Переход к работе по клиническим рекомендациям: ждать, надеяться и верить?

Категория: Актуальная информация
Опубликовано: Понедельник, 26 февраля 2024, 12:46
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 9344

Медицинская деятельность – занятие небезопасное во всех смыслах и всех отношениях. Любой процесс, любая процедура, любое действие, и бездействие несут в себе неустранимый риск неблагоприятных событий с негативными последствиями разного рода для всех причастных – иногда тяжёлыми. Предугадать, предвосхитить и, тем более, предупредить их удаётся далеко не всегда. Именно поэтому в последние годы всё больше внимания в системе здравоохранения уделяется обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности.

Наибольшую концентрацию опасностей несёт в себе основной «производственный» процесс медицинской деятельности – процесс оказания медицинской помощи. А в нём выделяется лечебно-диагностический процесс, имеющий вероятностную природу. Здесь главный источник негативных последствий заключается в неверных врачебных решениях. Врачебные ошибки имеют одно фундаментальное отличие от любых других медицинских инцидентов. Оно состоит в том, что мы в принципе не можем знать, какое решение будет клинически верным для данного пациента в его актуальной клинической ситуации. Мы можем лишь искать его, опираясь на свои знания и практический опыт, и, найдя, предполагать его правильность с той или иной долей уверенности – сиречь, с какой-то вероятностью. И хорошо, если в нашем распоряжении при этом будут достаточно надёжные источники информации, позволяющей собирать нужные сведения и интерпретировать их корректно с позиций современной медицинской науки. Т.е., клинические рекомендации (далее – КР).

Переходить к работе по КР необходимо, прежде всего, самим практикующим специалистам – для того, чтобы радикально снизить риск врачебных ошибок. Тем самым, защитив от их негативных последствий пациента, его семью, себя и медицинскую организацию. А в тех случаях, когда врачебная ошибка произошла по неустановленным или неуправляемым причинам, следование КР помогает врачу сохранить своё доброе имя (а часто – профессию, финансовое благополучие и свободу), а также внести свой вклад в медицинскую науку в виде грамотного описания и анализа случая. Последнее способствует формированию института клинического аудита, которого сильно не хватает отечественному здравоохранению.

Процесс перехода к работе по КР идёт, однако, настолько медленно, что о его завершении в обозримом будущем говорить не приходится. Спотыкач стартовал с самого первого шага. То, что «обязательным» КР быть, все уже поняли, а вот что под этим понимать – нет. Прошло пять(!) лет, а мы до сих пор точно не знаем, что именно «отраслевой регулятор» имеет в виду. Пока в ходу 5 основных вариантов «обязательности» этих документов:

1. При непосредственном оказании МП пациентам в качестве достоверной, отражающей консенсус специалистов по различным клиническим вопросам, основы для принятия врачебных решений –

Phoca PDF

т.е., так, как в Законе написано и понятно врачам, но только врачам;
2. В целях организации оказания МП населению в качестве формализованной научной основы для создания номенклатурных отраслевых документов, подлежащих исполнению в предусмотренных случаях – того, что тоже в Законе написано и понятно организаторам здравоохранения;
3. Детально контролируемое исполнение однозначных постулатов установленного перечня, как то понимают многие «потребители медицинских услуг» и более всего желают многочисленные посредники в околомедицинских разбирательствах;
4. Компромисс профессионального врачебного и обывательско-посреднического подходов, реализуемый путём грубого вмешательства в содержание КР с рождением клинико-номенклатурных химер – документов, состоящих из однозначно исполняемой и профессионально интерпретируемой частей;
5. То же, только протоколы лечения выносятся из КР на локальный уровень, а их разработка в соответствии с КР, обеспечение, выполнение и первичный детальный контроль исполнения вменяются в обязанность медицинским организациям.

С первыми двумя вариантами никаких проблем нет, кроме общей инертности системы, попустительства некоторых руководителей и сопротивления части практикующих специалистов – преимущественно пассивного. Отрасль в целом не может быстро совершить переход к работе по КР, а внешнее давление растёт.

Невнятная позиция «регулятора» способствует тому, что процесс скатывается в третий вариант, для врачей неприемлемый. Четвёртый и пятый варианты свидетельствуют о попытках выдернуть процесс из колеи третьего варианта, сделать его и его плоды – извращённые КР, хоть как-то понятными специалистам. Конечно, надеяться на это глупо, ведь принуждение к исполнению требований не прибавляет им разумности. Требование сделать из КР исполняемые документы целиком или частично с профессиональной точки зрения, безусловно, свидетельствует об отсутствии понимания сути врачебного дела.

Совокупный посредник в «медицинских делах» стремится сделать из КР «инструмент оценки действий врача» – как будто, в интересах «потребителей медицинских услуг», но больше, надо полагать, в собственных. На выходе – имитация справедливого разбирательства и искалеченные судьбы врачей.

Явно ложный путь. Не перестаю повторять, что КР – это документы, разрабатываемые профессионалами для профессионалов. Их широкое применение в практике – вопрос осознанной приверженности практикующих специалистов и отраслевой культуры качества, а не измерения «качества»

Phoca PDF

Категория: Актуальная информация
Опубликовано: Понедельник, 26 февраля 2024, 12:46
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 9344

врачебной работы какими-либо чек-листами вроде «критериев оценки качества» с наказаниями за «нарушения». Хватит уже запугивать врачей, скоро работать будет некому.

И пора бы уже Минздраву сказать своё слово. Страсти вокруг КР часто обосновываются необходимостью системного улучшения качества медицинской помощи. Все рассуждения о качестве медицинской помощи, однако, должны принимать во внимание вариабельность лечебно-диагностического процесса и не могут игнорировать тот факт, что риск врачебных ошибок неустраним. Тем более, путём подмены клинической работы формальными инструкциями. Как, всё-таки, видит Минздрав «обязательность» КР? Хватит ли ему смелости настоять на профессиональном понимании этого вопроса?

Из-за растущего грубого внешнего воздействия, не встречающего должного противодействия, ситуация лишь усугубляется. Следует ожидать рост сопротивления не только практикующих специалистов и руководителей медицинских организаций, но и профессиональных медицинских ассоциаций, организаций высшего медицинского дополнительного профессионального образования, и т.д.

В то же время, многие объективные и субъективные факторы, препятствующие движению к цели, вполне устранимы. При ясном целеполагании, грамотном моделировании, тщательном планировании и должном усердии заинтересованных лиц и структур, вероятно, можно было бы достичь более заметного прогресса. И это действительно можно сделать, но только если принять во внимание совокупность обстоятельств, определяющих перспективы, во всей их полноте и глубине.

Пониманию сути связанных с переходом к работе по КР проблем и преодолению трудностей переходного периода, по мнению автора, должен помочь материал свежей серии публикаций «Камень обязательного преткновения»:

«Вновь о клинических рекомендациях»;

«Положенное против показанного»;

«Качество по рекомендациям».

Всё же, я надеюсь, что профессиональный подход и здравомыслие возобладают, и КР станут тем, чем они должны быть, и использоваться будут согласно своему предназначению.

Что они будут применяться врачами в работе при планировании лечебно-диагностического процесса, выработки врачебных решений, оценки целесообразности медицинских вмешательств и лекарственных назначений с

Phoca PDF

учётом доказательной базы их результативности, выбора и обоснования схем терапии, донесения клинически важной информации до пациента и его близких.

Что они будут использоваться врачами-экспертами при проведении экспертизы качества медицинской помощи, результаты которой будут нужны не для поиска и наказания «виновных», а для совершенствования медицинской помощи, включая формирование института клинического аудита и управление качеством на основе надёжных данных.

И что они будут применяться организаторами здравоохранения в целях ресурсного обеспечения лечебно-диагностического процесса, укрепления лечебной сети и ресурсов здравоохранения, улучшения качества медицинской помощи населению.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF