Трагедия гарантирована вероятностью

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Суббота, 05 мая 2018, 14:29
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 6294

Богам, которые какают – грош цена.
(© Эразм Роттердамский. Разговоры запросто)

В последнее время в России происходят непонятные мировому медицинскому сообществу вещи. Все отечественные медицинские работники, и практикующие врачи прежде других, всем скопом оказались в тисках системы и общества и подверглись запредельному давлению.

С ощущением цепких, упорно сжимающиеся холодных пальцев на шее постоянно жить и трудиться невозможно, и многие – в первую очередь, лучшие специалисты, покидают либо профессию, либо страну. Причин тому множество – политических, экономических, правовых, организационных, частных и прочих, и ни одна из них не окажется простой при её ближайшем рассмотрении. Но эта работа не о них. В ней я не буду к ним даже приближаться.

Уважаемые коллеги! Я рассчитываю здесь облачить в слова один лишь отчётливо осознаваемый коллегами и смутно ощущаемый остальными людьми фундаментальный принцип медицины – вероятностный характер процесса оказания медицинской помощи.

Такого принципа нет! – наверное, возразят мне многие, и наши функционеры от медицины громче других. Может, и некоторые учёные, медицинские светила, им будут вторить. Не буду спорить. Нет, так нет. Вся наша жизнь, правда, полна случайностей. И всякая болезнь – тоже досадная случайность. И случайно её течение. В какой-то мере мы можем проследить истоки – причины болезней и особенностей их течения, а затем причины этих причин и так далее, но всегда дойдём до места, где о дальнейшем их содержании нам приходится лишь строить предположения. Наука отодвигает это место всё глубже в личные истории, позволяя нам продвигаться назад на т.н. «линиях жизни», однако вряд ли когда-либо позволит дойти до конца. Здесь появляется философский аспект, опровергающий теорию тотального (терминального) детерминизма, во-первых, а во-вторых, «чем дальше в лес, тем больше дров» – чем дальше вглубь, тем больше данных и тем больше неизвестных. Случайность – это не кирпич, упавший на голову (его могли и специально сбросить), это способ описания реальности с отсутствующими, а частью лишь предполагаемыми причинно-следственными связями. Кто и когда решил, что ведение больного – т.е., процесс оказания ему медицинской помощи, может быть в принципе тотально детерминированным? «Нажми на кнопку – получишь результат, и твоя мечта осуществится…» (© р/гр. Технология). Включаем закон отрицания отрицания и получаем названный выше принцип. Кому диалектика – некогда освоенный на какую-то (несомненно – положительную) отметку университетский курс, могут опровергать его дальше. Нам в другую сторону, к реальности.

Phoca PDF

А в реальности нас повсюду подстерегают больные, каждый из которых так и норовит болеть чем-то своим, особенным, да по-своему. И каждый, конечно, хочет, чтоб его «правильно» лечили. И за каждым – армия чиновников, требующих его «правильно» лечить, контролёров, проверяющих, «правильно» ли его лечат, экономистов, оплачивающих только «правильное» лечение (а за «неправильное» штрафующих), юристов, защищающих «права пациента» на «правильное» лечение – от кого? От врача? Так, он и не покушается. Прокуроров со следователями, с недавних пор особенно агрессивно стремящихся привлечь к ответственности и наказать «виновных» в «неправильном» лечении. Но врач и сам стремится лечить больного правильно, как и его работодатель.

Каждый названный и не названный сторонний oppressor и непосредственные участники событий, связанных с оказанием медицинской помощи, стремятся придать понятию «правильности» собственный смысл, пытаясь в отсутствие научного знания о предмете взять, что образно называется, криком. Порождающая хаос и конфликты в системе здравоохранения разноголосица никого, конечно, не устраивает, и наш «федеральный орган исполнительной власти, ответственный за выработку и реализацию государственной политики в сфере охраны здоровья», Минздрав России, наконец, вплотную занялся этими вопросами. Лучше бы он не занимался, как станет видно, я надеюсь, по ходу дальнейшего изложения, но не будем забегать вперёд. Так, что есть «правильное» при оказании медицинской помощи больному?

Прежде всего, необходимо признать за аксиомы пару исходных положений, опровергать которые можно, разве что, из лютой ненависти к логике: каждый живой организм на этой планете болеет по-своему и оказание ему медицинской помощи есть процесс.

По поводу первого – нет двух одинаковых индивидов. Даже гомозиготные близнецы самую малость различаются между собой комбинациями генов – каждое нормальное митотическое деление живой клетки сопровождается контролируемыми ошибками редупликации ДНК, так заложено природой, и первое деление зиготы – не исключение, а профили активности генов могут различаться уже заметно. Каждый имеет свою историю, включая и историю своих реакций на внешние и внутренние обстоятельства, к коим относятся и патогенные факторы, и проявления болезней, и исходы, и всё прочее. Неповторимость исходных посылок даёт бесконечное разнообразие клинических ситуаций, с которыми ежедневно сталкивается врач. Отсюда следует важный вывод: ни при каких условиях врач не вправе забывать о том, что любые классифицирующие признаки клинической ситуации условны. Да, в организационных, аналитических, правовых, экономических и иных целях, а главное, в целях структурирования научных данных, мы используем классификаторы, но отнесение клинической ситуации к той или иной позиции справочника, будь он хоть трижды совершенен (чего мы пока

Phoca PDF

не видели ни разу), не является целью. Цель – помочь больному справиться с болезнью. Поэтому, следует признать, что в давлении на врача, в его преследовании за логически, научно и клинически обоснованное, но формально неточное отнесение клинической ситуации к той или иной позиции классификатора, есть что-то ослиное. Но формулировать диагнозы, всё же, нужно стремиться так, чтобы врачи понимали друг друга – т.е., на основе общепринятых классификаторов, это понимают все профессионалы в медицине. Просто, не нужно превращать кодирование в самоцель.

По поводу процесса. Это заболеть можно мгновенно – например, «словив» головой тот самый кирпич, а вылечиться сразу не получится. Даже если медицинская помощь заключается, преимущественно, в относительно несложной технически и непродолжительной манипуляции (например, вправлении привычного вывиха), она ею не исчерпывается. А раз это процесс, у него есть вход и выход, начало и конец, цель, непосредственные и взаимодействующие между собой участники, условия и некое содержание. Для стороннего наблюдателя содержание это скрыто в т.н. «чёрном ящике» – мы говорили об этом в работе «Утопия простого прямого доступа».

Со стороны регламентации содержания и условий лечебно-диагностического процесса мы уже в «ящик» заглядывали – см., например, статью «К "Утопии прямого доступа": о порядках, стандартах и клинических рекомендациях» и другие. В них чётко обозначена наша (моя и других авторов) позиция по поводу клинических рекомендаций, порядков оказания и стандартов медицинской помощи, критериев оценки качества медицинской помощи и других документов: они необходимы, но каждый из них имеет своё истинное предназначение, в целях которого и должен применяться. Мы оспариваем лишь нормативную муть и смешения принципов, подмены целей и средств их достижения, оценочный примитивизм и управленческую однобокость, бездумное расширение пределов использования документов, ошибки, алогизмы и тому подобные несуразные вещи, наполняющие систему здравоохранения. Попытаемся заглянуть в наш «чёрный ящик» с другой стороны, дабы составить объёмную картину.

Так, что же происходит в «чёрном ящике»? В самом начале в него входят больной со своим заболеванием и сопровождающими его некими страданиями, и врач со знаниями в голове, навыками, какими-то возможностями для проведения исследований и лечебных процедур, а также довлеющими над ним директивами, установленными требованиями.

У больного на лбу диагноз не написан, и божественные откровения на врача тоже снисходят не иначе, как в форме интуитивных предположений. Это только апостол стандартов медицинской помощи первой волны (2004-2007 гг.) мог в частной беседе автору заявить, что «у врача с порога должна быть диагностическая модель», а на практике никакой

Phoca PDF

наклейки на лбу у больного с кодом МКБ и печатью Высшей инстанции нет. На диагноз нужно ещё выйти. Поэтому первое, что делает врач – изучает клиническую картину. Он общается с больным, собирает жалобы, изучает историю его жизни и историю развития заболевания, имеющиеся медицинские записи, проводит общий и местный осмотр, оценивает симптомы и на основании клинической картины вырабатывает рабочую гипотезу. Врач формулирует её в виде предварительного диагноза.

Только установив предварительный диагноз (здесь и далее все разграничения на этапы условны, в реальности чётких границ между ними не существует), врач обретает моральное право руководствоваться в дальнейшем ведении больного соответствующими предполагаемой патологии «нозологическими» клиническими рекомендациями. До этого момента ему не помешали бы «синдромальные», но их практически нет – единицы. Более того, самая свежая, апреля нынешнего 2018 года, версия законопроекта о внесении изменений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по поводу клинических рекомендаций, таковых и не предполагает. Согласно законопроекту, Минздрав будет определять «перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), разработка клинических рекомендаций по которым является обязательной». Такая формулировка не исключает «синдромальные» клинические рекомендации, но, боюсь, их разработка вряд ли кого-либо заинтересует. Напомню, в соответствии и с Законом в действующей редакции, и с законопроектом, «клинические рекомендации разрабатываются и утверждаются медицинскими профессиональными некоммерческими организациями», независимыми сообществами – для них «разработка клинических рекомендаций» установленного чиновниками перечня непонятным образом станет «обязательной». Этим же законопроектом врачу вменяется в обязанность «соблюдать» эти, по всему выходит, «нозологические» клинические рекомендации с момента первого появления больного на пороге. Чем не наклейка на лбу с кодом МКБ? По-хорошему, обязанность не должна возникать раньше морального права. Однако вернёмся к нашему процессу.

Врач назначает и проводит дополнительные исследования для того, чтобы подтвердить свою гипотезу и сформулировать её в виде клинического диагноза либо, при необходимости, заменить её другой. В случае сомнений врач проводит т.н. «дифференциальную диагностику» или передаёт больного другому специалисту. Так или иначе, назначается и проводится (при участии самого больного!) лечение, по ходу которого врач оценивает, как больной реагирует на терапию (а реагируют все по-своему), и проводит необходимую коррекцию. Сотрудничество врача и больного даёт возможность им обоим совместно двигаться к намеченным целям по оптимальному маршруту или близкому к нему – избранным курсом, либо, по необходимости, сколько потребуется раз откорректированным. Иногда даже приходится возвращаться в начало – к выработке альтернативной гипотезы, если нужно. Врач оценивает промежуточные и

Phoca PDF

итоговые результаты, интерпретирует их и разъясняет больному, даёт рекомендации.

Так слышу смешки коллег – и хорошо, если сдержанные. Да-да, то всё азы, «песочница», и они здесь исключительно ради подготовки к рассмотрению вопросов традиционно хуже осмысливаемых. Когда мы доберёмся до сути, боюсь, будет не до смеха. А мы уж и подбираемся.

На стороннего наблюдателя выход из «чёрного ящика» больного в состоянии, отличном от ожидаемого, производит неизгладимое впечатление причинённого ему вреда. «А! Неправильно лечили, коновалы! К ногтю!». То же впечатление будет определённо иметь и сам (выживший) больной, если врач не смог донести до него, помимо всего обязательного и прочего, то, что всё происходившее ним на протяжении процесса оказания ему медицинской помощи, от входа до выхода, носило вероятностный характер. С этим вероятностным характером нужно разобраться, как следует, и это основная задача настоящей работы.

Жалобы? Каждый врач имеет опыт общения с симулянтами и агравантами, но в крайних своих проявлениях они встречаются не так уж часто. Другое дело – слегка поднаврать, убедительности или сочувствия ради. Жалобы дело субъективное, и каждый человек вправе чувствовать по-своему. Можно ещё «тырнетов» почитать, т.с. подготовиться, и таким образом расставить акценты, чтоб никто не догадался, что на самом деле больше беспокоит больного, его страдания или его предположения об их природе. А сколько тайн хотелось бы скрыть в общем анамнезе? Да и в анамнезе заболевания.. «Споткнулся и упал, ударился..» – восемь раз подряд разными местами. Многие обстоятельства больной не раскрывает, просто не придавая им должного (откуда ему знать, что важно, а что нет?) значения. Врач направляет беседу – это классика, но большая часть информации передаётся по невербальным каналам – для них нет предписаний! Опытный врач при наличии достаточного количества времени, скорее всего, разберётся... Два необходимых условия только что названы, и они далеко не единственные. Важны и подготовка врача, и его личностные качества, условия его труда и отдыха, его мотивация, и много чего ещё. Важны, не менее, настрой больного, его убеждения, его сотрудничество, его доверие. Но и при соблюдении их всех врача можно обмануть, да и сам он может обмануться, уйти в сторону, выстроить ошибочную рабочую гипотезу. И врач проводит осмотр – общий и местный.

Здесь – свои «заморочки». Конечно, чёткой временной границы между сбором жалоб и анамнеза и осмотром быть не может. Дополнительная информация самого разного рода добывается по крупицам на всём протяжении лечебно-диагностического процесса. Всё ради выработки рабочей гипотезы, соответствующей реальности с достаточной степенью вероятности, что позволила бы наметить реалистичную цель и пройти к ней по оптимальному пути. Опытный врач при наличии достаточного

Phoca PDF

количества времени, скорее всего, выработает правильную рабочую гипотезу... Два необходимых условия только что названы, и они далеко не единственные /повтор преднамеренный/.

Понимает ли врач, что его гипотеза не является единственно верной и не может быть таковой? Как правило, да. Может ли он правильно оценить вероятность того, что она верна? Опытный – да. Не в цифрах, конечно, навскидку, но всё же. Далее, врач назначает и проводит дополнительные исследования. Не абы какие, и не предписанные свыше, а годные для подтверждения либо опровержения рабочей гипотезы (пока не внесены изменения в законодательство, о которых говорилось выше). И вот тут начинается самое интересное.

Не существует ни одного метода исследования, гарантирующего стопроцентную достоверность результатов. Что означает понятие достаточной надёжности метода? То, что при подтверждённом наличии какой-либо патологии он даёт не менее 85% положительных результатов, а при подтверждённом её отсутствии – не менее 85% отрицательных.

Современные методы перекрывают эти условные пороговые значения с запасом. В основном, можно полагаться на 90-95% при условии строгого соблюдения технологии. Это неплохо. Это даже очень хорошо – нашим совсем недавним предшественникам такое и не снилось. Однако следует учитывать, что существует ещё параметр специфичности метода, и высокая надёжность связана лишь с теми заболеваниями и патологическими процессами, для которых метод обладает высокой специфичностью. Чем дальше вы будете отдаляться от зоны максимальных диагностических возможностей метода, тем, естественно, ниже будет доверие к результатам исследования. Например, если в вашем распоряжении имеется два надёжных метода исследований для подтверждения вашей рабочей гипотезы, и они дали противоречивые результаты, то вам придётся воспользоваться менее специфичными методами, каждый из которых в отдельности, как мы теперь понимаем, не может ни подтвердить, ни опровергнуть ни один из результатов, полученных высокоспецифичными методами. И вам придётся подключать ещё, и ещё, и они будут в данном случае использованы всё дальше и дальше от зон своих максимальных возможностей. И чем больше подключать таких методов, тем менее информативны они будут для конкретной клинической ситуации. Отсюда следует важный вывод: умножение числа дополнительных исследований не способно компенсировать недостаточность основного диагностического этапа, осуществляемого врачом непосредственно. Но именно по этому тупиковому пути глубокой регламентации, формального контроля исполнения и усиления ответственности «исполнителей» пошла система здравоохранения вместо обеспечения всех названных выше и не названных условий эффективной работы врача. Кто лучше врача может определить, какие исследования следует провести данному больному, и результаты которых из них имеют больший «вес» при их расхождениях в данной

Phoca PDF

клинической ситуации? Чиновник? Юрист? Следователь? Судья?

Далее, о лечении. То же самое, нет ни одной 100% надёжной схемы лечения, ни одного метода, ни одного препарата. Всё связано с риском нежелательных реакций в частном случае применения, от недостаточной эффективности до мгновенных и фатальных. Т.н. «модель швейцарского сыра» позволяет понять, почему, несмотря на прилагаемые усилия, нежелательные события всё-таки происходят. Просто, они не могут не происходить по естественным причинам, но в наших силах уменьшить их частоту и тяжесть последствий. В классическом авторском (Джеймс Ризон) варианте модели существует 4 типа ошибок (скорее, дефектов), при совмещении которых вероятное неблагоприятное событие просто уже не может не произойти. И первая из этих системных ошибок – проблемы менеджмента. Неполноценная подготовка специалистов, безумный режим труда, демотивация и т.п. В одной из последующих работ я постараюсь раскрыть отрезвляющее содержание этой модели применительно к медицинской помощи подробнее.

Оптимальную для данного больного схему и её конкретное содержание опытный, заинтересованный, внимательный врач, располагающий достаточным количеством времени для работы с больным, в большинстве случаев может выработать. В этом помогают не только знания, почерпнутые из официальных и признанных профессиональных источников, но и интуиция, и наблюдательность, и опыт наставников, и его вовлечённость в процесс, однако его практические возможности резко и искусственно ограничены. Кто лучше врача определит, что «пойдёт» данному больному, а что вряд ли, что именно для него представляет большую, а что меньшую опасность? Снова, чиновник? «Жираф большой, ему видней» (© В.С. Высоцкий). Да, врачу милостиво позволили назначать и использовать методы лечения и препараты, не предусмотренные стандартами медицинской помощи (это есть в Законе), или (это есть в законопроекте) клиническими рекомендациями, или (вот, чушь форменная) «критериями оценки качества медицинской помощи», «протаскивая» каждое (!) такое решение через врачебную комиссию. Не потому, что врачу необходимо обсудить с коллегами сложный случай, а потому, что априори не доверяющий ему чиновник повелел, а депутат того поддержал.

Эти рассуждения возвращают нас от популярных, спекулятивных по своей природе фантазий на широчайшую тему «правильного лечения» в понимании «лечения по стандартам» во всех её вариациях, от стандартов медицинской помощи – вроде бы для врача не обязательных, но за «нарушения» которых медицинская организация – т.е., работодатель врача, будет крепко наказана рублём, «обязательных клинических рекомендаций/руководств» и «протоколов лечения» до «критериев оценки качества медицинской помощи», почему-то понимаемых чиновниками как требования, которые надо «исполнять», и прочих попыток заставить врача исполнять безличные предписания вместо лечения живого человека и

Phoca PDF

оценить работу врача по т.н. «чек-листам» исполнения таких предписаний к важности клинической работы. К важности её профессионального (ответственности, обоснованности, умения и т.д.) содержания и её условий.

Если «на переходе» к этапу дополнительных исследований рабочая гипотеза недостаточно надёжна, все дополнительные методы, сколько бы их ни было включено в тот или иной «обязательный» перечень, способны лишь приумножить сомнения в её верности. Если вместо внимательного и вдумчивого ведения больного врач будет исполнять предписания тех, кто этого больного в глаза не видел и даже не предполагал его существования, а всё остальное время будет занят оформлением медицинской и псевдомедицинской документации, его изначально недостоверную рабочую гипотезу будет невозможно ни подтвердить, ни опровергнуть, сколько бы дополнительных методов не было использовано. Тем более всё печально, что нередко в медицинскую документацию вносятся предполагаемые сведения вместо реальных, полученных в результате ответственно произведённых действий, опроса и осмотра, прежде всего, и к сожалению, такое случается всё чаще в потогонной и запредельно формализованной системе. То же и с целями оказания медицинской помощи – ни корректно их установить, ни достичь оптимальным для данного больного путём без глубокого погружения в индивидуальную ситуацию не получится, но именно этого погружения система стремится не допускать.

Здесь я вынужден вновь напомнить уважаемым коллегам о том, что вопрос, нужны ли врачу клинические рекомендации, в принципе не стоит. Безусловно, врачу они необходимы как ценнейшие концентрированные источники современных надёжных знаний. Должен ли врач использовать их в своей работе? Да, конечно. Наиболее востребованные он запомнит. Остальными научится пользоваться – для этого он должен их иметь под рукой, желательно в интерактивной электронной форме, и хорошо в них ориентироваться. Врачу, конечно, нужно на всё это время.

Очевидно, пойдя по пути чрезмерной детализации требований и неоправданного расширения регламентируемых зон, система сама себя загоняет в тупик, из которого выйти, не отменив большую часть отраслевых нормативных актов, не сможет, а этого не случится. Она будет вынуждена всё более настойчиво заставлять врача плевать на страдания всякого «нестандартного» больного и спрашивать с него за «главное, чтобы костюмчик сидел», или как дизель, пойдёт вразнос, бесконечно расширяя «обязательные» назначения. Последнее на первый взгляд может показаться маловероятным, но если принять во внимание интересы и возможности производителей и поставщиков лекарственных средств и изделий медицинского назначения, вполне реалистично.

По поводу заглавия. Проблема состоит в том, что почти каждый человек

Phoca PDF

за свою жизнь не единожды обращается за медицинской помощью. А врач оказывает медицинскую помощь изо дня в день многим больным – просто потому, что врачей гораздо меньше, чем других людей в стране (и довольно быстро становится ещё меньше благодаря довольно странной ведомственной кадровой политике и по другим причинам). И каждое обращение за медицинской помощью связано с риском неблагоприятных последствий не только неверного с клинической точки зрения выбора, но и применения каждого метода профилактики, диагностики, лечения и реабилитации и для больного, и для врача. Т.е., рост числа «обязательных» медицинских вмешательств не повышает достоверность результатов диагностики и не улучшает результаты лечения, но сопровождается умножением рисков. Соответственно, чем больше медицинских вмешательств производится, тем выше у каждого человека вероятность обнаружить свою индивидуальность и встретить свой рок. Врачу в нынешних условиях роль организатора такой встречи практически гарантирована – её теперь можно назвать случайной с большой натяжкой. У больных риски будут расти быстрее с ухудшением здоровья населения в целом, с уменьшением числа врачей, с увеличением их нагрузки и, конечно, с ростом числа «обязательных» медицинских вмешательств, воплощённых в требованиях для врачей.

Минздрав вместо того, чтобы создавать системно условия для понимания обществом общих принципов работы «чёрного ящика», врачом – его содержимого, того, как именно работает каждый элемент каждой цепи и того, как сделать так, чтобы он работал лучше в том или другом случае, а больным – того, что именно с ним происходит и почему, старается разломать «ящик» и показать всем желающим его нутро. Сломанный он «работать» не будет. По сути, Минздрав возглавил крестовый поход против искусства врачевания и его носителей – Врачей. Это говорит о недостаточной управленческой компетентности отраслевого регулятора и слабости его позиций.

Вывод, который мы просто обязаны сделать в резюме статьи: выхолащивание сущности врачебной работы в традиционном её значении – как профессиональной, базирующейся на современных знаниях и технологиях, опыте, заинтересованности, наставничестве и клиническом мышлении помощи больному, приведёт не только к плохим результатам во множестве частных случаев и негативному кумулятивному эффекту для здоровья населения в целом, но и к неоправданным, стремящимся в бесконечность затратам и рискам. Принуждение врача к механистическому прикладыванию безличных предписаний к больному под страхом наказаний разного рода, с горячим «одобрямсом» несведущих масс, вполне способно превратить систему здравоохранения в holocaust system.

Обсудить в Телеграм

Обсудить вКонтакте

Phoca PDF

Категория: Проблемы здравоохранения
Опубликовано: Суббота, 05 мая 2018, 14:29
Автор: Андрей Таевский
Просмотров: 6294

Каталог решений Здрав.Биз.

Всегда ваш, Андрей Таевский.

Phoca PDF