К вопросу о совершенствовании клинической практики

Категория: Системы менеджмента качества (СМК)
Опубликовано: Пятница, 20 сентября 2024, 09:26
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 2449

В основе процесса совершенствования клинической практики, как справедливо считается, находится… нет, никакой не «бенчмаркинг», а обмен опытом между специалистами здравоохранения. В данном контексте его следует понимать, как многогранное явление, включающее в себя не столько непосредственную передачу или заимствование знаний и опыта, сколько культуру профессионального общения и взаимного информационного обогащения, благоприятствующую всеобщему профессиональному росту.

Медицинская культурная среда впитывает и обобщает достижения медицинской науки и результаты практической деятельности в сфере здравоохранения и вырабатывает идеи по улучшению качества медицинской помощи. Она помогает каждому специалисту включиться в полезный обмен клинически значимой информацией и способствует продуктивному осмыслению коллективного опыта. По большому счёту, только в такой среде могут полноценно формироваться профессионалы своего дела: специалисты-практики, научные и педагогические кадры, организаторы здравоохранения.

Верно и обратное: вне культуры профессионального общения профессионализм фрагментируется, распадается и в итоге утрачивается. Культура определяет будущее, что верно и для людей, и для общества в целом, и для отдельных сфер, включая нашу. В сегодняшнем общении медиков между собой различим образ завтрашнего здравоохранения.

Однако профессиональная среда – субстанция тонкая, она чрезвычайно чувствительна к переменам. Нескончаемая череда реформ на пути в рынок, движение по которому идёт под флагами индивидуализма, стяжательства и личного успеха, мало что сохранила от отраслевой культуры, оставленной нам в наследство советским здравоохранением.

Новая же культура ещё не сформировалась. Не успела – 30 лет не срок. Да и неясно пока, в какую сторону должно идти её формирование, ведь будущая модель здравоохранения скрыта во мраке вместе с моделью общественного устройства. Хуже того, всё ускоряющаяся чехарда вызовов современности не оставляет места серьёзному анализу и прогнозу. По сути, приходится наблюдать стихийный процесс, образованный немедленными реакциями и разнонаправленными усилиями разных людей и структур, влияние которых может определяться чем угодно, независимо от наличия или отсутствия глубоких профессиональных знаний.

Многие опытные специалисты испытывают в этой связи чувства разобщённости, отверженности и беспокойства от собственного бессилия что-либо изменить в лучшую сторону. ***Система здравоохранения воспринимается практикующими специалистами исключительно внешней репрессивной машиной, использующей и контролирующей их труд, но не заинтересованной в их интеллектуальном вкладе в общее дело.***

Phoca PDF

Сложившуюся кадровую ситуацию в здравоохранении, увы, нельзя назвать благополучной. Советской школы больше нет, заслуженные представители старших поколений постепенно выбывают, а молодые специалисты не особо стремятся их заместить. Им сложно состояться в профессии, поскольку их становление происходит вне прежней отечественной культурной среды, почившей к концу нулевых. Получение должных представлений о содержании врачебного труда сегодня – занятие целиком личное, а потому трудное и небезопасное.

В практическое здравоохранение приходит лишь малая часть выпускников, да и те часто ненадолго. Они сталкиваются с реалиями работы в зарегулированной донельзя клинической медицине, зажатой в тисках надзора и воинствующего потребительства[1]. Здесь на них немедленно сваливается колоссальная ответственность, к которой они, вчерашние потребители образовательных услуг, не готовы. И они бегут в более спокойные, безопасные и сытные места. Их можно понять – общество от всех и каждого настойчиво требует успешного успеха.

Здравоохранение испытывает затяжной кадровый голод. Большинство специалистов отрасли вынуждено систематически брать на себя дополнительную нагрузку и совмещать работу по нескольким специальностям и в разных клиниках. Работа на износ приводит к ошибкам и профессиональному выгоранию.

Постоянные перегрузки не способствуют активному освоению специалистами новых знаний, которых в медицине с каждым днём становится всё больше – на это не остаётся ни сил, ни времени. Некогда отлаженная система регулярного повышения квалификации медицинских работников в живом образовательном процессе выродилась в систему т.н. «непрерывного профессионального образования» («НМО»), исполненную проблем и балансирующую на грани профанации[2].

Для того, чтобы специалисты были способны быстро усваивать обилие современных знаний, они нуждаются в определённом уровне общей естественнонаучной и базовой профессиональной подготовки. Однако и тот, и другой, за счёт формализации, т.н. «технологизации» и коммерциализации образовательного процесса, заметно просели относительно советского времени.

Врачебная работа состоит во многом в принятии клинически значимых решений в условиях неопределённости, что задаёт необходимость наличия у практикующих специалистов глубоких знаний, а также навыков и их поддержания в актуальном состоянии и регулярного применения. В настоящее время идёт процесс постепенного замещения повседневной потребности в них «готовыми» технологическими решениями и навыками их применения согласно обязательным перечням, предусмотренным для той или иной типовой клинической ситуации (к определённой «модели пациента» и

Phoca PDF

т.п.).

Такие заранее принятые по нозологическому принципу решения утверждаются приказами «регулятора» в виде критериев оценки качества медицинской помощи, порядков оказания и стандартов медицинской помощи и иных отраслевых регламентирующих документов. Помимо того, «критерии оценки качества медицинской помощи» и алгоритмы принятия шаблонных решений ныне погружаются и в клинические рекомендации, что обусловлено своеобразным пониманием существа этих документов «регулятором».

Также клинические рекомендации определяют содержание регламентирующих документов локального уровня, в т.ч., т.н. «протоколов лечения». Все указанные нормативные правовые акты по закону должны соответствовать актуальным клиническим рекомендациям[3]. Однако систематической работы в этом отношении мы не наблюдаем[4].

Вышеназванные документы допускают некоторую свободу диагностического поиска, ведения больного и принятия клинически значимых решений – конечно, при условии соблюдения определённых формальных процедур. И это правильно.

В то же время, финансирование выполнения предопределённых такими документами клинических решений по тому же нозологическому принципу закладывается в программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи бесплатно в системе ОМС. Их невыполнение расценивается в качестве нарушения прав застрахованных и приводит к многочисленным разбирательствам и спорам. А чаще всего, в силу формализации и деградации экспертизы – напрямую к финансовым санкциям в отношении медицинских организаций[5]. На врачей, в этой связи, оказывается постоянное давление.

Во всём мире клинические рекомендации разрабатываются профессионалами на основе достижений современной медицинской науки и обобщённого практического опыта. Именно широкое участие специалистов в регистрации, сборе, обобщении и профессиональном обсуждении клинически значимой информации, а также в выработке и регулярном обновлении клинических рекомендаций превращает их в ценнейший источник современных медицинских знаний для практикующих врачей.

В нашей стране клинические рекомендации, хотя и вырабатываются профессиональными ассоциациями, однако на своём пути обязательно и не по разу проходят через игольное ушко Минздрава и его подведомственных структур. Так, номенклатуру подлежащих разработке и пересмотру клинических рекомендаций устанавливает Минздрав России. Проекты клинических рекомендаций пристально рассматриваются Центром экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России. Утверждаются клинические рекомендации Научным советом при Минздраве России.

Phoca PDF

Утверждённые документы публикуются в специальном Рубрикаторе, входящим в пул Интернет-ресурсов Минздрава России[6]. Ведомство, таким образом, планирует и целиком контролирует эту работу.

В нормоконтроле, как таковом, ничего плохого нет. Напротив, единообразные по своей структуре и принципам составления, тщательно выверенные опытной рукой относительно требований законодательства и возможностей финансового обеспечения клинические рекомендации можно лишь приветствовать. Они заметно выигрывают по сравнению со своими недавними предшественниками. Проблема в том, что широкого участия специалистов здравоохранения в этой работе не предполагается.

С другой стороны, и желающих у нас, в силу традиции, не так много, а спорить с «регулятором» и вовсе нет. Да и нет у нас развитой организационной структуры для подобной самореализации. Её формирование затянулось, чему есть множество культурно-исторических, социальных и личностных причин, среди которых постоянный контрольно-надзорный прессинг медицинской деятельности и медицинских работников играет не последнюю роль.

Институционально клинические рекомендации в российском здравоохранении пока – лишь потенция. Их влияние на качество медицинской помощи в большей степени обусловлено жёстким контролем исполнения и всевозможной ответственностью за «нарушения», нежели осознанной приверженностью практикующих специалистов[4,7]. Ситуация в этом отношении меняется очень медленно и с большим риском окончательно скатиться в примитивный формализм. В таком случае, врач будет ответственен как за доскональное исполнение спущенных сверху безличных предписаний, так и за результат их применения к конкретному пациенту.

Многие коллеги в этом месте заметят, что дела и сейчас обстоят именно таким образом. Смею вас уверить, громкие «медицинские дела» настоящего – лишь наброски одного из возможных сценариев. Да, их число демонстрирует пугающий рост, однако пока ключевым этапом в каждом из них остаётся экспертный. То же касается применения ценных указаний в клинической работе: обоснованный отход от них затруднён, но ещё возможен. Надолго ли?

Регистрация, сбор, анализ и обсуждение клинически значимой информации в отечественном здравоохранении осуществлялись, в основном, по линии экспертизы и контроля качества медицинской помощи. Наличие экспертного квалификационного уровня, если он, конечно, действительно экспертный, указывает на состоятельность отрасли.

Экспертиза – всегда сложно. Где-то нужно найти достаточное количество профессионалов (а они все при деле) и дополнительно их подготовить в качестве экспертов, разработать методологию[8], установить чёткие

Phoca PDF

правила, очень тонко настроить права и обязанности и сделать ещё много важных вещей, поскольку результаты экспертизы имеют юридические последствия.

В здравоохранении проблема усугубляется тем, что всё это нужно проделать для каждого профиля, коих в медицине немало, а часто ещё и искать мультидисциплинарные решения. Всё это трудно и не дёшево. К тому же, главное условие качества экспертизы, независимость эксперта, всегда находится под угрозой, и оградить её – задача нетривиальная.

Результаты экспертизы являются объективной основой управления качеством медицинской помощи и совершенствования клинической практики[9]. Правда, лишь там, где такой подход практикуется и технологически отработан. По сути, это означает, что аналитический разбор случаев оказания медицинской помощи производится локально, в узком кругу причастных. Где, как правило, и остаётся, не приводя к системным улучшениям.

Такая изоляция случаев (или, на западный манер, «кейсов») вносит свой вклад в деградацию экспертизы, наряду с её уплощением, формализацией и «токсичностью» – использованием её результатов преимущественно в репрессивных целях. Всё это настораживает, ведь без экспертизы нет совершенствования клинической практики – пусть и локального. Оно, всё же, лучше никакого.

Западная альтернатива нашей экспертизе, проводимой в целях управления качеством медицинской помощи, институт клинического аудита, у нас фактически отсутствует. И вряд ли состоится в обозримом будущем, поскольку любое разбирательство по поводу качества медицинской помощи немедленно перетекает в юридическую плоскость, где центральным вопросом выступает вина, а не улучшения.

Надежды на упомянутый в самом начале статьи «бенчмаркинг» в этом отношении несостоятельны по той простой причине, что он, при всех его достоинствах, является инструментом менеджмента качества. То есть, относится к производственной, а не клинической профессиональной области. Они в равной мере важны, и нужно понимать, что работающие решения в одной области не отменяют необходимости поиска решений для другой[10].

Многие, включая высокопоставленных чиновников, делают теперь ставку на тотальную «цифровизацию» экономики и отрасли здравоохранения в частности. Можно согласиться с тем, что накопление первичных структурированных медицинских данных открывает невиданные доселе возможности для анализа. В громадных массивах данных можно выявлять скрытые взаимосвязи между явлениями и на этой основе вносить коррективы в клинические рекомендации, тем самым совершенствуя

Phoca PDF

клиническую практику. Всё так. Однако цифровой модели здравоохранения в отношении клинической практики присущи два существенных ограничения.

Во-первых, накопление структурированных данных начинается с организации системы их строго регламентированного сбора, включая чётко заданную структуру первичных электронных медицинских документов (ЭМД). Это означает, что данные, не предусмотренные формами ЭМД, в систему просто не попадают, вне зависимости от своей клинической значимости[11].

Более того, ситуация в этом отношении в перспективе будет становиться только хуже, поскольку опытные врачи, которые активно ищут способы отразить такие данные в ЭМД, постепенно выбывают из практики по естественным (и не только) причинам. Молодых же специалистов ЭМД будут полностью устраивать, т.к. взаимодействие с интерфейсами медицинских информационных систем будет определять их профессиональный опыт.

Во-вторых, здесь нет места экспертным результатам. В системе аккумулируются обезличенные медицинские сведения, что связано с необходимостью обеспечения защиты персональных данных и соблюдения врачебной тайны. Однако самая важная для управления качеством медицинской помощи информация содержится в результатах экспертиз, которые в систему обезличенных первичных данных просто не попадают – не предусмотрены. А если и попадут, то вне связи с первичными данными ценность их будет ничтожной. Значит, к цифровым системам потребуются ещё сверхсложные аналитические надстройки экспертного уровня, что может завести в тупик саму «цифровизацию» здравоохранения.

Таким образом, надежды на «цифровую трансформацию» здравоохранения в плане формирования основы для совершенствования клинической практики следует признать оправданными лишь условно. Полноценно заменить отмирающие отечественные экспертно-аналитические институты они не в состоянии. Как и компенсировать отсутствующие западные.

Экспертиза вырождается через формализацию и использование её результатов преимущественно в репрессивных целях. Но и альтернативы ей пока нет. И в ближайшее время не будет, как следует из представленных здесь наблюдений. Многие коллеги в этом месте вздохнули с облегчением. Однако, напрасно. Нет ничего хорошего в том, что клиническая практика лишилась плодородной, окультуренной многими поколениями врачей почвы для совершенствования. На выветренных комьях ветвятся и цветут колючие судебно-следственные суррогаты. Плоды их вряд ли придутся кому-то по вкусу.

Использованные материалы:

1. Таевский А.Б. «Потребительский крест медицины». –

Phoca PDF

ЗдравЭкспертРесурс, 187.
2. Таевский А.Б. «Непрерывное медицинское образование: проблемы для специалистов и вызовы для системы здравоохранения». – ЗдравЭкспертРесурс, 184.
3. Федеральный закон от 25 декабря 2018 года № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" и Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" по вопросам клинических рекомендаций».
4. Таевский А.Б. «Камень обязательного преткновения. Вновь о клинических рекомендациях». – ЗдравЭкспертРесурс, 189.
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (Зарегистрировано в Минюсте России 13.05.2021 N 63410).
6. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.
7. Таевский А.Б. «Камень обязательного преткновения. Качество по рекомендациям». – ЗдравЭкспертРесурс, 191.
8. Методика экспертизы качества медицинской помощи: учеб. пособие / Б.В. Таевский, А.Б. Таевский, Е.Г. Князев. – Иркутск: РИО ИГМАПО, 2018. – 108 с.
9. Серёгина И.Ф., Князев Е.Г., Малаев М.Г., Таевский Б.В., Таевский А.Б. Экспертиза качества медицинской помощи в современных условиях: проблемы и решения// Вестник Росздравнадзора. – 2016. – №1. – С.14-20.
10. Таевский А.Б. «Качество медицинской помощи – всё? Часть вторая. Институциональная». – Здрав.Биз, 324.
11. Таевский А.Б. «Управление качеством в системе врач-пациент. Часть IV. Верхом на резвом виртуальном ишаке». – Здрав.Биз, 307.

Для цитирования:

Таевский А.Б. К вопросу о совершенствовании клинической практики. – ЗдравЭкспертРесурс, 198. https://www.zdrav.org/index.php/sistemy-menedjmenta-med-kachestva/198-uluchshenie-klinicheskoj-praktiki.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF