

Петрова Л.Е., Царькова С.А.

Качество деятельности врача: оценка работы и дополнительного профессионального образования

ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург

Petrova L.E., Tsarkova S.A.

The quality of the physician: assessment of the work and postgraduate professional education

Резюме

Качество деятельности врача рассмотрено как социальный феномен, отражающий реализацию ожиданий общества и профессионала к своей деятельности, что выходит за рамки формализованных организационных оценок. По результатам анкетирования в 2012 г. 734 врачей и 172 руководителей ЛПУ зафиксирован высокий уровень удовлетворенности повышением квалификации. Однако дополнительное профессиональное образование слабо связано с компенсацией профессиональных проблем, заявленных врачами (низкий социальный статус врачебной профессии в российском обществе, усиление требований на рабочем месте). Эффекты институционального влияния не компенсируют позитивные оценки своей работы (альтруизм, самореализация), что указывает на необходимость для рядового врача искать альтернативные формальному образованию компенсаторные механизмы.

Ключевые слова: постдипломное медицинское образование, профессионализм врача, качество деятельности врача

Summary

The quality of the physician was examined as a social phenomenon reflecting the expectations of the society and the professional to medical activities, that is beyond the formal organizational assessments. In 2012 according to results of the questionnaire, 734 doctors and 172 heads of medical institutions recorded a high level of satisfaction with advanced training. However, the postgraduate professional education has little to do with the compensation of professional problems declared by doctors (low social status of the medical profession in Russian society, the increasing demand in the workplace). The effects of the institutional impact do not compensate for a positive evaluation of their work (altruism, self-actualization), which points to the need for an ordinary physician to look for alternative compensatory mechanisms to formal education.

Keywords: postgraduate medical education, medical professionalism, the quality of the physician

Введение

Атрибутами профессии врача являются высокая степень социальных ожиданий и скорость изменений в объеме знаний. Современный тренд оценивания профессии и образования в медицине характеризуется стремлением к максимальной стандартизации, что вполне объяснимо идеологией менеджмента качества оказания услуг. Медицинская помощь становится медицинской услугой. Принятые сегодня в науке и практике оценки качества деятельности врача носят по преимуществу технократический характер, предполагая характеристику результата воздействия, а не результата активности профессионала. Отношение к здравоохранению в российском обществе остается амбивалентным: все более нуждаясь в качественной медицинской помощи, пациенты все меньше делают для собственного здоровья и все более критично оценивают усилия медперсонала. Понятия «качество деятельности врача» и «качество медицинской помощи» можно описать как конвенциональные: их содержание

различается в официальном дискурсе и в общественном мнении.

В современной научной периодике понятие «качество деятельности врача» рассматривается по преимуществу с формальных позиций. Так, Лычев В.Г. и Карманова Т.Т. [2] подробно и полно описывают подход к понятию «качество деятельности врача», отражая лишь механическую привязку стандартов менеджмента качества к врачебной практике. Немногочисленны публикации, авторы которых делают попытку выйти за пределы метрических показателей качества деятельности. А.С. Оправин и соавторы делают акцент в исследовании на основных показателях качества жизни врачей-стоматологов в аспекте профессиональной деятельности. Достигая цель выявить степень удовлетворенности профессиональной деятельностью врачей-стоматологов в зависимости от основных показателей качества жизни, был проведен опрос 394 врачей-стоматологов, проживающих в Северо-западном округе РФ. Основной вывод исследования: в большей

степени удовлетворены своей работой и менее подвержены влиянию таких факторов, как недостаточное материальное вознаграждение за труд, большая профессиональная нагрузка, врачи-стоматологи с высокими общими показателями физического и психического компонентов здоровья [3]. Т.П. Васильева и соавторы описали личный потенциал врача как фактор улучшения качества медицинской помощи, выявив снижение интегральной оценки личного потенциала врачей, особенно по таким компонентам, как психологический, инновационный, поведенческий. Установлено достоверное влияние исходного уровня личного потенциала врача на результативность его деятельности [1].

Материалы и методы

Представляется, что перспективным направлением междисциплинарных усилий (менеджеров здравоохранения и профессионального образования, социологов медицины, общественных организаций в медицинской сфере и др.) является создание комплексной модели качества деятельности врача, включающей установки и отношение врача к труду, дополнительному профессиональному образованию и собственному здоровью, характеристики социального статуса профессионала-медика.

Такая постановка вопроса конструктивна в научном контексте – социология медицинских профессий в России до сих пор остается неразвитой областью знаний. Перспективны социологические исследования качества деятельности врачей и для практики – в частности, в связи с актуальной задачей создания профессиональных стандартов.

Один из основоположников социологии медицины – Э.Ч.Хьюз – профессию врача рассматривал не только как набор технических знаний и навыков, но и профессиональную медицинскую культуру, противостоящую бытовательской [4]. Медицинское образование – в том числе постдипломное – это переход из бытовательской медицинской культуры в профессиональную, освоение социальной роли врача, неизбежно сопряженное с целым рядом трудностей, дилемм и выборов. Именно эта классическая идея нашла отражение в нашем проекте – как на уровне гипотезы, так и в интерпретации полученных данных.

Естественно, широкий социологический взгляд на качество деятельности врача не исключает циркулирующую в организационном контексте схему, например, форму оценивания при присвоении квалификационной категории, в которой указываются в первую очередь формальные критерии (образование, опыт и стаж работы, специальность, научная деятельность – наличие степени и звания, публикаций, изобретений, патентов, знание иностранных языков, наличие званий). Дополняет список индикаторов качества деятельности врача характеристика на специалиста, включающая результативность деятельности специалиста, деловые и профессиональные качества (ответственность, требовательность, объемы и уровень умений, практических навыков и др.), врачебные ошибки, приведшие к нежелательным последствиям, знание и использование деонтологических принципов,

повышение профессиональной компетенции, использование на практике современных достижений медицины и т.д., разделы специальности, методы, методики, которыми специалист владеет в совершенстве, уникальные методы, приемы, технологии, освоенные специалистом, и т.п. Решение о присвоении квалификационной категории принимается в том числе с учетом выполнения тестовых заданий. Таким образом, можно фиксировать, что официальный дискурс оценки качества деятельности врача весьма формален, не связан с оценкой работы профессионала группой клиентов (пациентов), не предполагает фиксацию усилий врача по преодолению имеющихся в его работе трудностей и проблем. Профессиональный словарь современного врача и руководителя ЛПУ богат бюрократизмами, медицинскими неологизмами – «шаблоны», «протоколы», «модели», «стандарты», «карта маршрутизации», «норматив», «расчет», «шкала», «порядок», «приказ» и пр. В этом лексическом наборе уже совсем не видно ни пациента, ни врача.

Представленный в данном исследовании подход предполагал комплексный сбор сведений об удовлетворенности трудом и образованием у двух активно взаимодействующих групп – практикующих врачей и руководителей ЛПУ.

Анализ качества деятельности врача был реализован в комплексном социологическом исследовании, проведенном авторами на ФПКПП УГМА в 2012 г. В анкетировании (191 индикатор) приняли участие 734 врача, проходивших обучение на указанном факультете в январе – июне 2012 г. Объем выборки и необходимость регулярно повышать квалификацию дают основание полагать, что данные репрезентируют актуальную социально-профессиональную группу врачей Уральского региона. Выводы дополнены результатами анкетного опроса руководителей ЛПУ и подразделений медицинских учреждений (172 чел.). Данные обработаны с использованием программы Vortex.

Условное разделение материала на медицинские и социальные аспекты связано с основной гипотезой проекта – удовлетворенность образовательными услугами по повышению квалификации врача коррелирует с установками на профессию и экстраполяцию требований к пациентам на себя.

Результаты и обсуждение

Респонденты оценивали удовлетворенность обучением на ФПКПП УГМА по 10-балльной шкале в табличном вопросе с предложенными вариантами ответа. В целом, оценки варьируются от 9 до 7, то есть являются высокими, что свидетельствует об удовлетворенности слушателей полученным образованием.

Основываясь на средних по массиву оценках, можно представить следующую иерархию: выше всего оценены методическое обеспечение занятий (квалификация преподавателей, контакт со слушателями, обеспечение учебными материалами) – 8,89 баллов; современность, актуальность полученной информации для работы – 8,87 баллов; польза от занятий для улучшения клинической

работы – 8,8 баллов. Вторая группа оценок относится к оценке соответствия содержания занятий потребностям в повышении квалификации – 8,44 балла и к организации обучения (расписание, условия, б/г) – 8,13 баллов. Третья группа оценок – польза от занятия для общения с пациентами – 7,74; польза от занятия для общения с руководителями ЛПУ – 6,94 балла. Таким образом, высоко оценены приоритетные направления усилий организаторов обучения – квалификация и методика, актуальность и влияние на клиническую работу. Коммуникационные характеристики получили гораздо более низкие оценки.

Открытым был вопрос «Что Вы считаете главным результатом обучения на ФПК и ПП?»». Большинство респондентов считают главным обновление знаний, методов, методик – 75% ответивших; значимо внедрение знаний в практическую деятельность – 23%; абстрактный ответ – «повышение квалификации» – дали 11%; указали на обмен опытом как на главный результат обучения 8%; получение сертификата является главным результатом для 6%; саморазвитие – 4%; совершенствование клинической базы – для 2% ответивших. По одному проценту ответивших относятся также к следующим вариантам ответа: получение категории, смена обстановки, формирование личностной мотивации к повышению профессионального уровня, развитие новых идей, разъяснение по нормативным документам, практика, улучшение качества лечения пациентов, получение новой специальности.

Произведенный факторный анализ этих двух вопросов привел к выделению 3 групп мотивационных характеристик результатов повышения квалификации: фактор 1 – «важность формальных результатов» – 37%, фактор 2 – «ориентация на пациента» – 19%, фактор 3 – «по приказу» – 2%.

Косвенным показателем удовлетворенности и основанием для планирования повышения качества образовательных услуг являются ответы на вопрос «Как часто Вы предпочли бы повышать квалификацию?». С отрывом от работы половина врачей предпочли бы повышать свою квалификацию один раз в год. Еще 15% ответивших – раз в 3 года, 13% – раз в 2 года, и 12% – 1 раз в 5 лет. Таким образом, зафиксирована значимая группа обучающихся, которые предпочитали бы чаще повышать квалификацию с отрывом от работы.

Удивительно, но частота повышения квалификации без отрыва от работы мало отличается по результатам опроса. Так, 39% делали бы это 1 раз в 5 лет, 33% – 1 раз в 3 года, 15% – раз в год, 6% – раз в 2 года. Таким образом, «выездной» формат вполне приемлем для врача, и это можно интерпретировать в том числе с использованием приведенных выше данных об основных результатах обучения на ФППиПК как важный мотив – отвлечься от рабочей рутины.

В целом же, респондентами заявлена установка на более частое, чем предлагается формально, повышение своей профессиональной квалификации.

В опросе работодателей мы видим несколько иную картину. Так, на вопрос «Если вы лично могли выбирать, с какой регулярностью вы организовывали бы профес-

сиональную подготовку для врачей своего ЛПУ?» опрошенные руководители ЛПУ и зав. отделениями указали, что с отрывом от работы повышение квалификации следует организовывать 1 раз в 5 лет (48% опрошенных), 1 раз в 3 года (30%); без отрыва от работы – 1 раз в год (30%), 1 раз в 2 года (11%), 1 раз в 3 года (8%), 2 раза в год (6%). То есть согласие с имеющимся форматом повышения квалификации мы видим и здесь, однако для врачей востребовано менее интенсивное обучение.

Установки руководителей ЛПУ («заказчиков» дополнительного профессионального образования, основных внешних потребителей услуг ФПП и ПК) на частоту и регулярность обучения врачей следует интерпретировать с учетом указанных в опросе трудностей в организации повышения квалификации врачей вверенного ЛПУ или подразделения. На первом месте – проблемы с заменой врача на время учебы (72% опрошенных дали такой ответ). Также значимы проблемы финансирования повышения квалификации – ответы 38% респондентов. Низкая мотивация врачей к повышению квалификации как проблема указана 16%, отсутствие практического эффекта обучения – 16%, неудовлетворенность врачей обучением – 11% опрошенных. Как видно, преобладают организационные проблемы с повышением квалификации врачей.

Оценка удобства и эффективности форм повышения квалификации в оценках руководителей ЛПУ выглядит непротиворечиво, хотя здесь имеются свои особенности. Так, освоение типовой программы в течение года короткими очными циклами (модулями) по 36 или 72 часа назвали удобной формой 50%, а эффективной – 41%; традиционная очная форма – один раз в 5 лет в объеме от 144 до 576 час. указана как удобная 43% опрошенных, а как эффективная – 49%; освоение теоретической части типовой программы с использованием дистанционной (заочной) формы обучения считают удобной 26% опрошенных руководителей ЛПУ, а эффективной – 14%; телемедицинские технологии (чтение лекций в режиме on-line) удобны – по мнению 17%, а эффективны – по мнению 13%.

Как видно, фиксируется некоторая разница между выбором в пользу удобства или эффективности: удобнее – короткие или дистантные циклы, эффективны – традиционные.

Для характеристики качества деятельности врача, полноты реализации социального статуса врача в анкете были заданы вопросы «Что является главным в профессии врача для Вас лично?» и «Что составляет основную трудность для вашей работы в настоящее время?».

Позитивные характеристики профессии в оценках опрошенных врачей выглядят следующим образом (приведены данные от числа опрошенных, т.к. использовалась шкала с возможностью выбора нескольких вариантов ответа):

Возможность помогать пациентам (улучшить их здоровье) – 70%;

Стабильность, востребованность моей профессии – 49%;

Возможность реализовать свой личный потенциал в работе – 43%;

Возможность обезопасить себя и близких в случае болезни – 39%;

Уважение к моей работе, престиж профессии – 25%;

Возможность использования знания, полученные в мединституте – 21%;

Материальный фактор (зарплата) – 19%;

Работа в коллективе профессионалов-медиков – 19%;

Интерес к особенностям анатомио-физиологического строения человека – 4%.

Актуальные трудности работы врача в оценках опрошенных следующие:

Недооценка обществом работы врача – 61%;

Низкий уровень оплаты моего труда – 61%;

Усиливающиеся требования к работе врача – 29%;

Большой поток пациентов – 25%;

Психологическая усталость от работы – 24%;

Поведение пациентов – 22%;

Условия труда на рабочем месте – 20%;

Большое число новых медицинских препаратов – 9%;

Освоение нового медицинского оборудования – 5%;

Конкуренция между врачами – 3%.

Факторный анализ этого вопроса привел к выводам о наличии 4 групп связанных между собой характеристик трудностей работы врача: «рабочее место» – 20%, «сильные требования к работе» – 20%, «боязнь нового» – 17%, «поведение пациентов» – 15%. Их можно считать барьерами профессионализма – указанные проблемы затрудняют реализацию потенциала врача.

Вопрос о трудностях в работе врача был полузакрытым – респондентам в анкете помимо выбора из списка вариантов ответа была дана возможность самостоятельно дописать ответ. Всего такой открытый («свой») ответ дали 4% респондентов, что немного, но вполне соответствует поведению опрашиваемых в подобной методической ситуации. Открытые ответы важны с точки зрения возможности личного высказывания. Мы разделили эти самостоятельные высказывания врачей-респондентов на 2 группы и приводим с соблюдением лексики в записях.

Первая группа открытых ответов – «факты»: низкий уровень оснащенности, устарелость аппаратуры; увеличение бумажной волокиты, не хватает времени на больных; большое количество отчетов, проверок; сокращение кадров, нехватка врачей; отсутствие должного финансирования; несоответствие материально-технической базы, условий труда современным требованиям; отсутствие укомплектованного штата; юридическая незащищенность врача; ограничение медикаментов; нестабильный поток пациентов круглосуточные дежурства, вызовы; распространение коммерческих медицинских центров; СМИ выражают негативную информацию; «свешивание» других обязанностей на врача; нет возможности консультации с другими специалистами врачами; конкуренция среди врачей без соблюдения этических норм; ухудшение в плане обследования, т.к. обследования становятся платными; низкий уровень управления администрации; лень пациентов, их потребительское отношение; отсутствие Интернета.

Вторая группа трудностей – «впечатления/последствия»: эмоциональное выгорание, психологическая напряженность; отсутствие заинтересованности высшего руководства в улучшении ситуации, недооценка реальной ситуации; негативное, небрежное отношение со стороны начальства; недооценка государством профессии врача; неуверенность в завтрашнем дне; плохие взаимоотношения в коллективе, молодым врачам не дают работать; переоценка Минздравом возможностей врача в профилактике заболеваний.

Еще одной важной характеристикой профессионализма и реализации социального потенциала врача является атрибуция ответственности, что было измерено в анкетировании врачей с помощью вопроса «Кто должен активно влиять на формирование здорового образа жизни россиян?» с десятью вариантами ответа.

Факторный анализ этого вопроса позволил судить об установках врачей. Выделено 3 фактора в атрибуции ответственности за формирование здорового образа жизни соотечественников: медицина – 24%, власть – 27%, общество – 21%. Как видно, атрибуция ответственности почти симметрична по субъектам влияния.

Заключение

Сопоставив данные о характеристиках профессии с оценками удовлетворенности повышением квалификации в массах врачей и руководителей ЛПУ, можно сформулировать несколько выводов. Во-первых, содержательные характеристики удовлетворенности повышением квалификации слабо связаны с компенсацией профессиональных проблем. Последние локализованы в поле самооценок, рефлексии по поводу социального статуса врачебной профессии. Это не входит и не может входить в образовательные программы для врачей.

Во-вторых, высокая в целом удовлетворенность врачей образовательными услугами носит по преимуществу формальный характер – исполнения, реализации требований. С учетом формального же характера образования (в отличие от информальной и неформальной его форм) это вполне объяснимо и приемлемо. С социологической точки зрения, это указывает на необходимость для рядового врача искать альтернативные формальному образованию компенсаторные механизмы. С позиций менеджмента, ситуация выглядит благополучно, хотя данные безусловно могут использоваться для контроля качества образования.

В-третьих, сочетание позитивных и негативных характеристик работы врача с картиной удовлетворенности образованием указывает на высокую социальную нагрузку рассматриваемой социально-профессиональной группы. Поле негатива – это эффекты институционального влияния (низкий социальный статус, усиление требований). Поле позитива – альтруистические по преимуществу мотивы, связанные с профессиональной самореализацией «по содержанию». Врачи как социальная группа российского общества редко рассматриваются в качестве объекта социальной работы; в социальной политике они представлены главным образом как субъект, а не объект

преобразований. Своего рода сила профессиональной упругости (как в законе Гука) – это актуальный социокультурный феномен. Достигнет ли упругость профессионализма врачей своего предела при повышении давления, деформаций в системе?

В-четвертых, картина качества деятельности врача представляет собой амбивалентную конструкцию, где формализованные, стандартные элементы почти не связаны, не оказывают влияния на оценки статуса профессии, содержательные характеристики труда в медицине. Представляется, что это – следствие конвенциональной

природы оценки качества деятельности врача в российском обществе. ■

Петрова Л.Е., к.соц.н., доцент кафедры социальной работы ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; Царькова С.А., д.м.н., профессор, декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО УГМА Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку Петрова Л.Е., 620028, г. Екатеринбург, ул. Ретина, 3, офис 205, (343)2148675, электронный адрес docentpetrova@gmail.com

Литература:

1. Васильева Т.П., соавт. Личный потенциал врача как фактор улучшения качества медицинской помощи // Медицинский альманах. 2011. № 3. С. 18-21.
2. Лычев В.Г., Карманова Т.Т. Контроль деятельности участкового врача-терапевта // Здоровоохранение в РФ. 2008. № 5. С. 17-21.
3. Отравин А.С., соавт. Профессиональная деятельность врачей-стоматологов в аспекте основных показателей качества жизни // Экология человека. 2008. № 12. С. 20-23.
4. Хьюз Э. Изготовление врача: общая формулировка идей и проблем // Журнал исследований социальной политики. 2009. Т. 7. № 3. С. 313-326.