

Предисловие к серии публикаций

В предыдущем номере журнала представлены наши краткие комментарии к тексту Ереванской декларации о последовательном продвижении принципов доказательной медицины. Каждый из авторов этой декларации принял определенные обязательства «последовательно продвигать» принципы доказательной медицины (ДМ) в медицинском сообществе. Для этого необходима кропотливая аналитическая работа и хорошая информационная площадка для публичной дискуссии. Редакция журнала предложила нам опубликовать серию работ, в которой будут раскрыты основные положения Ереванской декларации. О принципах ДМ написано уже слишком много, и вся эта информация, чаще всего, воспринимается как некая абстракция, которая никак не связана с реалиями клинической практики и медицинской науки. Это связано как с отсутствием специальных программ обучения принципам ДМ, так и с отсутствием реальных реформ в медицине. Поэтому мы постараемся воздержаться от пережевывания уже известных истин о том, что такое ДМ.

Основной целью планируемой серии публикаций является попытка связать происходящие во всем мире тенденции перевода медицинской практики на строгую научную основу с такими фундаментальными категориями, как: компетентность врача и ученого, институты доказательной медицины в современном экономически развитом государстве, медицинское образование и подготовка молодых ученых, принципы принятия клинического решения и ДМ, роль медицинского университета и современных информационных технологий в продвижении принципов ДМ, причины существования некомпетентности, обмана и конфликтов интересов в медицине и др. Многие из перечисленных категорий не входят в круг понятий или сферы интересов отечественных врачей и медицинских исследователей. В других случаях в нашем медицинском сообществе некоторые из перечисленных категорий трактуются иначе, чем в международном медицинском информационном пространстве. Ограничение круга понятий и смещение смыслов в области важнейших категорий современной медицины и клинической науки является главным препятствием на пути качественных медицинских реформ.

Воробьев Константин Петрович,
доктор медицинских наук,
Луганский государственный медицинский университет

Доказательная медицина и компетентность врача

К.П. Воробьев

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет»

Это первая публикация из серии работ, в которых будет дана расширенная интерпретация основных положений Ереванской декларации о последовательном продвижении принципов доказательной медицины. Цель. Определить взаимосвязь наличия специальных знаний в области клинической эпидемиологии с уровнем компетентности врача (КВ). Результат. На основании анализа литературы определены основные критерии, по данным которых производится оценка КВ. В основе КВ лежит уровень профессиональных знаний и навыков, которые проецируются в клиническую практику через нравственные характеристики личности врача, с учетом соблюдения этических и законодательных предписаний, при наличии качественных коммуникативных навыков. К профессиональным знаниям и навыкам относятся также специальные знания клинической эпидемиологии и биостатистики, которые позволяют врачу воспринимать качественную клиническую информацию по результатам отчетов о клинических исследованиях. Эти знания и навыки являются одной из важнейших квалификационных характеристик современного врача и необходимым инструментом постоянного последипломного самообучения. Заключение. Украинский врач не имеет специальных знаний, которые позволяют правильно оценивать результаты клинических исследований. Для поднятия уровня компетентности украинских врачей необходима государственная программа систематизированного обучения основам доказательной медицины на до- и последипломном этапах обучения.

Ключевые слова: компетентность врача, доказательная медицина.

«Согласно современной модели принятия клинического решения, компетентность врача определяется не только знанием механизмов заболеваний и клиническим опытом, но также умением оценивать и использовать в практике научную информацию, публикуемую в рецензируемых медицинских изданиях. Последнее невозможно без знаний основ клинической эпидемиологии, в отсутствии которых врач оказывается отрезанным от качественных информационных потоков, которые должны составлять основу его профессиональных знаний».

ЕРЕВАНСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ о последовательном продвижении принципов доказательной медицины

Введение

Врач является основным действующим лицом медицинской практики, поэтому проведение анализа ожидаемых качеств врача всегда являлось актуальной задачей с целью совершенствования кодекса медицинской деятельности. Понятие «ожидаемые качества» является ключевой категорией в данной работе, поскольку в истории человечества и в культуре разных народов эти качества менялись и остаются различными. Ожидания существуют у всех участ-

ников медицинской деятельности: государства, пациентов, врачей, производителей медицинских средств и услуг. Эти ожидания можно разделить на реальные и идеальные, к которым общество стремится с учетом конкретных социокультурных приоритетов. Поэтому гармоничная модель здравоохранения не может возникнуть без широкого обсуждения ожиданий всех участников медицинской деятельности.

Какие существуют ожидания в Украине относительно уровня компетентности

врача (КВ) и как обсуждается этот вопрос в русско- и украиноязычном информационном пространстве? Мы не выявили каких-либо систематизированных аналитических работ по этой теме, но при этом существуют десятки книг и публикаций на английском языке, в которых обсуждается понятие КВ.

Очень важно заметить, что КВ является, прежде всего, этической категорией. Свод этических норм врачебной деятельности является не чем иным, как ожидани-

ями, прежде всего со стороны пациентов. В связи с этим обратимся к определению основных добротелей врача, которые приводятся в учебнике врачебной этики Всемирной медицинской ассоциации (Світове Лікарське Товариство/World Medical Association (WMA), 2009). В данном руководстве добротели врача сведены к трем основным категориям: сочувствию, компетентности и автономности врачебной деятельности¹.

Сочувствие и автономность врачебной деятельности заслуживают отдельного рассмотрения, поскольку, несмотря на явное определение этих категорий, отечественные врачи по-разному их трактуют, но чаще всего вовсе не считают их главными добротелями врача. Вернемся к теме данной работы, к категории «Компетентность». В указанном руководстве подчеркивается, что КВ не ограничивается только знаниями и навыками, которые необходимы для правильного лечения, это также включает понимание этики взаимоотношений с разными пациентами. То есть у КВ имеются различные составляющие, которые находятся в определенных взаимоотношениях при рассмотрении идеальной модели КВ. Какое место среди этих компонентов занимают знания технологий доказательной медицины (ДМ) и насколько эти знания определяют КВ?

Для определения места знаний ДМ в иерархии компонентов идеальной модели КВ необходим соответствующий анализ современных данных.

Цель. Определение места знаний, которые необходимы для практического использования научно обоснованной медицины в иерархии современных представлений о КВ.

Тема КВ является фундаментальной категорией для системы здравоохранения и медицинской практики, теория этого вопроса активно развивается в экономически развитых странах, но недостаточно обсуждается в Украине, поэтому для понимания места ДМ в портрете КВ нам потребуется достаточно глубокое погружение в проблему.

Источники информации

Недостаток аналитических работ по вопросам КВ в русско- и украиноязычном информационном пространстве можно объяснить сменой общественно-экономической формации в нашей стране, которая произошла в 90-х годах XX ст. В результате социальных перемен преж-

¹ В процессе педагогической, клинической и общественной деятельности автора неоднократно производились опросы групп врачей на предмет определения главных добротелей врача. В результате этих опросов можно сделать вывод о том, что в представлениях отечественных врачей и молодых ученых обсуждаемые категории не признаются как главные добротели врача (за исключением категории «компетентность»). То есть ожидания отечественного врачебного сообщества существенно отличаются от тех, которые являются как согласованный международный свод этических норм врачебной этики. Наверное, поэтому первый вариант этического кодекса украинского врача имеет мало общего с международным этическим кодексом (Воробьев К.П., 2009).

ние смыслы потеряли свою актуальность, а для возникновения и принятия новых еще не пришло время и не возникли соответствующие условия. Главным из этих условий является адекватная финансовая модель здравоохранения. Экономические реалии Украины не способствуют принятию современных общепризнанных постулатов, которые определяют КВ. Поэтому при поиске источников информации по теме данного исследования мы обратились к англоязычной литературе. Результаты нашего поиска позволяют выделить два источника информации.

В англоязычном информационном пространстве наиболее популярен взгляд на КВ, который изложен в обстоятельном обзоре литературы относительно развития характеристик медицинских профессиональных оценок и компетентности (Eraut M., du Boulay B., 2000). В основу обзора авторы ставят два основных вопроса. Во-первых, какова природа КВ и ее оценок? Во-вторых, как можно развивать КВ в процессе непрерывного медицинского образования? В этом обзоре уделено соответствующее место ДМ как необходимому компоненту в портрете КВ (раздел 3.3.2), но следует признать, что до 2000 г. использование научно обоснованной медицины в экономически развитых странах было еще недостаточно развито, поэтому в этом обзоре приоритет знаний ДМ в оценке КВ стоит далеко не на первом месте.

Вторым основным источником информации является доклад Рабочей группы Королевской коллегии врачей Лондона: «Врачи в обществе: медицинский профessionализм в меняющемся мире» (Working Party of the Royal College of Physicians, 2005). Резюме этого доклада начинается следующими предложениями: «Медицина устраняет разрыв между наукой и обществом. Действительно, применение научных знаний для здоровья человека является важнейшим аспектом клинической практики». Таким образом, Рабочая группа обозначила вектор и приоритеты ДМ в портрете КВ. В докладе рассматриваются все аспекты КВ и особое внимание уделяется динамике развития понимания КВ в современном демократическом обществе. К этому документу также относятся комментарии Ричарда Смита, исполнительного директора «UnitedHealth Europe» в Великобритании, бывшего главного редактора BMJ (Smith R., 2006). Его авторитетные комментарии представляют собой целостный и независимый взгляд на обсуждаемый документ с широким историческим экскурсом и некоторыми замечаниями.

В данном исследовании также использованы более поздние публикации, в которых изложены частные суждения о КВ.

Определение понятия «компетентность»

В обыденной жизни понятие «компетентный специалист» обычно связывают с определением, приведенным в словаре Ожегова: «Знающий, осведомленный, авторитетный в какой-нибудь области».

Этимология этого понятия связана с другой, вполне определенной категорией (от лат. Competens) «соответствующий». Если обратиться к современному популярному источнику знаний «Википедия», то данная словарная статья сопровождается достаточно обширными характеристиками. Понятие «компетентность» включает не только когнитивную и операциональную — технологическую составляющие, но и мотивационную, этическую, социальную и поведенческую». Далее говорится о том, что «компетентность личности имеет определенную структуру, компоненты которой связаны со способностью человека решать различные проблемы в повседневной, профессиональной или социальной жизни», а уровень компетентности определяется навыками самообразования, критического мышления, самостоятельной работы, самоорганизации и самоконтроля, работы в команде, умения прогнозировать результаты и возможные последствия разных вариантов решения, устанавливать причинно-следственные связи, находить, формулировать и решать проблемы». Почти все составляющие, перечисленные в предыдущем предложении, попадают в поле анализа современных исследователей при рассмотрении темы КВ.

Среди множества определений КВ, которые находим в различных публикациях, предлагаем определение авторов соответствующего обзора проблемы, которое они назвали «всеобъемлющее определение компетенции: привычное и разумное использование общения, знаний, технических навыков, клинического мышления, эмоций, оценок и рефлексий в повседневной практике на благо человека и общества» (Epstein R.M., Hundert E.M., 2002, p. 226). Ключевым словом в этом определении является «привычное», то есть ожидаемое.

Таким образом, в современном определении понятия «компетентность» **акцент сместился от «знаний и навыков» к качествам специалиста, которые позволяют достичь ожидаемого обществом результата**, то есть добиться «решения проблемы» в рамках приемлемых для общества моделей поведения. Совершенно очевидно, что приемлемые для общества модели поведения определяются целым рядом параметров, в первую очередь уровнем культуры и доминирующей в обществе идеологией. Средний уровень культуры и образования в социуме определяет ожидания, а доминирующая идеология — нравы взаимоотношений различных слоев общества. Если падает культура общества и происходит его расслоение на бедных и богатых, тогда реальные ожидания общества становятся неопределенными и устанавливаются двойные стандарты поведения, которые деформируют этические нормы и формируют новые уродливые модели КВ. То есть в таком случае ожидаемая КВ будет неопределенной. Поэтому **анализ возможных ожиданий общества и декларируемых/реальных моделей КВ являются одной из задач нашего исследования**.

В зависимости от социальной значимости деятельности людей компетентность может быть классифицирована от компетентности в типовых жизненных ситуациях до компетентности в социально значимых областях деятельности: образовании, медицине, политике. В этом ряду КВ выделяется тем, что в этой модели одинаково актуальны все составляющие вышеуказанных определений: знания, умения, мотивации, поведения, этики, что определяется понятием «целостность» КВ.

Понятие «профессионализм врача» в текущих исследованиях часто используют вместо понятия КВ. Определению понятий, связанных с врачебным профессионализмом, посвящена публикация H.M. Swick (2000). В работе представляется природа профессионализма и природа врачебной деятельности, определяется набор качеств, характеризующих врачебный профессионализм, но не дается определения термина. Профессионализм трактуется как высокий уровень овладения определенным видом деятельности, с точки зрения согласованной оценки профессионалов, то есть специалистов. Автор выделяет девять основных характеристик профессионализма врача, в которые вошли все ожидания общества, а не только знания и навыки.

Понятие «профессионализм врача» гораздо меньше связано с ожиданиями пациентов или медицинских чиновников, но его можно рассматривать как главную характеристику КВ (Working Party of the Royal College of Physicians, 2005), которая может быть оценена верно только в среде профессионалов. В одном из недавних обзоров, посвященных развитию профессионализма у обучающихся из клиники Мейо (США), говорится прямо: «Профессионализм является основной компетенции врачей» (Mueller P.S., 2009, p. 141). Тогда возникает вопрос: «Какие качества являются основой профессионализма?» Оксфордский словарь английского языка предлагает следующую формулировку профессионализма: «деятельность, основной элемент которой основан на овладении сложным объемом знаний и навыков» (Simpson J., Weiner E. (Eds), 1989).

Составные компоненты КВ

Канадские исследователи проблемы считают, что существует договоренность о том, что КВ состоит из знаний, навыков и других компонентов, хотя соглашение о природе этих других компонентов не достигнуто. Кроме того, существуют расхождения в суждениях, как эти компоненты должны использоваться. Одна из логических точек зрения состоит в том, что в зависимости от контекста врачебной деятельности, сочетания и приоритет компонентов КВ может быть различными (Fernandez N. et al., 2012).

Существуют распространенные суждения о том, что КВ определяет его интеллектуальные способности. Это не всегда так. Опрос 45 анестезиологов, участвовавших в лечении при критических состояниях, показал, что % вариабельности исходов

лечения зависит, по мнению специалистов, от некогнитивных способностей специалистов, а именно от «добросовестности» и «спокойствия». Поэтому низкое качество оказания медицинской помощи не всегда обусловлено низким уровнем знаний (Rhoton M.F. et al., 1991). В некоторых сферах медицинской деятельности поведенческие модели, при соблюдении простейших общепризнанных лечебных стратегий, являются определяющими в оценке окружающими КВ.

Доклад Федеративного совета США по образованию в области внутренней медицины основан на результате опроса экспертов в области внутренней медицины. В этом докладе выделены 24 категории клинической компетентности, которые составляют основы врачевания (physicianship) (Ende J. et al. (Eds), 1997). Эта классификация основана на трех основных ценностях: гуманизм, профессионализм и этика. Гуманизм определяется как надлежащее отношение к проблемным пациентам, их личным переживаниям и проблемному поведению. Основной девиз гуманизма — это ориентация на приоритеты и предпочтения пациента с учетом его принадлежности к определенной культуре. Под профессионализмом в этом документе подразумевается приверженность к постоянному обучению, а также к пониманию различий научно обоснованных знаний и личного опыта. Вопросы этики рассматриваются в аспекте выбора клинического решения у пациентов, которые отказываются от общепринятых врачебных рекомендаций, при лечении в чрезвычайных ситуациях, при недостатке медицинских ресурсов² и в ситуациях, связанных с уходом пациента из жизни.

Автономность или работа в команде? Автономность или самоопределение врача является одной из традиционных добродетелей врачебной специальности, которая подвергается пересмотру в последние годы (Світове Лікарське Товариство/World Medical Association (WMA), 2009). С одной стороны, автономность в построении рассуждений и принятия решений обеспечивает условия для реализации независимых клинических решений при одновременной реализации индивидуального подхода. С другой стороны, для реализации такой добродетели врача необходимо обеспечить высокий уровень его социальной независимости. Если заработная плата врача не покрывает его жизненных потребностей, то ни о какой автономности врача не приходится говорить. Наверное, не только в Украине низкая оплата труда врача не позволяет реализовать автономность врачебной деятельности. Что в таких случаях делает государство? В учебнике врачебной этики Всемирной медицинской ассоциации говорится, что: «...пути осуществления врачебной автономии были сдержаны в большинстве стран правительствами и иными органами

власти, которые навязывают контроль над врачами» (Світове Лікарське Товариство/World Medical Association (WMA), 2009, с. 25). Для такого контроля всегда были основания.

В критической публикации Ричарда Смита, посвященной оценке доклада Рабочей группы Королевской коллегии врачей Лондона по поводу профессионализма врачей, вспоминаются слова Дж. Бернарда Шоу, написанные более 100 лет тому назад: «Все профессии находятся в заговоре против мирян... Все, что можно сказать о популярности врача, так это то, что пока не будет практической альтернативы слепому доверию к врачу, правда о нем так ужасна, что мы не смеем смотреть ей в глаза» (Smith R., 2006, p. 49).

К нашему счастью, при хорошей организации модели медицины, доверие к врачам продолжает сохраняться и в наше время. По данным Harry Cayt — чиновника Национального департамента здравоохранения Лондона, «опросы общественного мнения показывают, что врачи являются одними из самых доверенных людей в обществе» (Working Party of the Royal College of Physicians, 2005, p. 8). Но, к сожалению, в Украине не так все хорошо, поскольку крайне низкая оплата труда врача вынуждает его войти в криминальные взаимоотношения с пациентами и производителями лекарственных средств. Поэтому сегодня граждане Украины иногда сопоставляют нравы украинского врача с нравами работников государственной автоинспекции.

Следует признать, что за последние 100 лет существенно снизился контроль врачебных сообществ за соблюдением кодекса врачебной этики, во многих аспектах медицинская деятельность становится конвойером медицинских услуг, на которых задействованы группы врачей. Поэтому многие прежние функции управления врачебной деятельностью берет на себя государство.

Коммуникативные навыки. Тактичность, вежливость, общее расположение со стороны врача позволяют создать доверительную атмосферу, выяснить тонкости анамнеза и особенности течения заболевания. Кроме того, что такое поведение врача улучшает результат диагностики, хорошие коммуникативные навыки и эмпатия в большинстве случаев также повышают уровень КВ в глазах пациента.

Работа в команде и коммуникативные навыки становятся одним из обязательных компонентов КВ в условиях современной интегрированной модели медицинской деятельности (Eraut M., du Boulay B., 2000, глава 2.3).

Альтруизм. Это качество приписывается как обязательный компонент КВ почти во всех согласованных международных рекомендациях. Под альтруизмом подразумевается нравственный принцип, предписывающий бескорыстные действия, направленные на благо (удовлетворение интересов) других людей. Вокруг этой этической категории всегда существовало много горячих споров, поскольку

²Это одна из актуальных проблем всех времен. См. «Дilemma врача» (The Doctor's Dilemma) Джорджа Бернарда Шоу (1906).

ограничение личного интереса ради кого-то другого может быть приемлемым только при одинаковых этических установках взаимодействующих людей. В противном случае возможны злоупотребления и манипуляции со стороны того, на кого направлено проявление альтруизма. С нашей точки зрения, во взаимоотношениях врач — пациент следует делать оговорку следующего рода: **врач должен отказаться от собственных интересов, если их соблюдение принесет вред здоровью пациента.** С другой стороны, альтруизм как принцип может быть реализован только свободным и независимым врачом. Если врачу нечем кормить своих детей или нечем платить за жилье, а пациент может, но не хочет оплатить работу врача, то принцип альтруизма становится абсурдом.

Целостность (Integrity) является обобщающей характеристикой, которая гарантирует отсутствие перекосов в портрете КВ. Например, врач имеющий глубокие знания, но не придерживающийся этических приоритетов или не умеющий работать в команде, уже не может быть охарактеризован как компетентный специалист. Целостность определяется как сбалансированное представительство всех качеств, которые составляют портрет квалифицированного врача (MacKenzie C.R., 2007).

Спорные вопросы. В текущей литературе и в отчетах комиссий по рассмотрению КВ не всегда достигается соглашение по всем вопросам. Очень важно, что при качественной организации работы согласительной комиссии для публики доступны как согласованные документы, так и частные суждения членов комиссии. Известно, что гениальные идеи никогда не принимаются обществом, при их первом объявлении (в противном случае они не могут быть отнесены к категории гениальных). Поэтому важно, чтобы частные суждения были доступны для публики. При организации подготовки доклада Рабочей группы Королевской коллегии врачей была предусмотрена публикация частных суждений экспертов и итогового доклада на сайте ассоциации (<http://www.rcplondon.ac.uk/publications/doctors-society>).

В техническом приложении к докладу Рабочей группы Королевской коллегии врачей Лондона представлены суждения Harry Cayt по поводу актуальности классических добродетелей врачей, которые прямо связаны с понятием КВ. С нашей точки зрения, эти суждения заслуживают внимания. Автор считает, что на сегодняшний день **альtruизм, мастерство и автономность** следуют заменить другими добродетелями (Royal College of Physicians, 2005, р. 6–8). При обсуждении этической категории «альtruизм» говорится о том, что в результате принятия врачом на себя такого этического обязательства он выделяет себя в обществе. В результате этого возникает моральная гордыня избранности со стороны врача, которая создает у него ощущение «превосходства и успокоенности: Я врач, по-

этому я хороший». Понятие «**мастерство**» в медицине является архаичным, поскольку подразумевает владение некоторыми тайными и недоступными знаниями, что противоречит духу современной медицинской практики, которая подразумевает постоянное обучение и обмен опытом с целью выработки и распространения наивысших стандартов медицинской помощи. Потерю реальной **автономности** в принятии клинических решений автор считает наиболее значимой потерей врачебного цеха. Мультидисциплинарность все больше проникает во все врачебные специальности, что затрудняет принятие качественных клинических решений без взаимодействия с другими специалистами. Поэтому некоторые аспекты автономности врача теряют свое логическое обоснование.

На смену вышеуказанным добродетелям врача Harry Cayt предлагает следующие альтернативы.

1. Эмпатию вместо альтруизма.

Способность к эмпатии, или сочувствию является одним из условий профессиональной деятельности³. Одно из первых определений эмпатии сделано в 1905 г. Зигмундом Фрейдом: «Мы учтываем психическое состояние пациента, ставим себя в это состояние и стараемся понять его, сравнивая его со своим собственным» (Фрейд З., 2007). Способность к эмпатии позволяет войти в эмоциональное состояние другого лица, «чувствоваться». Интеллектуальная идентификация собственных чувств с чувствами, мыслями и установками другого человека позволяет **лучше распознать признаки болезни** и способствует более правильному этическому выбору при общении с пациентом.

2. **Мастерство** предлагается заменить на такую добродетель, как **знания и распространение опыта**. Знания представляют собой знаковое выражение различных закономерностей. Тенденции последних десятилетий развития человечества связаны с пропагандой широкого доступа к знаниям, что само по себе уже противопоставляет эту категорию понятию «мастерство».

3. Вместо **автономии** предлагается **взаимозависимость** в широком понимании этого термина: с отдельными коллегами, с пациентами и с обществом врачей.

Обобщающая модель КВ

Исходя из тенденции повышения внимания к вопросам, связанным с оценкой уровня КВ, можно ожидать дальнейшее увеличение количества исследований этой проблемы. Вопросы КВ становятся актуальными в связи с возрастанием роли государственных департаментов в управлении здравоохранением и необходимостью формирования оценочных критериев медицинской деятельности. Модельное

³Люди, страдающие алекситимией, имеют крайне ограниченные способности к эмпатии, поскольку затрудняются различать даже свои обычные эмоции. Эта особенность вполне может в будущем стать критерием непригодности для занятий врачебной деятельностью.

представление позволяет сконцентрировать в одном образе наиболее важные категории объекта исследования. С нашей точки зрения в ряду изученной литературы наиболее точное представление о КВ отражает модель, представленная P.S. Mueller (2009) в соответствующем обзоре (рисунок).

Рисунок



Профессиональные навыки (знания и умения) в этой модели проецируются через четыре колонны, которые представляют собой важнейшие внутренние нравственные качества врача. Эти колонны стоят на этическом и законодательном фундаменте, которые представляют собой общественные (внешние) предписания. Коммуникативные навыки выделены отдельно как компонент КВ, без которого невозможна эффективная врачебная деятельность. Из представленной модели становится очевидной наивысшая иерархия профессионализма. Профессионализм включает не только клинические знания и навыки, но и специальные знания и навыки, необходимые врачу для понимания современной клинической информации и для ее использования по отношению к конкретному пациенту. Эти навыки можно сравнить со знанием иностранного языка, на котором публикуется вся новая клиническая информация.

Уровень КВ

Определение уровня компетенции является прерогативой специалистов в той или иной области медицинской деятельности, но несмотря на существование общепринятых определений и соглашений о КВ, в иерархии медицинской деятельности каждого должностного лица существуют смешанные оценки КВ, причина которых связана с **разными ожиданиями** (Eraut M., du Boulay B., 2000). Например, для главного врача наиболее важной характеристикой компетентности будет умение врача выходить из конфликтных ситуаций и соблюдать стандартов деятельности. Для заведующего отделением, кроме этих качеств в оценке КВ, наиболее значимы будут исполнительность, умение работать в команде, знания предметной области и умение принимать

оптимальные решения в нестандартных клинических ситуациях. Коллеги будут больше ценить друг в друге умение качественно выполнять наиболее типичные задачи в рамках специализации врача и умение решать клинические головоломки. Профессор клиники будет выделять врачей по уровню знаний новой клинической информации и по умению ее понимать в специализированных рейтинговых научных изданиях. Для каждого из перечисленных участников медицинской деятельности при оценке КВ существенным компонентом будет являться формат межличностных отношений и субъективное восприятие врача.

Уровень КВ, в отличие от професионализма, имеет относительную шкалу градации, поскольку она соотносится с ожиданиями решения определенных, заранее оговоренных, задач (Eraut M., du Boulay B., 2000, глава 2.1). Например, уровень требований (ожиданий) для двух высококвалифицированных хирургов в многопрофильной больнице и специализированной клинике будут существенно различаться.

Как оценить уровень КВ? В обзоре M. Eraut, B. du Boulay (2000) этому вопросу посвящена отдельная глава, во вступлении к которой говориться, что: «обычно практики связывают компетентность с опытом в годах работы, количеством клинических случаев и с такой неопределенной категорией, как способность принимать самостоятельные решения без обращения к другим специалистам» (Eraut M., du Boulay B., 2000, глава 3). В заключении этой главы авторы приводят основные критерии экспертизы решений: способность извлечения из памяти информации, наличие стандартных шаблонов мышления и решения клинических проблем; способность к быстрому выбору клинического решения; принятие возможной предвзятости и ошибочности собственных суждений; **способность понимать, оценивать и использовать данные новой клинической научной информации по отношению к конкретным клиническим случаям.**

В другой работе на примере клиники Мейо приводятся развернутые рекомендации и критерии оценки КВ, которые используются в этой клинике для обучения студентов и аттестации врачей (Mueller P.S., 2009). Еще одна инновационная система оценки КВ использует специальный набор критериев и упражнений, которые включают разбор клинических ситуаций, оценку клинического мышления, знания механизмов заболеваний, оценку умения понимать современные научные данные, оценки пациентов и др. (Erstein R.M., Hundert E.M., 2002).

Можно предложить другой подход, который следует из нашей модели принятия клинического решения. Эта модель позволяет оценить качество основных компонентов КВ: знания стандартных подходов к лечению, умение применять технологии ДМ, знания патогенеза и фармакологии, этический выбор при распределении

имеющихся ресурсов, способность работы в команде и учет предпочтений пациента (Воробьев К.П., 2006). Наша модель не позволяет должным образом оценить коммуникативные навыки, этику взаимоотношений и другие характеристики КВ, которые можно оценить только в реальном времени событий, но она позволяет оценивать КВ проспективно и ретроспективно, по данным медицинской документации.

Следует ожидать, что решение вопроса выработки критериев и методов оценки КВ в ближайшее время перейдет из теории в практику в экономически развитых странах, поскольку выраженная неравномерность уровней КВ в лечебных учреждениях и отсутствие объективных критериев оценки КВ не позволяют выработать соответствующие обратные связи (feedback — также один из необходимых приемов повышения уровня КВ) для выделения образцов с целью улучшения качества деятельности всей системы здравоохранения.

Место ДМ в портрете характеристик КВ

В обзоре литературы, посвященном изучению КВ, роль ДМ и научных знаний отражены, соответственно, в главе 3.3.2 и 3.4. Но в этих разделах только констатируются постулаты ДМ и не связывается реальная оценка КВ с тем, в какой мере врач умеет понимать язык научного клинического исследования и как использует новые научные данные в клинической практике. В главе 4 и 5 даются некоторые рекомендации о том, как применять новые научные знания в обучении врачей и в реальной клинической практике. Только в завершающей главе (раздел 9.3, теория экспертизы КВ) показано реальное место ДМ в портрете КВ (Eraut M., du Boulay B., 2000). Экспертиза оценки КВ предполагает анализ степени использования данных научно обоснованных клинических исследований в терапии конкретных пациентов, но указанный обзор литературы не отвечает на вопрос: каким образом новая клиническая информация может быть использована в рутинной клинической практике?

Основная проблема заключается в том, что стратегия принятия клинических решений предполагает использование заранее заготовленных шаблонов решений, количество которых растет и улучшается в процессе накопления индивидуального клинического опыта. Но в процессе принятия клинического решения, особенно в условиях неопределенности или лимита времени, новые научно обоснованные знания не могут быть использованы, если только эти знания уже не инкапсульированы в шаблоны клинических решений, находящиеся в резерве конкретного врача. Более того, попытка ввести поправки в существующие шаблоны на марше, то есть возле постели больного, может привести к ухудшению клинического выбора. Несмотря на эти утверждения, существует вполне определенное место

для применения новых клинических знаний в клинической практике — это процесс ретро- и проспективного разбора клинических случаев.

Формы применения новой клинической информации в реальной практике

Новые клинические знания по определению входят в конфликт с существующими локальными или национальными протоколами лечения, поэтому для их применения в клинике всегда целесообразно предварительное обсуждение и выработка согласованных решений. Одной из наиболее эффективных форм использования новых знаний является проспективный разбор клинического случая на следующие сутки после поступления пациента. По заданию руководителя лечебного подразделения врач обязан выполнить поиск новой клинической информации, а на следующей утренней конференции или клиническом разборе высказать свои суждения о возможности применения новых знаний к конкретному клиническому случаю. Обход профессора клиники также всегда предполагает обсуждение как текущих клинических решений, так и новой клинической информации по отношению к каждому пациенту. Причем в хорошей клинике устанавливается такая форма клинических обходов профессора, при которой все врачи заранее готовятся к предстоящему обходу и, соответственно, изучают новую клиническую информацию, имеющую отношение к пациентам клиники. Во время обхода профессор обсуждает с врачами клинический случай и, таким образом, каждый врач имеет возможность проявить свои знания и продемонстрировать зрелость клинических суждений. Такая конкурентная обстановка обеспечивает поддержание более высокого уровня клинической практики в лечебном подразделении, но ненавистна для тех, кто считает окончание медицинского университета окончанием своего медицинского образования. В такой модели нет ничего нового, поскольку еще в конце семидесятых годов прошлого столетия, благодаря хорошему профессору, автор этой публикации проходил свою клиническую школу в подобном формате обучения.

Ретроспективный анализ после возникновения клинического исхода, с целью анализа возможного применения новой клинической информации в аналогичных клинических ситуациях, является наиболее эффективным способом формирования новых шаблонов клинических решений, которые в дальнейшем могут быть использованы в практике. Для такого анализа существует формат общизвестной и обязательной клинической конференции по разбору случаев смерти. Задача стоит лишь в формировании докладчиков на этой конференции, из которых один или несколько представит новую клиническую информацию по отношению к рассматриваемому случаю. Другие участники конференции могут дополнить эти доклады

либо предложить научно аргументированные возражения. Таким образом, такие конференции будут не только поддерживать выполнение национальных стандартов оказания медицинской помощи в медицинском учреждении, но также позволят разрабатывать качественные согласованные локальные стандарты на основе новейшей клинической информации. В дальнейшем разнообразие различных локальных стандартов явится основой для разработки новых, более совершенных согласованных национальных стандартов лечения.

Условия для успешного применения новой клинической информации в реальной практике

Следует отметить, что для подобных форм применения новой клинической информации в реальной практике необходим целый ряд условий.

1. Мотивация руководства лечебного учреждения. Понимание необходимости совершенствования профессионализма путем освоения новых знаний со стороны администрации лечебных учреждений является первым и главным условием.

2. Ответственный за продвижение принципов ДМ в лечебную практику. Принятие администрацией лечебного учреждения этого условия предполагает поиск лица, которое обеспечит методологическое руководство процессом продвижения технологий ДМ в реальную практику. Специфика деятельности практикующих врачей не создает необходимых условий для возникновения в их среде специалиста в области ДМ. В идеальном случае указанные функции должен выполнять профессор клиники, который по роду своей деятельности обязан владеть всеми аспектами (как методологии ДМ, так и новыми потоками качественно-го клинического знания).

3. Мотивация врачей. Следующим условием является мотивация врачей к изучению новой клинической информации. Такая мотивация может возникнуть только если в клинике, где работает врач, существует спрос на новую клиническую информацию как со стороны коллег, так и со стороны пациентов. При низком исходном уровне образования врачей и при отсутствии практической необходимости в новых знаниях рутинная врачебная деятельность ограничивается дублированием наиболее распространенных и простых шаблонов клинических решений. Следует также учесть, что работа с новой клинической информацией требует достаточно высокого интеллектуального напряжения, а значит и перераспределения ограниченных ресурсов практикующего врача. То есть возникает вопрос выбора приоритетов — один из самых сложных вопросов нашего времени.

4. Подготовка врачей в вопросах понимания современной клинической информации. Это главный и трудно раз-

решимый вопрос в Украине и других странах бывшего СССР, поскольку понимание современной клинической информации прямо связано со специальными знаниями предмета клинической эпидемиологии и биостатистики. Ни тот, ни другой предмет до сих пор не преподаются в образовательном курсе украинских медицинских университетов. Основы статистики, которые преподаются на первых курсах медицинских университетов, не связываются с пониманием клинической информации, а поэтому эти знания не долговечны и не применяются во врачебной деятельности.

Реалии Украины

Два предыдущих раздела публикации предлагают некоторую идеальную модель, развитие которой позволит совершенствовать уровень профессионализма врача. Поиск, изучение и использование новой клинической информации в текущей клинической деятельности врача является основным содержанием самостоятельного последипломного образования. Без специальных знаний в области понимания современной клинической информации такое образование невозможно. Главная трагедия украинского врача состоит в том, что **не понимая современный язык научной публикации, он отрезан от качественных потоков клинической информации** и, соответственно, такой врач не может вынести собственные объективные суждения об эффективности различных лечебных средств. В лучшем случае знания такого врача основываются на низкокачественной и устаревшей информации, а в худшем — врач становится объектом манипуляций со стороны производителей лечебных средств или он вступает с ними в финансовые отношения и говорят против пациента. Реальная модель основных целей и финансовых потоков в украинском здравоохранении представлялась нами ранее (Воробьев К.П., 2006).

Без реализации политики систематизированного обучения врачей основам ДМ, в Украине КВ и эффективность здравоохранения будут снижаться от года к году. Следует отметить еще один печальный факт реальности, который заключается в **синдроме смещенных ожиданий врачебного сообщества**. Например, во время проведения врачебных научно-практических конференций аудитория ожидает услышать четкие и однозначные рекомендации авторитетного специалиста, но не воспринимает содержательную информацию о результатах качественных клинических исследований, которая выражена в малопонятных цифрах и графиках. Такие ожидания формируют неприязнь к сложному и непонятному знанию, а затем и к личности чрезмерно умного докладчика. Таким образом смещенные ожидания врачебного сообщества вымывают из своей среды квалифицированных специалистов. Это еще одна трагедия, которая состоит в том, что подобный квалифицированный специалист не востре-

бован в нынешнем украинском врачебном сообществе.

Существует предположение, что на локальном уровне (университет, лечебное учреждение, клиника) возможна организация систематизированного образования основам ДМ, что позволит внедрять новые клинические знания в практику. Насколько это выполнимо? Для ответа на этот вопрос необходимо взглянуть на вероятные конфликты интересов у различных руководителей между желанием повышать образовательный уровень врачей и собственными интересами. При углубленном анализе окажется, что многие руководители здравоохранения имеют прямые или косвенные финансовые интересы по отношению к производителям лекарственных средств и медицинского оборудования, а рядовые врачи зачастую назначают лекарственные средства без доказанной эффективности и получают соответствующий процент от продаж.

Также существует еще одно обстоятельство, которое относится к разному типу поведения двух групп людей: не способных к самообразованию, предпочитающих выполнять функции исполнителей и людей пытливых, способных к самообразованию и склонных к анализу окружающих ситуаций. Умные политики хорошо понимают, что увеличение доли людей в социуме, относящихся ко второй группе, ничего хорошего не сулит для устойчивости нынешнего авторитарного режима.

В такой ситуации (смещенных ожиданий врачей и скрытых конфликтов интересов в медицине) ни о каком продвижении идей ДМ в Украине не приходится говорить. Трудно рассчитывать и на самоорганизацию врачебного сообщества с целью изменения ситуации — слишком зависимы врачи от работодателей и, соответственно, отсутствует такая важнейшая добродетель врача, как автономность. Поэтому на фоне отсутствия реальной врачебной самоорганизации изменить ситуацию могут только политические решения в виде соответствующей государственной программы систематизированного образования. До сих пор, несмотря на многолетнюю очевидность проблемы, в Украине не сделано ни одного эффективного шага к решению указанной институциональной проблемы повышения КВ.

Заключение

Наше исследование показало, что анализ структуры КВ и профессионализма врача является объектом пристального внимания в экономически развитых странах. Это внимание обусловлено стремительными темпами развития медицинских технологий, повышением требований к этике взаимоотношений между врачом и пациентом, а также в связи с активным развитием медицинской клинической науки. Правительства ведущих государств прямо связывают уровень КВ с эффективностью национальных систем здравоохранения.

Анализ категорий КВ показал, что их можно разделить на две группы: 1. Компе-

тенции, связанные с этическими, коммуникационными и личностными свойствами врача. 2. Компетенции, связанные со знаниями и навыками, которые обобщаются понятием «профессионализм». Наличие знаний и навыков является основой КВ, а первая группа компетенций является условием эффективной врачебной деятельности. Таким образом, знания и навыки имеют наиболее высокий приоритет в КВ.

В свою очередь, знания и навыки врача можно разделить на специализированные знания и навыки в определенном разделе медицины и на те, которые необходимы для понимания языка современной клинической информации. Вторая группа знаний и навыков обеспечивает эффективный профессиональный рост на протяжении всего срока врачебной деятельности, а отсутствие этих знаний приводит к снижению КВ.

Знания и навыки, которые необходимы для понимания современной клинической информации, относятся к предметам клинической эпидемиологии и биостатистики, которые в медицинских университетах экономически развитых стран являются одной из базовых образовательных дисциплин.

В Украине, несмотря на ряд деклараций, в медицинских университетах не преподается клиническая эпидемиология, а изучение основ статистики оторвано от клинических реалий. Введение этих предметов в образовательный курс обучения будущих и практикующих врачей не требует существенных финансовых затрат, но повышение образовательного уровня врачей в этих вопросах неизбежно затронет целый ряд скрытых конфликтов интересов в системе здравоохранения и медицинского образования.

Таким образом, если считать эффективное здравоохранение вопросом национальной безопасности, то для повышения его эффективности необходима неотложная реализация государственных программ до- и последипломного образования врачей в области понимания современной клинической информации.

Список использованной литературы

Воробьев К.П. (2006) Проблемы входления технологий доказательной медицины в украинское здравоохранение. Часть 1. Место технологий доказательной медицины в клиническом решении врача. Укр. мед. часопис, 3(53): 11–20 (http://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/archive/53/pdf/245_rus.pdf).

Воробьев К.П. (2009) Какой этический кодекс врача выносится на голосование 24 сентября 2009 г.? Открытое письмо к 10 съезду Всеукраинской врачебной ассоциации. Евпатория, 24–27.09.2009 (http://www.experts.in.ua/baza/analytic/index.php?ELEMENT_ID=44297).

Світове Лікарське Товариство/World Medical Association (WMA) (2009) Підручник з лікарської етики. Переклад з 2-го англійського видання 2009 року за редакцією академіка АМН України, Голови Комітету з лікарської етики Всеукраїнського Лікарського Товариства (ВУЛТ) Любомира Пирога, 136 с. (http://www.wma.net/en/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_ukrainian.pdf).

Фрейд З. (2006) Остроумие и его отношение к бессознательному. Азбука-классика, 288 с.

Ende J., Kelley M.A., Ramsey P.G., Sox H.C. (Eds) (1997) Graduate Education in Internal Medicine: A Resource Guide to Curriculum Development/The Report of the Federated Council for Internal Medicine Task Force on the Internal Medicine Residency Curriculum. American College of Physicians, Philadelphia, 224 p.

Epstein R.M., Hundert E.M. (2002) Defining and assessing professional competence. JAMA, 287(2): 226–235 (<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=194554>).

Eraut M., du Boulay B. (2000) Developing the attributes of medical professional judgement and competence: a review of the literature. University of Sussex, 518 p. (<http://www.cogs.susx.ac.uk/users/bend/doh/index.html>).

Fernandez N., Dory V., Ste-Marie L.G. et al. (2012) Varying conceptions of competence: an analysis of how health sciences educators define competence. Med. Educ., 46(4): 357–365 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2923.2011.04183.x/full>).

MacKenzie C.R. (2007) Professionalism and medicine. HSS J, 3(2): 222–227 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2504270/>).

Mueller P.S. (2009) Incorporating professionalism into medical education: the Mayo Clinic experience. Keio J. Med., 58(3): 133–43 (<http://www.kjm.keio.ac.jp/past/58/3/133.pdf>).

Rhoton M.F., Barnes A., Flashburg M. et al. (1991) Influence of anesthesiology residents' non-cognitive skills on the occurrence of critical incidents and the residents' overall clinical performances. Acad. Med., 66(6): 359–361.

Royal College of Physicians (2005) Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Technical supplement to a report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. RCP, London, 138 p. (http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/docs_in_socs_tech_navigable.pdf).

Simpson J., Weiner E. (Eds) (1989) The Oxford English Dictionary. Second Edition. Clarendon Press, 21 728 p.

Smith R. (2006) Medical professionalism: out with the old and in with the new. J. R. Soc. Med., 99(2): 48–50 (<http://jrsm.rsmjournals.com/content/99/2/48.long>).

Swick H.M. (2000) Toward a normative definition of medical professionalism. Acad. Med., 75(6): 612–616 (http://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2000/06000/Toward_a_Normative_Definition_of_Medical.10.aspx).

Working Party of the Royal College of Physicians (2005) Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. Clin. Med., 5(6 Suppl. 1): S5–S40 (http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/doctors_in_society_reportweb.pdf).

Доказова медицина і компетентність лікаря

К.П. Воробйов

Резюме. Це перша публікація із серії робіт, в яких буде наведено розширену інтерпретацію основних положень Єреванської декларації щодо послідовного просування принципів доказової медицини.

Мета. Визначити взаємозв'язок наявності спеціальних знань у галузі клінічної епідеміології з рівнем компетентності лікаря (КЛ). **Результат.** На підставі аналізу літератури визначено основні критерії, за даними яких проводиться оцінка КЛ. В основі КЛ лежить рівень професійних знань і навичок, які проектируються у клінічну практику через моральні характеристики особистості лікаря, з урахуванням дотримання етичних та законодавчих

приписів, за наявності якісних комунікативних навичок. До професійних знань і навичок відносяться також спеціальні знання клінічної епідеміології та біостатистики, які дозволяють лікарю сприймати якісну клінічну інформацію за результатами звітів про клінічні дослідження. Ці знання та навички є однією з найважливіших кваліфікаційних характеристик сучасного лікаря та необхідним інструментом постійної післядипломної освіти. **Висновок.** Український лікар не має спеціальних знань, які дозволяють правильно оцінювати результати клінічних досліджень. Для підняття рівня компетентності українських лікарів необхідна державна програма систематизованого навчання основам доказової медицини на до- та післядипломному етапах навчання.

Ключові слова: компетентність лікаря, доказова медицина.

Evidence-based medicine and medical competence

K.P. Vorobyov

Summary. This is the first publication in a series of works where an extended interpretation of the main provisions of the Yerevan Declaration on the consistent promotion of evidence-based medicine will be given. **Aim.** To determine the relationship of having expertise in clinical epidemiology with the medical competence (MC). **Result.** Based on the literature review main criteria of the MC evaluation were identified. The basis of MC – is the level of professional knowledge and skills, which are projected to clinical practice through the moral characteristics of the physician's personality, subjected to the ethical and legal regulations, given high-quality communication skills. Specialized knowledge in clinical epidemiology and biostatistics also referred to professional knowledge and skills, which allows the doctor to take a high-quality clinical information from the results of the clinical trials reports. These knowledge and skills are among the most important qualifications of modern physician and necessary tools for postgraduate learning. **Conclusion.** Ukrainian doctor has not expertise that can properly evaluate the results of clinical trials. To raise the level of competence of Ukrainian doctors is possible with the development of state systematic training program in evidence-based medicine during the pre- and post-graduate training phase.

Key words: medical competence, evidence-based medicine.

Адрес для переписки:

Воробьев Константин Петрович
91045, Луганск, квартал 50-летия
Обороны Луганска, 1г
ГУ «Луганский государственный
медицинский университет»,
кафедра анестезиологии,
реаниматологии и неотложных
состояний ФПО
E-mail: hbo_vorobyov@mail.ru
www.vkp.dsip.net