочої сили, але насправді обмежує кількість лікарів через те, що один РЛ за рік коштує державній системі медичного страхування (**Medicare**) приблизно півмільйона австралійських доларів). Кількість охочих вступити до ординатури поки що перевищує кількість наявних місць (у 2002 році на 450 місць претендувало 600 лікарів), тому не всі потрапляють до клінічної ординатури. Проте тільки кожний четвертий випускник австралійського медичного вузу подав заяву до вступу до клінічної ординатури з родинної медицини (австралійські випускники переважно прагнуть стати медичними спеціалістами). Серед охочих було 35% лікарів, які здобули медичну освіту за межами Австралії (**Overseas Trained Doctors — OTDs**), і тільки 31% лікарів народився в Австралії. Решта (34%) були лікарі, що народилися за межами Австралії, проте здобули тут освіту (серед них багато дітей іммігрантів з азіатських країн). Про кризу в родинній медицині в Австралії буде написано далі.

Після закінчення навчання у клінічній ординатурі лікарі складають кваліфікаційний іспит для вступу до Коледжу (**Fellowship Examination**). Процедура іспиту буде докладно описано нижче.

Програма навчання у клінічній ординатурі з родинної медицини розроблена та уніфікована для всієї Австралії відповідною організацією (**General Practice Education and Training — GPET**), яку створило Міністерство охорони здоров'я Австралії у 2001 році. До цього часу з 1974 року цим займався Коледж родинних лікарів, проте зі створенням ще одного окремого Коледжу — сільської медицини та медицини віддалених районів (**Australian College of Rural and Remote Medicine — ACRRM**) було вирішено, що слід відокремити навчання родинних лікарів від Коледжу родинних лікарів і доручити цю справу незалежній організації.

Докладну інформацію про програму надруковано у відповідній книжці, її також можна знайти на сторінці Інтернету ([www.gpet.com.au](http://www.gpet.com.au)).

За час ординатури лікар має отримати заліки за 12 підрозділами (**units**), кожен з яких триває 13 тижнів. Перші чотири підрозділи (фактично це один рік навчання) мають бути роботою в лікарні (**Hospital training**). За цей час лікар обов'язково має відпрацювати в загальнотерапевтичному відділенні, відділеннях хірургії, педіатрії та швидкої допомоги і пройти короткий курс реаніматології. Крім того, пройти ротацію у трьох інших галузях (скажімо, в акушерстві та гінекології, анестезіології, ортопедії, урології тощо). Проте до цього навчання зараховується і попередній досвід роботи в інтернатурі.

Під час роботи у відділеннях лікарні клінічний ординатор також повинен формально навчатися (щотижня має бути принаймні три години семінарів, науково-практичних конференцій тощо).

Наприкінці терміну роботи в лікарні клінічним ординаторам надається перелік медичних центрів (та докладна інформація про особливості їх роботи), які погодилися брати участь у навчанні клінічних ординаторів. Клінічні ординатори вирішують, куди саме чи до кого саме вони хочуть піти на стажування, і посилають туди свою автобіографію (**Curriculum vitae**). Проте іноді трапляється, що потрапити в бажаний медичний центр не вдається, і клінічного ординатора посилають у той центр, де є вакансія. Серед австралійських лікарів є багато охочих поїхати у віддалені екзо-

тичні місця, щоб випробувати себе в екстремальних умовах, проте сімейні люди з маленькими дітками переживають справжні трагедії через такі переїзди. Це як у радянському анекдоті, коли випускник медичного інституту дякував комуністичній партії, уряду і царському уряду (!) за те, що його послали працювати на півострів Камчатку. Коли його спитали, чому він дякує царському уряду, він відповів, що він дякує за те, що царський уряд продав Аляску, бо інакше його послали б туди....

У перші шість місяців роботи в медичному центрі (**Basic GP training**) клінічний ординатор має працювати не менш ніж 80% свого робочого часу одночасно зі своїм керівником (це один з досвідчених родинних лікарів, який працює в медичному центрі). Останній приймає своїх хворих в окремому кабінеті, проте може дати негайну пораду щодо лікування хворих, яких оглядає клінічний ординатор. Якщо керівник на прийомі відсутній, то про всяк випадок він має лишити клінічному ординаторові номер свого мобільного телефону і в разі необхідності терміново повернутися до медичного центру. У наступні шість місяців “навчання підвищеного типу — **Advanced GP Units**” керівник має бути присутнім тільки протягом 50% робочого часу клінічного ординатора.

В останній рік навчання (**Subsequent GP Experience**) клінічний ординатор може працювати в різних медичних центрах, порівнюючи їх стиль роботи та обираючи для себе майбутнє місце праці. Проте половину останнього року він може присвятити спеціалізації в одній чи двох ділянках (**Special Skills training**), до яких він має особливий інтерес (скажімо, шкірні чи жіночі хвороби, особливості охорони здоров'я аборигенів).

В Австралії також дозволено вчитися у клінічній ординатурі на півставки — **part-time training**, скажімо, якщо у вас маленькі діти тощо.

Організацією навчання у клінічній ординатурі в Австралії займаються 22 регіональних “консорціуми”, які підшукують клінічним ординаторам робочі місця для стажування в різних медичних центрах. У таких центрах один з родинних лікарів стає керівником (**mentor**) клінічного ординатора. Проте навіть лікарі, що навчаються в одному й тому самому консорціумі, можуть працювати за сотні кілометрів один від одного, тому вони спілкуються зі своїм “деканатом” та між собою переважно за допомогою Інтернету та телеконференцій. Для теоретичної підготовки клінічні ординатори читають спеціальну літературу. Підручник з родинної медицини (**General Practice**) австралійського професора Джона Муртага (**John Murtagh**) перекладено декількома іноземними мовами. Українське Лікарське Товариство в Австралії подарувало один примірник цього підручника (видання 2003 року) Українській республіканській медичній бібліотеці. Клінічних ординаторів заохочують користуватися бібліотекою Коледжу родинних лікарів (яка міститься в Мельбурні і розсилає літературу клінічним ординаторам за тисячі кілометрів безмежної Австралії) та шукати найсучасніші публікації через бази даних (**Medline, Cochrane Library, ERIC, CINAHL, Ausmed**) за допомогою Інтернету. Клінічні ординатори також отримують журнал “**The Australian Family Physician**” (див. далі).

Під час стажування в лікарнях клінічні ординатори отримують зарплатню на загальних підставах (приблизно 50–60 тисяч австралійських доларів на рік). Коли вони працюють у медичних центрах, то отримують 50% суми грошей, що вони заробляють, коли оглядають хворих (це збігається з умовами роботи інших родинних лікарів, які працюють у медичних центрах, що їм не належать).

Другий шлях, яким можна стати членом Коледжу РЛ, — скласти той самий кваліфікаційний іспит (що мають складати і клінічні ординатори) після як мінімум

чотирьох років праці родинним лікарем в Австралії (**Practice Eligible Route**).

Проте вас зарахують у повноправні члени Коледжу тільки коли ви працюватимете на “повну ставку” принаймні 5 років РЛ. Повною ставкою (**Full Time General Practice**) в Австралії вважають, якщо лікар працює мінімум 37 годин на тиждень протягом 5 днів.

Цей варіант прийнятний для згаданих вище “професійно не зареєстрованих родинних лікарів — **Non-Vocationally Registered GP**, або **non-VR GP**” та іноземних лікарів, які отримали дозвіл працювати в “місцевостях, що потребують лікарів, — **area of need**”. Причому автоматично зараховується стаж роботи РЛ у таких країнах, як Велика Британія, Ірландія, Канада, США, Нова Зеландія, Гонконг, Малайзія, Південна Африка та Сінгапур. Якщо ж до імміграції до Австралії лікар працював, скажімо, в Україні чи Росії, то від нього вимагатимуть докладного опису характеру його роботи на батьківщині, який буде вивчати комісія Коледжу, що прийматиме рішення, чи визнати такий досвід рівноцінним австралійському. Я особисто навіть не подавав прохання про зарахування мого стажу в Україні, бо я там працював не РЛ, а викладачем медичного інституту і на півставки — спеціалістом-терапевтом.

Таким лікарям також пропонують платні 6-місячні курси з підготовки до складання кваліфікаційного іспиту (**Practice Recognition Education Program**). Докладнішу інформацію про ці курси можна знайти на сайті [www.gpea.com.au](http://www.gpea.com.au).

Ті іноземні РЛ, що мають певні кваліфікації з Великої Британії, Канади, Сінгапуру, Ірландії та Південної Африки, мають право складати іспити для вступу до Коледжу РЛ незалежно від тривалості роботи РЛ в Австралії.

Трудових книжок в Австралії ще не вигадали, тому доказом стажу роботи РЛ є заповнення невеличкої спеціальної форми, яку присилає Коледж, у якій ви вказуєте адресу приватних кабінетів, де ви працювали РЛ, та тривалість вашої роботи. Жодних печаток, характеристик “від парткому та профкому”. Проте якщо в когось виникне бажання, то все, що ви напишете про себе, можна легко перевірити, бо Комісія зі страхування здоров’я (**Health Insurance Commission**) при федеральному Міністерстві охорони здоров’я Австралії у своєму “великому комп’ютері” зберігає статистику всіх візитів до вас хворих кожного місяця.

Слід також прислати (не завірену!) ксерокопію вашої лікарської реєстрації в одному зі штатів Австралії.

Усі лікарі мають пройти курс основ серцево-легеневої реанімації (**basic CPR course**) тривалістю чотири години теорії та практики протягом року до подачі документів на складання кваліфікаційного іспиту для вступу до Коледжу.

Третій шлях (**Practice Based Assessment**) — це коли не треба складати письмовий іспит, проте слід записати на відеоплівку 35 годин консультацій ваших хворих, скласти 90-хвилинний усний екзамен (**Viva**) і пройти співбесіду з членом екзаменаційної комісії на вашому робочому місці. Цей екзамен записується на відеоплівку і потім переглядається другим екзаменатором. Вважають, що такий іспит відбувається у дружній обстановці вашого робочого кабінету, коли, як то кажуть, і рідні стіни допомагають...

І, нарешті, Австралійський коледж РЛ автоматично (*ad eundum gradum*) визнає кваліфікації, визнані відповідними коледжами РЛ Канади, Великої Британії та Нової Зеландії. Нерідко австралійські родинні лікарі міняються на один-два роки своєю роботою і навіть місцем проживання зі своїми англійськими колегами.

Австралія — надзвичайно бюрократична країна. Вважається, що місцеві бюрократи продукують найбільше у світі паперів (інструкцій, постанов, рекомендацій, правил) на душу населення. Це, безумовно, стосується і Коледжу РЛ. Однак це не завжди погано, бо якщо ви уважно прочитаєте, чого від вас вимагають, то ви, як то кажуть, на коні. До того ж людину з колишнього пострадянського простору австралійським бюрократам не залякаєш.

Для охочих вступити до Коледжу РЛ щорічно друкується відповідна книжка (**The College Examination**), з якої можна дуже докладно дізнатися про те, хто має право складати іспити, які подавати папери, куди можна подзвонити в різних штатах Австралії стосовно роботи Коледжу, як і коли відбуваються іспити, імена екзаменаторів, які підручники та наукові журнали бажано прочитати, як підраховуються результати іспитів, як і куди скаржитися, якщо ви вважаєте, що іспити були проведені з порушенням регламенту або вас “недооцінили”, тощо. Обсяг цієї книжки досить великий — більше 70-ти великоформатних сторінок тексту.

Усю цю інформацію можна також прочитати на інтернетівській сторінці Коледжу ([www.racgp.org.au](http://www.racgp.org.au)).

Якщо вам не шкода розлучитися ще з 320 австралійськими доларами (додатково до вищезгаданих 2500 доларів за проведення іспиту), то приблизно за 6 тижнів до проведення іспитів до Коледжу ви можете за 4 години пройти спеціальний курс (**Pre-Examination Course**), на якому вам розкажуть, як буде проводитися іспит, покажуть приклади письмових запитань, ви пройдете через десять екзаменаційних клінічних ситуацій, коли вас розподілять на невеличкі групи й один з вас відповідатиме на запитання екзаменаторів. Вам також розкажуть, як аналізуватимуться ваші відповіді і як скаржитися, якщо ви вважаєте, що були якісь порушення протоколу складання іспитів. Вам також рекомендуватимуть додаткові підготовчі курси (**Bridging Courses**), які проводяться при медичних факультетах австралійських університетів. Співробітники Коледжу також сприяють вашим контактам з іншими “кандидатами у члени Коледжу” — при обопільному бажанні вам повідомлять адреси ваших колег, що живуть неподалік від вас, з якими ви могли б разом готуватися до іспитів.

Коледж також продає методичну літературу і відеокасети з клінічними випадками та спеціальну відеокасету, на якій записано процедуру складання клінічної частини іспиту. Для охочих вступити у члени Коледжу (і членів Коледжу) видається щомісячний журнал “**CHECK — Перевірка**”, який повністю складається з ситуаційних клінічних задач. Під егідою Коледжу також видається щомісячний журнал “**The Australian Family Physician — Австралійський родинний лікар**”. Багато матеріалів із цього журналу є дуже корисними при підготовці до іспитів (докладнішу інформацію про журнал див. далі).

Приблизно за місяць до іспитів вам надішлють докладну інформацію про час та місце проведення іспиту з картою того університету чи лікарні, де буде відбуватися іспит, напишуть навіть про те, як туди краще добратися, і подадуть імена ваших колег, що живуть по сусідству, з якими ви могли б їхати разом в авто на іспит.

Австралія, як відомо, велика країна, яку за площею можна порівняти з Європою. Тому іспити відбуваються одночасно у столицях усіх австралійських штатів. Водночас для лікарів, які працюють за більш як 500 км від міст, де проводиться іспит, Коледж організовує іспити за місцем проживання. Для осіб, що через релігійні переконання не можуть складати іспити в суботу чи неділю, іспити проводять в інші дні.

У таких містах, як Сідней, Мельбурн та Брізбен, де претендентів на членство в Коледжі досить багато, іспит проводять навіть у дві зміни. Щоб перешкодити “витіканню інформації” про екзаменаційні запитання, першу зміну тримають зачищеною, допоки до екзаменаційних приміщень не впустять другу зміну. Усі мобільні телефони й особисті речі (за винятком маленьких жіночих торбинок) слід залишити на окремому столі. Проте, звичайно, піти в туалет дозволяють, звідки можна подзвонити портативним мобільним телефоном. Але запитань так багато, що одна додаткова правильна відповідь ситуацію не змінить, а часу на “туалетний” телефонний дзвінок ви втратите багато і просто не встигнете відповісти на всі запитання. До речі, перед письмовою частиною мого іспиту я випив кави, то мав піти “до вітру” на три хвилини, і на три останні запитання мені забракло часу.

Іспит для вступу до Коледжу складається з двох частин — письмової та усної. Вони відбуваються з інтервалом у півтора місяця. Письмова частина, своєю чергою, складається з двох половин — тесту на прикладні знання (**Applied Knowledge Test**) та вирішення ключових аспектів проблем (**Key Feature Problems**). На кожную половину письмового іспиту дають три години часу, перерва між половинами — півтори години. Лікарі, для яких англійська мова не є рідною і які прожили в Австралії до 10 років, мають право просити додаткові півгодини на кожную частину іспиту. У Брізбені, де мені довелося складати письмову частину, цим правом скористалися також і білошкірі південноафриканські лікарі (у яких рідна мова — африканс), а мені не поталанило, бо я прожив в Австралії на момент складання іспиту 10 років і три місяці.

У Брізбені письмовий іспит відбувався в одній з великих аудиторій Університету Квінсленда (**University of Queensland**). Перед входом до аудиторії видали запечатані великі пакунки з запитаннями та брошурками, де були клінічні фотографії, результати аналізів та електрокардіограми. Усіх розсадили на відстані півтора метра одне від одного. У залі було 84 лікарі — “кандидати у члени Коледжу” і, здається, 8 екзаменаторів (гадаю, що більшість із них були членами Коледжу), які стежили, щоб усе було гаразд. Буквально за секундоміром дозволили відкрити пакунки і... великий марафон розпочався!

Тест на прикладні знання складався зі 160 запитань, на які слід було відповісти за 180 хвилин. Тобто на одне запитання трохи більше однієї хвилини. На мою думку, це замало. Певно, що частина аудиторії після важких одного-двох запитань могла так само, як і я, збентежитися, затриматися з відповіддю, а потім нервуватися через брак часу.

Після перших ста запитань наводилося по п’ять варіантів можливих відповідей. Треба було вибрати одну — найкращу (**Single Best Answer**) і закреслити відповідне коло напроти номера запитання на спеціальному аркуші. Цей аркуш потім мав просканувати і проаналізувати комп’ютер. Більшість із цих запитань були дуже практичними. Проте деякі з них були досить мудрованими, і я не зміг відповісти на них однозначно. До речі, під час проведення іспиту наша головна екзаменаторка — чарівна лікарка віком близько 40 років — отримала телефонний дзвінок зі штаб-квартири іспитів і оголосила нам, що слід викреслити два запитання, які в останню мить екзаменатори чомусь визнали недоречними.

Останні 60 запитань першої частини іспиту були трохи складнішими (**Extended Matching Questions**). Скажімо, подавався опис якоїсь клінічної ситуації, після чого наводилося 15-20 можливих діагнозів хвороби і слід було вибрати правильну відповідь. Іншими словами, шанс просто вгадати її був невеликим. Проте втішав той факт, що за неправильну відповідь штрафних балів не було.



Під час перерви виходити далі, ніж у фойє, було заборонено, там же був накритий “шведський стіл” з традиційними різноманітними австралійськими бутербродами, апельсиновим соком (який в Австралії пропонують значно частіше, ніж яблучний), кавою та солодкими тістечками — проте наїдатися було небезпечно, бо в моєму віці після доброї перекуски тягне не до книжки, а до подушки... Як помітили ще у Стародавньому Римі, *plenus venter non studet libenter* (повне черевко — не охоче до навчання).

Друга частина письмового іспиту вимагала від нас вирішення *ключових аспектів проблем (Key Feature Problems)*. За три години треба було розв’язати 25 клінічних задач. На частину з них відповіді вже були наведені. Але слід було вибрати з них правильні, для іншої частини задач відповідей не було, потрібно було викласти в дуже стислій формі свої думки. Наведу ситуаційну задачу, яка подається Коледжем як приклад для підготовки до іспиту.

Сюзанна Л., віком 23 роки, прийшла до вас на першу консультацію. Вона вдруге завагітніла. Перший день її останньої менструації був 11 тижнів тому. Вона припинила вживати пероральний контрацептивний препарат (**Diane-35**) чотири місяці тому. Її перший син, якому нині 18 місяців, народився здоровим, вагою 4,2 кг. У той час родина переїхала до вашої місцевості. Під час першої вагітності в Сюзанні був підвищений тиск крові і їй робили “якусь ін’єкцію” після народження дитини через те, що в дитини була “якась не та” група крові. Сюзанна вважає, що в неї друга резус-негативна група крові. Останній мазок з шийки матки в неї брали два з половиною роки тому.

**Перше запитання.** Які найважливіші тести (дослідження) для Сюзанні на момент першої консультації? Наведіть три приклади тестів (досліджень).

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Друге запитання.** *Що є найважливішим у стратегії її обстеження та лікування (в англійській мові є оте кляте слово management, яке нашою так швидко й не скажеш)? Напишіть у стислій формі тільки один варіант відповіді.*

Ця частина іспиту, на мою думку, була більш адекватною, ніж перша, бо можна було по-справжньому сконцентруватися на запитаннях, які до того ж були, як-то кажуть, не висмоктані з пальця, а взяті з повсякденної практики роботи РЛ в Австралії.

Слід зазначити, що попри моє більш як десятирічне перебування в Австралії під час письмових іспитів я не знав значення трьох англійських слів, що трапилися мені в тексті екзаменаційних запитань. Гадаю, що подібні суто лінгвістичні проблеми (що могло вплинути на правильність відповідей) мали і деякі інші претенденти, бо більшість в екзаменаційній залі мала жовтий, а іноді й чорний колір шкіри. До речі, під час клінічного іспиту, на який мені довелося летіти до Сіднея, серед 80 лікарів у нашій групі я нарахував тільки 7 білих людей. Серед екзаменаторів теж були лікарі китайського, арабського, німецького та латиноамериканського походження. У кожного екзаменатора (як і в кандидатів у члени Коледжу) була причеплена бірка на грудях, на якій було написано повне ім’я її власника. Звичайно, частина з них (скажімо, лікарі китайського походження) вже виросла в Австралії і не мала іноземного акценту.

Екзаменатори спеціально готуються до прийому іспитів і мають докладно розроблені та уніфіковані інструкції, як їм приймати їх. До того ж один з них по-

стійно відвідує окремі станції під час іспитів, перевіряючи, чи правильно екзаменатори проводять іспит.

Мій клінічний іспит відбувався в поліклінічному відділенні лікарні Уестмід (**Westmead Hospital**) у місті Сіднеї у другу зміну. Зібрали нас за годину до початку іспиту, потім відвели в кінець зали, подали від коридору, через який випустили в супроводі екзаменаторів першу зміну лікарів. Потім нам знову докладно пояснили процедуру клінічного іспиту, який складався з 14 клінічних випадків-ситуацій, які розігрувалися в окремих кабінетах. По-англійськи ці випадки називалися **stations** — станції. Екзаменатори сиділи в кожному кабінеті, а лікарі-“абітурієнти” мали переходити від станції до станції за спеціальним звуковим сигналом-дзвінком. Було два типи клінічних ситуацій — на 12 з них давали 3 хвилини підготовки і 8 хвилин іспиту та 2 тривалі клінічні ситуації, на яких відводили 3 хвилини підготовки і 19 хвилин іспиту. За 3 хвилини підготовки лікар мав швидко пройти від станції до станції (кожному видавали індивідуальну спеціальну карту поліклініки з накресленою на ній схемою пересування від станції до станції), сісти за стіл перед входом до кабінету і прочитати ситуаційну задачу-інструкцію, надруковану на аркуші паперу, який був прикріплений на стіні перед входом до кабінету-станції. Загалом іспит тривав 4 години, проте, крім вищезгаданих 14 клінічних станцій, ще було заплановано 4 станції-перерви, коли слід було просто сидіти одинадцять хвилин біля столика з кавою, соками та бутербродами.

Клінічні ситуації могли бути досить різними. В одних вас просто могли попросити зашити рану на манекені чи ввести стероїдний препарат у плечовий суглоб манекена. В інших — проконсультувати хвору, скажімо, з загостренням бронхіальної астми, обстежити щитовидну залозу, дослідити людину з глухотою, зібрати анамнез хвороби в людини з нетриманням сечі, проконсультувати жінку стосовно пероральних контрацептивних препаратів, обговорити з колегою лікування хворого на алкоголізм тощо.

Під час консультації майже завжди були присутні два екзаменатори — один грав роль хворого, інший був екзаменатором, що міг ставити вам запитання чи відповідати на ваші запитання про результати досліджень, якщо за умовами клінічної ситуації ви могли скерувати хворого “на додаткові обстеження”. Клінічні задачі були максимально подібні до справжніх клінічних ситуацій. Від лікаря вимагалось не просто правильно поставити діагноз, але й правильно “вести хворого” та виразити йому своє співчуття. Якщо під час консультації виникали якісь нові побічні клінічні обставини, скажімо, хворий визнавав, що він курить чи зловживає алкоголем, то лікар мав намагатися допомогти хворому позбутися цих шкідливих звичок чи попросити хворого прийти додатково для обговорення цього питання. Бо, як відомо, стрижневим принципом австралійської медицини є **holistic approach** — цілісний підхід до лікування хворої людини. Цей же термін вживають і гомеопати, проте вони у слово **holistic** вкладають ще ширше поняття. Великого значення надається умінню лікаря пояснити хворому зрозумілою йому мовою про його хворобу та лікування, рекомендувати додаткові джерела санітарно-освітньої інформації (включаючи сучасні джерела інформації, як-от відповідні авторитетні сайти в Інтернеті), докладно пояснити хворому план його подальшого лікування (попередивши також про можливу побічну дію ліків) і те, що слід робити в разі важкого загострення хвороби.

Дві тривалі консультаційні ситуації по 19 хвилин вимагали від лікаря не тільки поставити правильний діагноз, а й призначити лікування, відповісти на численні запитання хворого. Перша тривала клінічна задача була про молоду жінку, у якої

раптово заболіла литка. Потрібно було докладно вивчити її анамнез, обстежити її (роль хворої грала молода лікарка зі стрункими ніжками — членкиня Коледжу, одягнена для цього випадку в короткі шорти), а потім скерувати на подальше обстеження. Щойно ви казали, який діагностичний тест ви хочете виконати, як екзаменатор витягала з папки результат цього тесту. Після того, як я встановив, що в цієї „хворої” був гострий тромбоз глибоких литкових вен, мене почали питати про необхідне лікування і подальше обстеження на наявність хвороб системи згортання крові („з’ясувалося”, що в неї була недостатність одного з факторів зсідання крові — фактору Лейдена), потім ми обговорили, як їй надалі запобігати вагітності (бо пероральні контрацептивні засоби їй були протипоказані) і яку терапію слід призначити замість непрямих антикоагулянтів, якщо вона захоче завагітніти.

Друга тривала клінічна задача була про людину, що почала надмірно втомлюватися і мала незначний сухий кашель. Після докладного розпитування та призначення додаткових досліджень у неї „виявили” сухоти. Мені довелося відповідати на численні запитання про лікування сухот і запобігання поширенню інфекції серед родичів „хворої”.

Хотів би підкреслити, що в Австралії під час іспитів екзаменатори ніколи не скажуть, якщо ви помиляєтеся, — вони ласкаво усміхатимуться до вас без будь-яких коментарів, проте ставитимуть вам додаткові запитання, які можуть вам допомогти зрозуміти клінічну ситуацію. Наприклад, після клінічного іспиту я познайомився з лікаркою-„абітурієнткою” з Колумбії і ми обмінялися своїми враженнями про наші клінічні задачі. Одна з них була про 5-місячну дитину, що мала поганий кашель. Моя колумбійська колега просто поставила діагноз гострого вірусного респіраторного (дихального) захворювання і призначила відповідне амбулаторне лікування. Я ж розпитав удавану матір дитини (роль якої грала також одна з лікар-екзаменаторок) і з’ясував, що дитина не була щеплена проти коклюшу (кашлюку) і її батько теж мав такий поганий кашель. Згідно з австралійськими рекомендаціями, таку дитину слід було скерувати на подальше обстеження, лікування та спостереження до лікарні, що я і зробив.

Остання клінічна задача була про лікування антибіотиками інфекції середнього вуха у вагітної хворої (медсестри за фахом). Два тижні раніше їй призначили антибіотик, що міг шкідливо вплинути на внутрішньоутробний розвиток дитини. Вона була дуже незадоволена попереднім лікуванням, і мені слід було відповісти на етичні запитання — який стиль поведінки я мав обрати, пояснюючи можливу помилку моїх колег.

У моєму досить середньому віці складати іспит протягом 4 годин було досить важко. Я не був задоволеним тим, як я відповідав на двох станціях. Мені здалося, що я був просто перезбудженим і просто не розумів деяких запитань екзаменаторів.

Офіційні результати іспитів стали відомими через місяць після складання клінічної частини. Про них можна було прочитати на Інтернетівській сторінці Коледжу родинних лікарів та в одній із центральних австралійських газет (*The Australian*), де були надруковані не імена, а тільки реєстраційні номери успішних лікарів. Кожен лікар отримує свій реєстраційний номер у Коледжі, як тільки він подає документи, щоб отримати дозвіл на складання іспитів для вступу до Коледжу. Тобто, читаючи газету, ви не зможете встановити, хто з ваших колег провалився на іспитах, а хто ні.

Через тиждень після того я отримав листа з Коледжу з привітанням з успішно складеним іспитом. Пригадую, коли в 1986 році я отримав звання кандидата медичних наук, мені прислали з Москви звичайну брудну поштову картку, де сухою офіційною мовою було сказано про затвердження мого наукового звання „Всесо-

юзною атестаційною комісією". В Австралії вітають родинного лікаря інакше. Наведу частину тексту привітання: *"Для мене є великою насолодою привітати Вас з успішним складанням іспитів для вступу до Коледжу. Ви маєте дуже пишатися Вашим досягненням цих стандартів, на що Ви напевно присвятили багато часу. Бажаю Вам усього найкращого і закликаю Вас брати активну участь у діяльності Коледжу. Ще раз вітаю з Вашим успіхом"*.

На окремому аркуші паперу було наведено дуже докладне пояснення моїх результатів іспиту. Результати подаються у процентах правильних відповідей кандидатів в основних частинах іспиту. Мій загальний процент був 72,5%, середній бал кандидатів — 69,9%, прохідний бал — 63,3%. Також були наведені мої результати (чи, як тут кажуть, **performance** — досягнення) з окремих груп захворювань згідно з Міжнародною класифікацією первинної (медичної) опіки (**International Classification of Primary Care**). Наприклад, нервових хвороб, травного каналу, жіночих хвороб, шкірних хвороб тощо.

Було також проаналізовано мої результати в різних ділянках лікарської роботи (діагностика хвороб, етичні та медико-юридичні питання, мистецтво спілкуватися та налагоджувати стосунки з хворим, опитування та обстеження хворого, вміння призначити необхідні додаткові дослідження, тактика лікування хворого, медичні знання, вміння вирішувати окремі медичні проблеми тощо).

Загалом з першого разу вступний іспит до Коледжу успішно складають близько 70–78% лікарів. Найгірші результати — у лікарів, що здобули освіту за межами Австралії (стверджують, що в них шанс скласти іспити з першого разу — 50%).

Екзамен дозволяють перескладати два рази; якщо лікарю не вдається пройти цей іспит за три рази, то рішення про можливість четвертої спроби вирішується індивідуально.

Після успішного складання іспитів керівництво Коледжу офіційно затверджує членство лікаря в Коледжі (**Fellow of Royal Australian College of General Practitioners**), і лікар має надіслати свої папери до Комісії зі страхування здоров'я (**Health Insurance Commission**), яка прийматиме рішення про зарахування родинного лікаря до Професійного реєстру (**Vocational Register of General Practitioners**).

Проте на цьому навчання родинного лікаря не закінчується, бо він повинен постійно брати участь у різних формах післядипломного навчання і набирати відповідну кількість балів кожні три роки, щоб не втратити своє членство у Коледжі (про це буде докладно написано далі).

Посвідчення про членство лікаря в Коледжі родинних лікарів урочисто вручається під час щорічного з'їзду Коледжу, проте якщо лікар не зможе взяти участь у роботі з'їзду, то це посвідчення йому вишлють поштою. Як і інші документи, його можна повісити в рамочці на стіні лікарського кабінету або вдома і з гордістю вказувати на нього своїй дружині, щоб не забувала, який ви в неї розумний.

Доктор Павло Ангелуца,  
кандидат медичних наук,  
член Королівського коледжу родинних лікарів Австралії,  
секретар Українського Лікарського Товариства в Австралії.  
*Місто Брізбен, Австралія*