О роли врача в управлении качеством медицинской помощи

Категория: Управление качеством медицинской помощи
Опубликовано: Вторник, 05 июля 2016, 14:31
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 5163

Управление процессами, наряду с управлением ресурсами и технологиями, имеет важнейшее значение в обеспечении качества медицинской помощи. Чем реже процесс оказания медицинской помощи выходит за пределы допустимых отклонений и чем быстрее возвращается в оптимальное русло, тем меньше допускается дефектов качества медицинской помощи, тем ниже их «класс тяжести» и тем ниже риск негативных последствий, как для пациента, так и медицинской организации и её сотрудников. Лечащего врача, прежде всего. При том, что современный российский врач фактически отстранён от управления процессом оказания медицинской помощи, а значит, и от управления собственной судьбой. В чём это выражается и как случилось? К чему ведёт и как исправить? На эти вопросы мы попытаемся ответить в настоящей работе.

Статист или солист?

Исторически сложилось так, что непосредственное управление лечебно-диагностическим процессом, основным в процессе оказания медицинской помощи конкретному пациенту, осуществляет лечащий врач, и именно в его руках находятся возможности для раннего выявления и своевременной коррекции отклонений. Он получает основную клиническую информацию напрямую от больного и прежде других участников процесса оказания медицинской помощи, и должен иметь достаточные полномочия для принятия самостоятельных решений по ведению больного на основе этой информации, в т.ч. при необходимости коррекции лечебно-диагностического процесса. В случае затруднений, врач должен иметь возможность оперативно воспользоваться помощью более опытных коллег и руководства.

В реализации и даже в восприятии истинного смысла самоконтроля врача (см. работу «О самоконтроле врача в системе контроля качества») врачу (как, впрочем, и его руководителям) очень мешают некоторые вещи. Прежде всего (помимо перегрузки и прочих традиционных «прелестей» системы), это «надзорный крен» в нормативной базе с упором на правила, нормы, порядки, стандарты и прочие требования, которые задают условия, этапы оказания и минимальное обязательное содержание медицинской помощи, но ничего не говорят о самом пациенте. Ориентиры оптимального лечебно-диагностического процесса, границы допустимых отклонений и индикаторы угрожающей близости к ним могли бы (и, по нашему мнению, должны) описываться в клинических рекомендациях, но пока этот вопрос остаётся нерешённым.

В клинической ситуации, требующей принятия решения о коррекции лечебно-диагностического процесса, врач, с одной стороны, не имеет профессиональных научно и практически обоснованных ориентиров, описанных в документах, имеющих достаточную юридическую силу для опоры на них в случае разбирательства, а с другой – плотно «обложен» всевозможными безличными правилами и требованиями, в изобилии производимыми чиновниками и другими влиятельными деятелями, зачастую

Phoca PDF

далёкими от медицины, исполнять которые он обязан под страхом наказания. Такое положение вынуждает врача принимать формальные решения в уникальных клинических ситуациях – то есть, действовать в интересах системы, а не больного. Положение это возникло давно и с течением времени лишь усугубляется, закрепляясь в профессиональной культуре.

С другой стороны, врачу не меньше, чем всей системе, мешает «дефективный крен» в контроле качества и в управлении в целом (см. работу «Презумпция дефективности»). К дефектам качества медицинской помощи, преимущественно, приводят отклонения её основного процесса, лечебно-диагностического, от оптимального хода для данного пациента, а не выдуманного «идеала», предписанного какими бы то ни было безличными документами. Соответственно, необходимая и обоснованная (в т.ч. и в медицинской документации пациента!) коррекция лечебно-диагностического процесса не должна рассматриваться в качестве отклонения, а, напротив, жёсткое следование неким умозрительным правилам, имеющее негативные последствия для данного пациента, должно.

Следует отличать истинные дефекты качества медицинской помощи от ложных, но колоссальная отраслевая контрольная машина со всеми её формами, видами, основаниями, полномочиями, методами и пр.пр. для этого не приспособлена. В масштабах страны, десятки тысяч высококлассных специалистов заняты выискиванием т.н. «дефектов» в работе своих коллег, медленно ,но верно превращаясь из наставников в надзирателей. К надзирателям не обращаются за советом, у них не просят помощи, не говорят им правды. Их боятся и им угождают, от них тщательно скрывают всё, что может вызвать негативную реакцию, даже когда от полноты переданных более опытным коллегам (кем они, т.н.м., остаются) сведений зависит жизнь, здоровье и благополучие другого человека – пациента.

Современный российский врач – это не только перегруженный не всегда понятными обязанностями низкооплачиваемый работник потерявшей престиж отрасли, но априори виновный исполнитель, боящийся обратиться за помощью, когда это необходимо в интересах больного. Избегающий обращаться, несмотря на таковую обязанность. Неудивительно, что кадровый состав здравоохранения не только тает, но и теряет в качестве, в профессиональном уровне специалистов, не восполняя естественных и избыточных вынужденных потерь должным образом. Неверные основания и акценты контроля усугубляют кадровые проблемы. Каким бы толковым специалист ни был, после назначения «надзирателем» над коллегами у него актуализируются не самые приятные личностные качества, и специальные исследования это убедительно показали («Стэндфордский тюремный эксперимент», эксперименты Милгрэма и др.). Коллегам ситуация максимальной ответственности и тотального контроля в отсутствие реальной помощи быстро становится невыносимой, и им

Phoca PDF

остаётся лишь одно – искать из неё выход, и многие его находят, уходя из медицины или покидая страну.

Чем глубже регламентируется медицинская деятельность и сама её суть – оказание медицинской помощи, тем больше полномочий по принятию решений изымается у врача в пользу системы, т.к. каждое требование представляет собой уже принятое решение, обязательное к исполнению. Соответственно, чем больше устанавливается требований, тем острее нужда в «надзирателях» и тем интенсивней должен становиться их труд. К пациенту и его проблемам это не имеет прямого отношения, поскольку не учитывает многочисленные возможные особенности его клинической ситуации, не исключив которых стандартные решения применять нельзя (если мы хотим принести пациенту пользу, конечно). Попытки «загнать» все возможные особенности клиники в варианты стандартных ситуаций с готовыми решениями-предписаниями, исполнение которых можно контролировать и на основе оценки исполнения которых можно судить о качестве медицинской помощи, утопичны и вредны.

Да, качество медицинской помощи зависит от соблюдения большого числа условий, многие из которых должны быть выражены в виде сформулированных требований, но врачу необходимо вернуть его главную роль в управлении лечебно-диагностическим процессом, а его более опытному коллеге – роль наставника. Первым шагом на этом пути может быть восстановление приоритета клинической значимости в оценке качества медицинской помощи. Сейчас под флагом контроля качества оценивается всё, что угодно – исполнение установленных требований, ведение документации, исполнение условий договоров в системе ОМС, клиентский сервис, сопровождающий оказание медицинской помощи и т.д., и т.п., но только не качество медицинской помощи, оказанной конкретному пациенту в его уникальной и постоянно меняющейся клинической ситуации.

Кроме контроля исполнения установленных требований (в идеале, минимальных числом и конкретных), оцениваться должны решения лечащего врача и других специалистов с позиций оптимального для данного пациента хода лечебно-диагностического процесса с учётом промежуточных и итоговых результатов лечения – насколько принятые решения были обоснованными, верными, своевременными, результативными? В отличие от эксперта-надзирателя, пытающегося обнаружить нарушения требований и негативные результаты лечения и установить связь между ними в качестве доказательства «вины» врача, эксперт-наставник выявляет и оценивает отклонения с позиций их клинической значимости и помогает врачу предотвращать их превращение в истинные дефекты качества с негативными последствиями для пациента, врача и других участников процесса оказания медицинской помощи, а также предполагает вероятные причины допущенных отклонений. Стремление к своевременной коррекции отклонений и устранению их причин способствует передаче бесценного клинического

Phoca PDF

опыта от старших к молодым коллегам.

Вне зависимости от понимания этого вопроса, в т.ч. лицами, принимающими решения на государственном уровне, врач осуществляет непосредственное управление процессом оказания медицинской помощи конкретному пациенту и играет главную роль в управлении качеством медицинской помощи. Это данность, непонимание которой ведёт лишь к тому, что контроля становится всё больше, а самого качества медицинской помощи – всё меньше. Бестолковая пьеса с солистом в статистах и суфлёром в главной роли.

Управление качеством медицинской помощи по отклонениям (см. статью «Управление качеством медицинской помощи по отклонениям») выгодно отличается от доминирующих сейчас на государственном уровне «надзорно-дефективного», «штрафного» и «потребительского» управления (точнее, игр в управление) качеством именно тем, что позволяет не декларативно, а реально вернуть пациента и его клиническую ситуацию в фокус внимания как врача, так и всей системы охраны здоровья граждан. Необходимость в этом давно назрела.

Базовый пакет технологий экспертизы качества и управления качеством медицинской помощи по отклонениям

Всегда ваши, команда Здрав.Биз и Андрей Таевский.

Phoca PDF