

АНАЛИЗ СИСТЕМ И ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР 14

Как создать условия для адаптации умений и навыков врачей к новым потребностям и для непрерывного образования

Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw и Craig Campbell



Ключевые слова:

EDUCATION, MEDICAL,
CONTINUING

QUALITY ASSURANCE,

HEALTH CARE

CLINICAL COMPETENCE

PHYSICIANS, FAMILY – standards

Данный документ представляет собой очередной аналитический обзор из новой серии, предназначенной для государственных деятелей, руководителей высшего звена и организаторов здравоохранения.

При подготовке таких обзоров ставится задача разработать ключевые концепции формирования политики, основывающейся на фактических данных, и редакторы обзоров – в сотрудничестве с авторами – продолжают работу по совершенствованию этой серии, в частности путем повышения внимания к вопросам, связанным с выбором тех или иных стратегических подходов и их реализацией.

© Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2010 г.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Как создать условия для адаптации умений и навыков врачей к новым потребностям и для непрерывного образования

Содержание

	Страница
Основные положения	
Реферат	
Краткий аналитический обзор	
Вопрос стратегического значения: поддержание профессиональных навыков врачей на уровне, соответствующем требованиям современной практики	1
Обеспечение качества помощи посредством стратегий непрерывного образования	10
Какие нужны стратегические подходы, условия и стимулы для обновления знаний и навыков врачей?	25
Соображения, касающиеся практической реализации	35
Резюме	41
Библиография	42
Приложения	46

Авторы

Tanya Horsley, Centre for Learning in Practice, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Канада

Jeremy Grimshaw, Centre for Best Practices, Institute of Population Health, University of Ottawa и Canadian Cochrane Centre, Канада

Craig Campbell, Office of Professional Affairs/Centre for Learning in Practice, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Канада

Редакция

Европейское региональное бюро ВОЗ и Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения

Главный редактор
Govin Permanand

Соредакторы
Josep Figueras
Manfred Huber
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Ответственные за выпуск
Kate Willows Frantzen
Jonathan North
Caroline White

Приглашенные редакторы
Leen Meulenbergs
Willy Palm
Matthias Wismar

Авторы и редакторы выражают благодарность рецензентам за их экспертную помощь и за комментарии о данной публикации.

No: 14

ISSN 1998-4081

Основные положения

Вопрос стратегического значения и общая характеристика ситуации

- Знаний и навыков, приобретенных по завершении додипломного и последипломного профессионального медицинского образования в специальных учебных заведениях, недостаточно для того, чтобы на всем протяжении карьеры сохранять профессиональную компетентность и надлежащее качество выполнения своих обязанностей, поэтому предполагается, что врачи будут самым реальным образом заниматься непрерывным образованием, т.е. учиться на протяжении всей жизни.
- Проблемы неодинакового качества предоставляемой помощи, безопасности системы здравоохранения и частоты неблагоприятных исходов, вызывающие обеспокоенность специалистов и общественности, становятся предметом все более пристального изучения.
- В Европе сегодня нет общепринятого подхода к непрерывному образованию. Однако существует общее согласие в том, что пациенты получают услуги наивысшего качества тогда, когда люди, оказывающие им помощь, поддерживают свою компетентность путем участия в программах непрерывного повышения и оценки своей квалификации.
- В настоящее время отсутствуют какие-либо стандарты, которые бы регламентировали такие аспекты стратегий в отношении непрерывного образования, как организация и управление образовательной деятельностью, системы стимулирования участия, системы классификации видов деятельности или зачетных баллов, стандарты аккредитации, право врачей по своему усмотрению выбирать виды образовательной деятельности, аккредитация предполагаемых поставщиков образовательных услуг и спонсорская поддержка со стороны промышленности.

Стратегические подходы

- Диссонанс между ожиданиями пациентов и умениями и навыками врачей побуждает последних к тому, чтобы подкреплять утверждения о своем "профессионализме" более вескими аргументами. Для повышения ответственности можно было бы подумать о том, чтобы сделать участие врачей в системах или программах непрерывного повышения квалификации (НПК) обязательным.
- Для составления и реализации такого плана учебы врачей, который соответствовал бы профилю и потребностям их практики, большое

значение будет иметь как повышение, так и обеспечение качества и академической строгости поставщиков образовательных услуг или программ обучения, с помощью которых врачи будут повышать свой профессиональный уровень. Представляется важным выработать единую систему аккредитации на право проведения НПК для поставщиков образовательных услуг и программ обучения.

- Чтобы устранить препятствия, существующие внутри системы медико-санитарной помощи, и получить от непрерывного образования максимальную пользу для обеспечения качества помощи больным и благоприятных исходов лечения, врачи, поставщики услуг НПК и вся система медико-санитарной помощи в своих подходах к непрерывному образованию и НПК должны следовать принципу "коллективной ответственности".

Соображения, касающиеся практической реализации

- Если цель систем НПК состоит в том, чтобы добиться улучшений в оказании высококачественной помощи больным и тем самым улучшить исходы лечения больных, то и среда, в которой работают врачи, должна благоприятствовать этому и строиться таким образом, чтобы поощрялось приобретение новых знаний и улучшались условия для этого.
 - В Европейском союзе (ЕС) на пути у тех, кто стремится к гармонизации непрерывного повышения квалификации во всех государствах-членах, все большим препятствием становится разнообразие систем НПК. Для того, чтобы выстроить равноценные и успешно функционирующие национальные системы НПК, соображения, касающиеся обеспечения необходимой инфраструктуры, должны охватывать следующие аспекты: взаимное согласование и признание НПК, единообразие стандартов аккредитации, наличие рациональных и доступных механизмов осуществления НПК, одинаковые стандарты в отношении стипендий, предоставляемых в порядке спонсорской помощи промышленностью, и наличие единой системы показателей для оценки качества выполнения профессиональных функций.
-

Реферат

Вопрос стратегического значения

Знаний и навыков, приобретенных по завершении додипломного и последипломного профессионального медицинского образования в специальных учебных заведениях, недостаточно для того, чтобы на всем протяжении карьеры сохранять профессиональную компетентность и качество выполнения своих обязанностей на должном уровне. Поэтому предполагается, что медицинские работники будут либо участвовать в организованных программах непрерывного образования, либо заниматься самообразованием, чтобы в своей практике всегда оставаться на уровне современных требований, для чего будут применять эффективные методы поиска и приобретения новых знаний (т.е. вести свою врачебную практику на основе новейших фактических данных) и осуществлять самостоятельно планируемые стратегии повышения квалификации – иными словами, постоянно учиться на протяжении всей жизни.

От медицинских работников требуется реальное участие в непрерывном образовании в условиях, когда происходят быстрые изменения в системах медико-санитарной помощи, которые испытывают возрастающие перегрузки, вызванные недостаточностью финансирования, неадекватностью кадровых ресурсов здравоохранения (например, слишком мало медицинских работников, неподходящая профессионально-квалификационная структура кадров) и ограниченностью доступа к данным о качестве оказываемой помощи или об исходах предоставляемой сегодня медицинской помощи. К этим трудностям прибавляется и то, что обеспокоенность врачей и общественности в связи с неодинаковым качеством предоставляемой помощи, безопасностью системы здравоохранения и частотой неблагоприятных исходов все чаще становится объектом пристального внимания.

В Европе сегодня нет единого подхода к непрерывному образованию. Однако существует общее согласие в том, что пациенты получают услуги наивысшего качества тогда, когда люди, оказывающие им помощь, поддерживают свою компетентность путем участия в программах непрерывного повышения и оценки своей квалификации.

Что касается ЕС, то, несмотря на возрастающее значение непрерывного медицинского образования (НМО) и внедрение в некоторых государствах-членах практики переаттестации врачей, получить информацию об участии в программах НМО в каждой отдельной стране по-прежнему трудно. Разнообразие норм и правил, регламентирующих НМО в странах ЕС, затрудняет любые попытки добиться гармонизации образования и практики врачей во всем ЕС. Хотя обеспечение НМО, по всей видимости,

так и останется обязанностью каждого государства, стандартов, которые регулировали бы продолжение образования врачей после получения ими лицензии на право ведения практики, на сегодняшний день нет.

Возможные стратегические подходы

Отношения между общественностью и медиками омрачаются тем, что существует диссонанс между ожиданиями пациентов и возможностями лечащих их врачей. Именно этот диссонанс и побудил сообщество врачей к тому, чтобы подкреплять утверждения о своем "профессионализме" более вескими аргументами и содействовать разработке программ непрерывного образования для того, чтобы таким образом усилить ответственность за поддержание своей компетентности при осуществлении практики.

Хотя и считается, что обязательное участие в непрерывном образовании с целью повышении уровня знаний и навыков дает большую пользу как для врачей, так и для населения, это отнюдь не означает, что у всех врачей будет одинаковое мнение относительно путей развития таких систем образования в странах ЕС.

В идеале системы НМО должны (среди прочего) поддерживать выработку навыков и умений, необходимых для того, чтобы учиться на протяжении всей жизни, они должны соответствовать характеру работы каждого обучающегося в этих системах, удовлетворять осознаваемые и неосознаваемые потребности профессиональной деятельности каждого обучающегося и включать в себя постоянную оценку того, как работает отдельный обучающийся или вся бригада медико-санитарной помощи, в которую он или она входит. Само по себе участие в обязательных системах НМО пропагандируется как ответ на ожидания общества, профессиональная необходимость и нормативное требование.

Внутри систем додипломного и последипломного медицинского образования были разработаны и внедрены методики аккредитации, основанные на давно укоренившейся совокупности принципов, норм и показателей. В нескольких национальных системах были созданы системы аккредитации, ориентированные на поставщиков услуг в области непрерывного медицинского образования, индивидуальные программы или виды образовательной деятельности или одновременно на то и другое. Как правило, в основу систем аккредитации, касающихся видов образовательной деятельности в области НМО, положен определенный набор норм, описывающих образовательные и этические требования, которые должны быть соблюдены для того, чтобы тот или иной вид деятельности был включен в систему НПК или чтобы за него могли начисляться зачетные баллы.

Если говорить конкретно о ЕС, то здесь существуют предпосылки, способствующие взаимному признанию национальных систем аккредитации НМО во всех государствах-членах. Взаимное признание можно было бы организовать таким образом, чтобы все системы аккредитации НМО обязательно были одинаковыми или "существенно эквивалентными". Существенная эквивалентность основывается на способности каждой системы отражать единый набор принципов, ценностей и показателей оценки.

Независимо от сферы, охватываемой видами образовательной деятельности, которые включены в национальную систему образования в рамках НМО, или от количества зачетных баллов, которые должны быть начислены за эти виды, в основе процесса существенной эквивалентности лежит способность систем НМО продемонстрировать, как в каждой из них реализуются и выражаются эти принципы, ценности и показатели оценки.

Врачи сталкиваются с несколькими препятствиями, которые в принципе могут помешать им оптимизировать оказываемую ими помощь на основе знаний, полученных в результате участия в образовательной деятельности в рамках непрерывного медицинского образования. Эти препятствия могут возникать на самых различных уровнях (например, на структурном, организационном, на уровне группы коллег равного статуса, на индивидуальном уровне) и по самым разным причинам (например, информационная перегрузка в ходе интенсивных врачебных консультаций, приводящая к упущениям, или ожидания пациентов).

Для того, чтобы устранить эти препятствия и получить от непрерывного образования максимальную пользу для обеспечения качества помощи больным и благоприятных исходов лечения, врачи, поставщики услуг НМО и вся система медико-санитарной помощи должны принять подход, основанный на принципе "коллективной ответственности". В соответствии с таким подходом, системы медико-санитарной помощи могут поддерживать деятельность врачей и поставщиков услуг НМО, связанную с непрерывным учением, создавая (и поддерживая) такую среду, которая благоприятствует учению. Системы образования и здравоохранения должны обеспечить инфраструктуру для поддержки целого ряда мероприятий, посредством которых врачи и медико-санитарные бригады могут оценивать качество выполнения своих функций в процессе практической работы.

Соображения, касающиеся практической реализации

Помехой для общих усилий, направленных на достижение гармонизации НМО во всех государствах-членах ЕС, все больше выступает, по мнению сторонников этого подхода, разнообразие систем НМО в ЕС. Для того, чтобы выстроить эквивалентные национальные системы НМО, необходимо рассмотреть несколько вопросов, касающихся инфраструктуры.

Все врачи, заинтересованные стороны процесса предоставления медицинских услуг и медицинские общества в любом государстве-члене должны вместе признать, что участие в официальных программах НМО и – если подходить к этому вопросу шире – непрерывное образование является общепринятой и необходимой профессиональной и этической обязанностью. Одним из важнейших условий для этого является достижение общего согласия (между государствами-членами) относительно ценности и профессиональной этики участия в программах НМО.

Для того, чтобы врачи могли с полной уверенностью проходить повышение квалификации в других странах, необходимо обеспечить единообразие стандартов аккредитации. Единообразие должно быть установлено в отношении принципов и итогов аккредитации поставщиков услуг и организаторов НМО. Благодаря такому единообразию, врачи, желающие пройти обучение, которое не предоставляется в их собственной стране, смогут пройти его в другой стране и оно по своему содержанию, итогам и качеству будет рассматриваться как эквивалентное сходным программам, которые организованы в их стране.

Обязательным требованием в этой связи является наличие в стране способа мониторинга видов учебной деятельности и итогов учебы (например, централизованного механизма электронного учета). Как и в случае предоставления услуг НМО, следует ожидать, что механизмы мониторинга будут разрабатываться таким образом, чтобы соответствовать экономической, социальной, культурной и технологической инфраструктуре каждой страны.

В последние 10 лет все больше внимания стало уделяться вопросам коммерческого спонсорства образовательной деятельности в рамках НМО. Есть мнение, что НМО стало слишком зависеть от поддержки со стороны промышленности, и поэтому государствам-членам нужно будет подумать о принятии таких национальных моделей, которые либо полностью исключают всякое спонсорство, либо допускают его при условии, что спонсор не будет иметь возможности контролировать программу обучения или аккредитацию на уровне видов образовательной деятельности.

Условия осуществления врачебной практики и соответствующая система здравоохранения должны предусматривать – и реально обеспечивать – проведение оценки работы врачей. Нужно рассматривать оценку как позитивный процесс профессионального развития, предназначенный для того, чтобы своевременно выявлять пробелы в практике, на устранение которых должна быть нацелена последующая познавательная деятельность. Поэтому оценка должна проводиться в такой атмосфере, где нет места ни угрозам судебной тяжбы, ни боязни провала.

Краткий аналитический обзор

Вопрос стратегического значения: поддержание профессиональных навыков врачей на уровне, соответствующем требованиям современной практики

Увеличение объема и сложности биомедицинской информации и новых технологий является серьезным вызовом для медицинских работников, своего рода испытанием их способности оказывать медико-санитарную помощь высокого качества, отвечающую современным требованиям. Знаний и навыков, приобретенных по завершении додипломного и последипломного профессионального медицинского образования в специальных учебных заведениях, недостаточно для того, чтобы на всем протяжении карьеры сохранять профессиональную компетентность и качество выполнения своих обязанностей на должном уровне. Предполагается, что медицинские работники будут участвовать в организованных программах непрерывного образования или заниматься самообразованием индивидуально, чтобы в своей практике всегда оставаться на уровне современных требований. Кроме того, реально участвовать в программах непрерывного повышения квалификации им придется в условиях быстро изменяющихся систем медико-санитарной помощи, которые часто испытывают возрастающие перегрузки, вызванные недостаточным финансированием, проблемами кадровых ресурсов здравоохранения (уровень укомплектованности кадрами и качество кадров) и ограниченностью доступа к данным о качестве оказываемой помощи, применяемых в практике методах или об исходах предоставляемой медицинской помощи. Все эти трудности осложняются тем, что деятельность врачей все чаще становится объектом пристального внимания, а общественность обеспокоена проблемами неодинакового качества предоставляемой помощи, безопасности системы здравоохранения и частоты неблагоприятных исходов. Все эти проблемы в совокупности способствовали тому, что теперь все больший упор делается на необходимость введения подотчетности врачей, чтобы уравновесить сохраняющуюся у них привилегию самостоятельно регулировать свою деятельность.

В предлагаемом кратком аналитическом обзоре рассматриваются основные меры, которые необходимо принять для создания условий, позволяющих врачам адаптировать свои умения и навыки в контексте новых профессиональных потребностей и необходимости учиться на протяжении всей жизни. В нем излагаются причины, по которым необходимо на разных уровнях пересмотреть методику и практику непрерывного образования в Европе (т.е. на индивидуальном уровне,

на уровне отдельной организации и системы в целом), а также исследуются возможные варианты стратегических подходов, условия и стимулы, имеющие отношение к совершенствованию знаний и навыков любой категории кадров здравоохранения. Хотя основное внимание здесь уделяется врачам, многие из этих концепций вполне можно перенести и на других медицинских работников. В документе отдельно рассматриваются возможные варианты сотрудничества между странами, например, стратегии содействия обмену знаниями, методами повышения квалификации и новыми формами знания между странами Европы (прежде всего применительно к государствам-членам ЕС).

Переход от НМО к НПК

В том, что врачи должны совершенствовать свои знания, умения и навыки, нет ничего нового: в медицине такое усовершенствование повсеместно признается в качестве одного из элементов профессионализма. Однако необходимость поддерживать клиническую компетентность на должном уровне привлекает к себе все больший интерес, который в последние годы подпитывается еще и тем, что растут ожидания пациентов в отношении следующих аспектов: улучшение коммуникации и сотрудничества между врачами и другими медицинскими работниками, усиление роли врачей в скрининговых обследованиях и профилактике заболеваний, своевременное включение в клиническую практику данных научных исследований, увязывание материальных стимулов с высоким качеством помощи и использование НМО для лицензирования (1).

Поскольку знаний, полученных в процессе обучения в специальных учебных заведениях, уже недостаточно для сохранения компетентности до самого выхода на пенсию, врачи должны постоянно учиться (участвовать в программах НМО). Исторически сложилось так, что модель учебы в режиме НМО увековечила учение как обязательное дополнение, как некую дополнительную нагрузку к повседневной работе. Врачи стали рассматривать учебу как нечто выходящее за рамки их практики – например, посещение конференции или лекции (рис. 1). Такая модель НМО включает в себя несколько стратегий повышения квалификации, которые предназначены для того, чтобы поддерживать врачей в курсе новых диагностических методик, новых методов ведения клинических состояний и развития новых технологий, и которые полностью отделены от клинической среды и системы медико-санитарной помощи. При этой традиционной модели в подходах к оценке во главу угла ставится участие в групповых видах образовательной деятельности, а не итоги учебы в виде приобретенных знаний или новых видов компетентности. Модель НМО критиковалась за то, что она неизменно ограничивает оценку простой констатацией степени удовлетворенности учебными занятиями вместо того,

чтобы по строгой методике определять уровень приобретенных новых знаний или технических навыков, улучшений в качестве выполнения профессиональных обязанностей и, что еще важнее, улучшений в исходах лечения пациентов. Также в этой модели отсутствует признание того факта, что разные врачи имеют разные предпочтения в плане учебы и поэтому требуют разных стратегий и подходов к познавательной деятельности.

Рис.1. Сравнение традиционной модели НМО и НПК



В последние 10 лет для содействия внедрению новой модели познавательной деятельности, которая предполагает вовлечение врачей в усвоение более широкого спектра знаний и умений (т.е. выходящих за пределы чисто клинических навыков), все шире стала использоваться концепция НПК. Считается, что такие знания и умения более актуальны и важны по отношению к тому арсеналу умений и навыков, который необходим для оказания высококачественной медико-санитарной помощи. Такая эволюция в терминологии от НМО к НПК произошла как следствие растущего признания того, что эффективность НМО как стратегии учебы с целью повышения квалификации ограничена, а качество помощи зависит от знаний и умений во многих областях, а не только от знаний в области медицины. Для того, чтобы непрерывное повышение квалификации приводило к желаемым результатам, врачам необходимо непрерывно изучать и усваивать многие виды знаний и умений, применяя для этого разнообразные подходы к образованию, но также потребуется, чтобы стратегии в области образования были тесно увязаны как с клиническими потребностями, так и с потребностями систем медико-санитарной помощи.

Кроме того, все больше признается тот факт, что среда, в которой осуществляют свою практику врачи, изобилует возможностями для

выявления пробелов в знаниях, для постановки и решения вопросов, касающихся практики, и для выработки методов самооценки (например, анализ данных о качестве выполнения своих функций, сравнение с коллегами). Также произошло изменение в общем, философском плане в отношении того, как должны учиться врачи: акцент стал делаться на учении в "сообществе обучающихся" (например, в группе людей, разделяющих общие ценности и убеждения) или в составе команды; по существу, профессиональная изоляция была определена как помеха, а не как сильная сторона в практической учебе врачей (2).

Ученые и педагоги в сообществе НПК все чаще воспринимают такой тип повышения квалификации как обязанность, которую должны разделять отдельный обучающийся (например, медицинский работник), организация, осуществляющая НПК (например, аккредитованные поставщики образовательных услуг, педагоги) и системы здравоохранения (например, учреждения первичного звена медико-санитарной помощи, больницы). Если конечная цель систем НПК заключается в том, чтобы усовершенствовать оказание помощи и тем самым улучшить исходы лечения больных, значит, среда (например, в больнице, клинике, отделении экстренной помощи), в которой практикуют врачи, должна быть благоприятна и организована таким образом, чтобы стимулировать познавательную деятельность и способствовать повышению уровня знаний (например, обеспечивать врачам доступ к основанной на фактических данных информации с места оказания помощи). Кроме этого, поскольку среда, в которой работают врачи, является сложной и многогранной, важно добиваться того, чтобы и они сами и организации и системы здравоохранения умели адаптироваться и были гибкими.

Учение может принимать многообразные формы: например, врачи могут учиться индивидуально или в составе организованного сообщества обучающихся; учение может быть незапланированным (например, стать результатом критического случая) или быть частью стратегии (например, поиски ответа на какой-либо вопрос); главное внимание в нем может быть сосредоточено на личной ответственности или ответственности организации; его можно оценивать с точки зрения обучающегося (например, в центре внимания находится обучающийся) или в рамках группы (например, оценка по полному кругу, в которой объединяется самооценка, оценка коллег и оценка пациентов, чтобы поставщики образовательных услуг могли получить необходимую информацию). При планировании или оценке моделей НПК необходимо учитывать целый ряд факторов, в том числе (но не только) социальные, культурные, финансовые, экологические, политические, гендерные и другие контекстуальные вопросы.

Хотя уже достигнут умеренный прогресс в направлении перемен и разговор все больше идет о том, что в центре процесса обучения должен стоять обучающийся, в целом все еще преобладает историческое понятие непрерывного повышения квалификации, в котором учение является одним из элементов организованной системы предоставления услуг и дополнительной нагрузкой к повседневной практике (3).

Ввиду такого смещения в подходах и возросшего признания сложностей практики и функциональной сферы врача, важно рассматривать учебу и повышение квалификации врачей как непрерывный процесс, т.е. как "часть их работы". В этом отношении видное место в дискуссиях о политике в области образования занимает концепция непрерывного образования. Для целей данного аналитического обзора термин "непрерывное образование", или учение на протяжении всей жизни (часто этот термин имеет очень нечеткое определение) означает "процесс, который служит отдельным лицам (врачам и другим медицинским работникам) постоянной моральной опорой, стимулирует их и открывает для них возможность приобретения всех тех знаний, ценностей, навыков и понимания, которые им потребуются на протяжении всей жизни", и который позволяет применять эти навыки "с уверенностью, творчески и с радостью при выполнении любых функций, в любых обстоятельствах и в любой среде" (4). В этом определении выделяется процесс, связанный с постоянным поиском, приобретением, обновлением и совершенствованием знаний, навыков и социальных установок. И хотя какого-то общепризнанного метода для того, чтобы на всю жизнь стать настоящим искателем знаний, нет, в принципе совершенно очевидно, что врачи приобретают знания лучше всего в тех случаях, когда методика учения соответствует предпочтительному для них стилю (5).

Врезка 1. Канадская система повышения квалификации врачей CanMEDS 2005

Система повышения квалификации врачей CanMEDS, впервые разработанная Королевской коллегией терапевтов и хирургов Канады в 90-е годы прошлого столетия и обновленная в 2005 г. (6), является примером конкретной системы НМО, которая предназначена для выработки нескольких видов компетентности в практической работе. Приведенная ниже схема иллюстрирует сферы, взаимосвязи и частичные совпадения шести ролей, включенных в модель CanMEDS (выполняющий коммуникативную функцию, или "коммуникатор", член коллектива, администратор, поборник здоровья, ученый и профессионал), что в совокупности составляет компетентность "специалиста-медика" (7).

Врезка 1. Канадская система повышения квалификации врачей CanMEDS 2005 (продолжение)



ROYAL COLLEGE
OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA

CANMEDS

- Как *специалисты-медики* врачи соединяют в себе все роли, включенные в модель CanMEDS, применяя при оказании помощи, сконцентрированной на интересах и личности больного, медицинские знания, клинические навыки и профессиональные установки. Специалист-медик – это центральная роль врача.
- Как *"коммуникаторы"* врачи практически способствуют поддержанию взаимоотношений между врачом и пациентом, а также динамичным информационно-мыслительным обменам, которые происходят до, во время и после оказания врачебной помощи.
- Как *члены коллектива* врачи эффективно действуют в составе бригады медико-санитарной помощи в целях предоставления оптимальной помощи больному.
- Как *администраторы* врачи являются неперемными и важными участниками деятельности организаций здравоохранения, организуя устойчивые порядки и правила, принимая решения относительно распределения ресурсов и содействуя в целом эффективности системы медико-санитарной помощи.
- Как *поборники здоровья* врачи ответственно используют свои знания и опыт и свое влияние для улучшения здоровья и благополучия отдельных пациентов, местных сообществ и различных категорий населения.
- Как *ученые* врачи демонстрируют пожизненную приверженность вдумчивому учению, а также выработке и распространению, применению и воплощению в практику медицинских знаний.
- Как *профессионалы* врачи служат делу охраны здоровья и благополучия отдельных граждан и всего общества, соблюдая при выполнении своих функций этические нормы, осуществляя профессиональное саморегулирование своей деятельности и соответствуя в своем личном поведении высоким нравственным требованиям.

Система CanMEDS была разработана врачами для врачей. Она предназначена для удовлетворения потребностей общества, а ее конечная цель является универсальной

для всех организаций и структур здравоохранения – это оптимальная помощь пациентам (6). На эту систему, основанную на выработке компетентности, могут опираться руководящие лица и заинтересованные стороны в деле охраны здоровья населения, когда они определяют эффективные пути работы с врачами и другими специалистами, добивающимися высокого качества медико-санитарной помощи (6).

Copyright © 2006 The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
<http://rcpsc.medical.org/canmeds>. Для воспроизведения требуется разрешение.

Положение дел в Европе

Несмотря на возрастающее значение НМО (так принято называть эту систему в ЕС; в данном документе этот подход обозначается только термином НПК) и внедрение в некоторых странах ЕС практики переаттестации, данных по отдельным странам по-прежнему мало. Однако совершенно ясно, что нормы и правила, регламентирующие НПК, в разных государствах-членах ЕС сегодня разные. Хотя обеспечение НПК, по всей видимости, так и останется обязанностью каждого государства, в настоящее время отсутствуют какие-либо стандарты, регламентирующие такие аспекты, как организация и управление образовательной деятельностью, системы стимулирования участия, системы классификации видов деятельности или зачетных баллов, стандарты аккредитации, право врачей по своему усмотрению выбирать виды образовательной деятельности, аккредитация предполагаемых поставщиков образовательных услуг и спонсорская поддержка со стороны промышленности (8).

В попытке гарантировать компетентность врачей в системы профессионального саморегулирования в некоторых странах была введена практика переаттестации. Цель переаттестации врачей заключается в том, чтобы подтвердить тот факт, что их компетентность и качество выполнения профессиональной деятельности поддерживается на уровне требований, определяемых совокупностью заранее установленных профессиональных стандартов. Демонстрация постоянно высокого уровня компетентности врачей и качества выполнения ими своих профессиональных функций – а такой уровень обеспечивается благодаря программам НМО (или системам, которые придерживаются этих ценностей и принципов) – есть одна из основ профессионального саморегулирования.

Такое же отсутствие единообразия наблюдается и в руководстве системами НПК: оно организовано либо на провинциальном, либо на государственном уровне, хотя руководство на государственном уровне встречается чаще. В Европе непрерывное образование регулируют профессиональные организации медиков или страховые компании, которые привлекают к этому различных заинтересованных партнеров,

дабы обеспечить поддержание высокого уровня компетентности. Сложность системы НПК в ЕС усугубляется различиями в роли государственных органов и медицинских ассоциаций в отдельных государствах-членах, а также языковыми трудностями.

В большинстве стран принята система, в соответствии с которой от медицинских работников требуется за определенный период времени (он колеблется от одного года в Бельгии до пяти лет во Франции) набрать определенное число зачетных баллов. Однако, несмотря на то, что во многих странах эта система носит обязательный характер (например, во Франции, Италии, Австрии, Соединенном Королевстве, Хорватии, Венгрии), во многих случаях такой подход лишь определяет общую направленность процесса, а не устанавливает строгую систему регулирования: если врачи не выполняют этих требований, никаких официальных последствий не наступает. Есть, правда, несколько исключений из этого правила, например, в Хорватии (при невыполнении требований нужно сдать экзамен прежде, чем можно будет продолжать практику), в Германии (уменьшение суммы вознаграждения; через два года отзывается аккредитация), в Венгрии (при невыполнении требований нужно сдать специальный экзамен, который принимает комиссия), в Нидерландах (исключение из регистра врачей), в Румынии (лишение права заниматься врачебной практикой), в Словении (перезаэкзаменовка), в Швейцарии (исключение из Швейцарской медицинской ассоциации) и в Соединенном Королевстве (установление надзора за ведением практики). Материальное стимулирование переаттестации принято в Норвегии (только для врачей, специализирующихся на ведении общей практики) и Бельгии (только для врачей, не работающих в стационарных учреждениях). Разрешаются различные формы спонсорской поддержки мероприятий по НМО (за исключением Норвегии) при условии недвусмысленного декларирования конфликтов интересов; реклама во время мероприятий строго запрещается.

Все больше внимания привлекает к себе и вопрос мобильности медицинских работников и пациентов. Озабоченность вызывает вопрос о том, как наилучшим образом обеспечить компетентность врачей, имеющих лицензию на ведение практики в одном государстве-члене, когда они принимают решение вести практику в другом государстве. Дополнительные трудности для государств-членов ЕС создает непризнание европейским законодательством введенной в ряде стран периодической аттестации и требования участвовать в программах НПК (9). Поэтому повышенное внимание в ЕС уделяется вопросу переаттестации.

Еще больше усложняются эти проблемы желанием иметь доступ к материалам через Интернет и расширением этого доступа. После появления "Всемирной паутины" как инструмента, позволяющего

заниматься непрерывным образованием, занятия в рамках НПК больше не имеют географических ограничений. Необходимо подумать о принципах, ценностях и системе показателей, на основании которых врачи, занимающиеся непрерывным повышением своей квалификации в одном государстве-члене, могли бы включить эту учебу в зачет выполнения требований того государства, в котором они в данный момент осуществляют свою практику.

Таким образом, мы видим, что сегодня в Европе нет общепринятого подхода к непрерывному образованию. Однако существует общее согласие в том, что пациенты получают услуги наивысшего качества тогда, когда люди, оказывающие им помощь, поддерживают свою компетентность, осуществляя стратегии непрерывного повышения своей квалификации и оценки своей деятельности. В оптимальном варианте направленность этих стратегий должна "в значительной мере определяться врачами самостоятельно, таким образом, чтобы содержание, методы учебы и учебные ресурсы подбирались специально для повышения уровня знаний, навыков и установок, которые требуются врачам в их повседневной профессиональной жизни и ведут к улучшению исходов лечения больных" (10). Также должна быть разработана политика в отношении непрерывного образования, отражающая изменения ситуации в экономической, политической и социальной сферах: например, возможно, понадобится предусмотреть в ней оптимальные подходы к поддержанию и повышению уровня квалификации у стареющих кадров здравоохранения, которые сталкиваются сегодня с проблемами, связанными с быстрым техническим прогрессом и организационной перестройкой.

В продолжение обсуждения данной темы в следующем разделе рассматриваются следующие вопросы:

- Какие навыки могут понадобиться врачам в будущем, чтобы добросовестно учиться на протяжении всей жизни?
- Какие конкретные потребности и проблемы могут подтолкнуть к пересмотру концепций и процессов непрерывного образования в Европе?
- Существуют ли какие-либо модели или системы НМО, которые можно было бы использовать в качестве платформы для создания новых (или модернизации имеющихся) моделей непрерывного образования?

Обеспечение качества помощи посредством стратегий непрерывного образования

Какие навыки могут понадобиться врачам в будущем, чтобы добросовестно и успешно учиться на протяжении всей жизни?

Прежде, чем начать разработку модели непрерывного образования, которая была бы применима во всем ЕС, необходимо понять, какие основные навыки и умения нужны врачам для того, чтобы учиться добросовестно и успешно. Тогда эти навыки и умения можно будет выразить в виде потребностей на индивидуальном уровне, на уровне организации-поставщика услуг НПК и на уровне систем (т.е. в связи с возможными вариантами политики и их практической реализации).

Сторонники принципа непрерывного образования утверждают, что врачи могут успешно учиться всю жизнь только при том условии, если они вступают в профессиональную жизнь, уже обладая определенными видами компетентности в познавательной деятельности. Примеры таких видов компетентности были описаны Рабочей группой по достижению совершенства в практике ("Научный семинар CanMEDS по проблемам непрерывного образования") (11). Они дают врачам возможность использовать практический опыт для критической оценки и пересмотра своей практики путем осмысления собственных действий, что позволяет им "понять сложные ситуации" и "извлечь уроки из опыта" (12).

В последние 10 лет уделяется повышенное внимание изменению программ подготовки врачей таким образом, чтобы в них предусматривалась выработка некоторых из этих видов компетентности. Это открыло перед организациями, обществами врачей различных специализаций и аккредитованными учреждениями прекрасную возможность подумать о расширении своей деятельности в сфере НМО. Виды компетентности в сфере познавательной деятельности, описанные Рабочей группой и предложенные в качестве требований для получения права вести практику, можно разбить на следующие пять категорий.

Знание профиля практики врача

Первым видом компетентности в сфере познавательной деятельности является способность врача составить и использовать профиль практики, в котором описываются проблемы и вопросы, существующие в его собственной практике. Составление профиля практики позволяет врачу выработать для себя стратегию учения, которая может быть увязана именно с его практикой (13), являющейся частью более широкого контекста в системе медико-санитарной помощи. Такой вид компетентности повышает

способность врача заниматься познавательной деятельностью, имеющей отношение к его повседневной работе, в качестве индивидуально обучающегося и в составе бригады медико-санитарной помощи. У большинства врачей глубокое влияние на их стратегию непрерывного образования оказывает количество и число клинических случаев, которые им приходится оценивать, диагностировать и вести. Однако познавательная деятельность может быть связана и с другими аспектами профессиональной жизни, такими как преподавание, научные исследования и административные функции (например, в сфере врачебной этики, управления рисками, безопасности пациентов, управления офисным хозяйством, защиты интересов здоровья).

Составление точного профиля врачебной практики требует изучения и интегрирования множества разнообразных источников данных, таких как электронная медико-санитарная документация, журналы учета больных и сведения о претензиях. Эти источники должны открывать врачам доступ к различным типам достоверных данных, включая данные о моделях практики и назначения лечения, уровнях качества выполнения профессиональной деятельности, критических случаях и т.д. Профили практики дают врачам возможность выбрать для себя наиболее подходящие виды познавательной деятельности (например, когда у них могут быть пробелы в знаниях), сформулировать поддающиеся измерению цели учебы и достичь соответствующих показателей исходов лечения. По мере эволюции практики врача на протяжении его карьеры профиль практики необходимо периодически оценивать и обновлять. Лучшему знанию врачом своей практики может способствовать система здравоохранения, которая организует проведение проверок и представляет данные о результатах этих проверок.

Изучение того, что происходит вокруг

Второй вид компетентности в сфере познавательной деятельности – это способность систематически и полноценно изучать то, что происходит вокруг, в поисках новых и актуальных идей. Например, способность находить инновации еще на этапе разработки, находить для себя новые фактические данные, которые были изучены и одобрены коллегами по профессии (например, руководства по ведению практики), и выявлять старые методы работы, от которых необходимо отказаться, поскольку они либо уже не дают эффекта, либо могут оказаться вредными.

На индивидуальном уровне на врачей обрушивается вал информации, которая разбросана по тысячам журналов, учебников, монографий, отчетов и руководств (14, 15, 16). Системный подход к изучению происходящих вокруг процессов позволяет врачам отфильтровывать

информацию по принципу ее актуальности и применимости, и таким образом они просматривают лишь самую необходимую для клинической работы информацию (17). В качестве примеров здесь можно привести методы электронного распространения знаний, посредством которых пользователю предлагаются резюме публикаций по нужной тематике или отрецензированных статей, предупреждений о проблемах, возникающих в связи с лекарственными препаратами, или клинических руководств. Изучение происходящего вокруг может также включать использование систем автоматических напоминаний в электронной медико-санитарной документации, участие во врачебных обходах или конференциях и обмен идеями со специалистами одного и того же профиля, коллегами и другими медицинскими работниками, занимающимися аналогичной или такой же практикой.

Организация поиска, анализа и применения знаний в процессе осуществления практики

Третий вид компетентности в сфере познавательной деятельности – это способность создать собственную систему поиска, анализа и применения знаний, составляющая основу информационной грамотности. Например, те, кто хочет получать новые знания, могут оформить RSS-подписку (получение по Интернету индивидуальной информации, тематика которой подбирается самим врачом в соответствии с его потребностями): эта система обеспечивает абонента новейшей информацией, содержание которой соответствует профилю практики данного врача. В ней используются онлайн-библиографические базы данных, в которых документы могут группироваться по категориям и храниться так, чтобы облегчить их последующий поиск. Для того, чтобы вся эта схема получения информации была эффективной и работала оперативно, организации должны обеспечить наличие необходимых ресурсов. Например, как минимум врачам понадобится иметь постоянный доступ к компьютерным системам, доступ к важнейшим ресурсам фактических данных (например, Кокрановскому сотрудничеству), располагать средствами получения информации в месте оказания помощи (например, системами поиска в электронных базах данных) и другими техническими средствами, подключенными к ресурсам на базе Интернета. Важным условием является разработка на прочной теоретической базе учебных материалов, курсов в режиме он-лайн, учебных брошюр и других форм учебных пособий, предназначенных для того, чтобы научить врачей правильной организации своей практики. Следует повторить, что познавательную деятельность необходимо рассматривать как безусловную обязанность, которую должны разделять все составные части системы – отдельный сотрудник, организация-поставщик услуг НПК и система здравоохранения.

Каждая из этих составных частей должна дополнять другие части, а не выступать помехой в познавательной деятельности для других частей системы в целом. Затем можно установить критерии для определения того, какие журнальные статьи следует прочитать внимательно (а не просто просмотреть), и увязать их с использованием дневника личных достижений в учебе (портфолио), предназначенного для выбора и осуществления таких проектов учебы, которые обеспечивают непрерывное совершенствование практики. Наконец, одним из средств обмена новой информацией и идеями относительно совершенствования практики являются дискуссионные форумы в режиме он-лайн.

Стремительное расширение медицинских знаний означает, что врачи должны быть способны адаптироваться к изменениям и постоянно повышать качество осуществления своей профессиональной деятельности (18). Таким образом, способность создать и реализовать личную систему поиска, анализа и применения знаний (которая включает отбор материалов для прочтения, организацию ресурсов для плодотворной познавательной деятельности в процессе работы, ведение учетных записей, фиксирующих личные знания и опыт) представляет собой один из важнейших видов компетентности. Для того, чтобы врачи могли создавать подобные типы индивидуальных учебных порталов, на которых им могут преподноситься знания, относящиеся к их специфическим потребностям, или из которых эти знания могут быстро извлекаться, врачам необходимо обучать (19,20).

Постановка вопросов и поиск ответов на них

Четвертый вид компетентности в сфере познавательной деятельности – это способность формулировать "непростые" вопросы и демонстрировать пути превращения этих вопросов в возможности для получения новых знаний. Врачи часто задают вопросы – это для них естественное занятие (21). Одни вопросы отражают потребность незамедлительно устранить неопределенность или решить проблему. Например, в процессе оказания помощи больному постановка вопроса часто отражает необходимость получить информацию для того, чтобы принять решение. Другие вопросы не связаны с конкретным моментом времени и ставятся для того, чтобы добиться лучшего понимания на концептуальном уровне, или просто из любознательности. Вопросы могут стимулироваться спектром выполняемых видов деятельности (например, участие во врачебных обходах, чтение литературы, преподавание или поиск данных о качестве осуществления профессиональной деятельности) и позволяют определить потребности в приобретении новых знаний и навыков по многим видам компетентности.

Поскольку врачи лучше всего учатся, когда учение привязано к контексту, направлено на удовлетворение ясно определенной потребности и имеет непосредственное отношение к их работе (22,23), способность поднять четко сформулированный вопрос и найти на него ответ – это один из ключевых видов компетентности в сфере познавательной деятельности. К сожалению, многие вопросы, задаваемые в процессе осуществления практики, остаются без ответа из-за отсутствия доступа к источникам знаний в месте оказания помощи, нехватки времени для поиска фактических данных и трудности формулирования вопросов так, чтобы на них можно было ответить (21,22). Поэтому и здесь можно было бы предусмотреть разделение ответственности между отдельно взятыми врачами и организациями, при котором организации обеспечивают быстрый и легкий доступ к "ресурсам для получения знаний" (например, доступ к Интернету и к необходимым материалам для изучения, таким как медицинские журналы и курсы в режиме он-лайн).

Помочь в определении методов поиска информации и в анализе фактических данных в различных областях клинической практики может использование – и стимулирование использования – инструментов формулирования вопросов, например, процесса PICO*, используемого в доказательной медицине (24,25). Оценку знаний и воплощение их в практику может облегчить внедрение централизованных регистров, методов и/или инструментов, предназначенных для того, чтобы регистрировать, отслеживать и решать (или делать понятными) вопросы.

Оценка и повышение качества практики

Пятым видом компетентности в сфере познавательной деятельности является способность использовать различные процессы и инструменты для того, чтобы непрерывно оценивать и измерять влияние познавательной деятельности на повышение уровня знаний, умений и качества выполнения профессиональных функций в ходе осуществления практики. С точки зрения отдельного работника/медицинской бригады оценка представляет собой один из важнейших элементов полноценной индивидуальной или групповой познавательной деятельности в том смысле, что она позволяет отдельным работникам или бригадам медико-санитарной помощи ответить на вопрос: "Находятся ли мои/наши знания и способности на современном уровне?" Методы оценки включают оценку знаний с помощью вопросов с несколькими вариантами ответа, вопросов, требующих короткого ответа, имитации (с использованием стандартизированных больных, манекенов, точно воспроизводящих человека, или имитации с помощью компьютера), прямого наблюдения и метода аудита с обратной связью.

Необходимо настоятельно рекомендовать организациям и системам здравоохранения разрабатывать и активно внедрять процессы, которые позволяют предоставлять врачам, занимающимся учебой, поддающиеся интерпретации данные и отзывы об их работе, чтобы они могли выявить пробелы (вместе со сравнительными данными по другим врачам, осуществляющим сопоставимую практику, или без них). Это даст возможность выявить потребности, которые в противном случае так и остались бы не осознанными. Разрабатываемые на основе таких оценок планы НПК способствуют достижению поддающихся измерению результатов.

Использование врачами данных с целью совершенствования своей компетентности и повышения качества осуществления профессиональной деятельности по-прежнему встречается нечасто (26), а их собственная оценка своих сильных и слабых сторон в сфере знаний, навыков, установок или качества осуществления профессиональной деятельности часто бывает неточной (27). Сравнение оценок, которые врачи дают сами себе, и оценок сторонних наблюдателей демонстрирует либо полное отсутствие совпадения, либо совпадение совсем незначительное, или же показывает обратную зависимость между этими оценками (28). В проведенных исследованиях было показано, что врачи с самой низкой точностью самооценки наименее квалифицированы и наиболее уверены в себе (29). Эти исследования подтверждают необходимость предпринимать новые инициативы и создавать новые форматы для улучшения процесса самооценки и точнее оценивать более широкие сферы компетентности (такие как непрерывное образование) (27).

Для того, чтобы ликвидировать пробелы в знаниях, навыках или выполнении профессиональных функций, врачи должны иметь возможность и быть способными проводить – или планировать – оценки своей профессиональной деятельности. Они должны оценивать качество своей деятельности в сравнении с конкретными стандартами предоставления помощи, а затем должны воплощать полученные результаты оценки в осуществимые планы. К сожалению, ни один вариант оценки не является одинаково действенным, но средний показатель улучшения качества профессиональной деятельности при существующих подходах весьма скромнен – обычно 5–10% (30).

Варианты стратегических подходов к решению обсуждаемой проблемы должны непременно включать в себя эти сферы компетентности, чтобы добиться разделения ответственности между отдельно взятым врачом, организациями, разрабатывающими ресурсы ПНК (например, обществами врачей – узких специалистов) и системой здравоохранения (например, больницами или территориальными органами законодательно-нормативного регулирования).

Каковы конкретные потребности и проблемы, подталкивающие к пересмотру концепций и процессов непрерывного образования в Европе?

По-прежнему нет уверенности в том, что системы непрерывного повышения квалификации могут реально способствовать вовлечению врачей в учение, которое будет непосредственно связано с улучшением качества помощи, оказываемой больным. В настоящее время нет никакого последовательного подхода или согласия в отношении того, как должно быть организовано непрерывное образование в процессе врачебной практики, как оно должно строиться, осуществляться, документироваться и регулироваться. Тем не менее, ниже, в соответствии с важнейшими темами, обсуждаемыми в литературе (1), кратко изложены конкретные потребности и проблемы, вызывающие необходимость пересмотра существующих в Европе (и, в частности, в ЕС) концепций непрерывного образования.

Занятие непрерывным образованием: что лучше – обязательное или добровольное

Стремительно происходящие изменения в фактических данных, на основе которых предоставляется помощь больным, заставляют медицинских работников заниматься различными видами учебы, специально предназначенными для пополнения их багажа знаний и повышения уровня навыков, компетентности и качества профессиональной деятельности. Для сохранения привилегии самостоятельно регулировать свою деятельность медицинские работники обязаны участвовать в программах НПК, чтобы продемонстрировать (населению) те виды компетентности, которые, как они заявляют, у них есть.

Определение потребности в сертификации на ограниченное время и требований о переаттестации

Традиционно применение системы оценки компетентности заканчивается, когда врачи вступают в профессиональную жизнь. Однако высказывание типа "достаточно стать врачом, а потом ты профессионал на всю жизнь" больше нельзя считать правильным. Хотя системы регулирования врачебной практики могут применять стратегию либо неформальных текущих, либо формальных итоговых оценок, все равно для стимулирования совершенства необходимо определить процесс – процесс, привязанный к видам компетентности и качеству осуществления профессиональной деятельности.

Организация систем или мероприятий, обеспечивающих непрерывное образование (например, на национальном или региональном уровне)

Для того, чтобы учение индивидуально, в составе группы или бригады медико-санитарной помощи было постоянным, требуется иметь поддерживающие

образовательные системы, облегчающие выработку навыков учения на протяжении всей жизни, системы поиска, анализа и применения знаний, имеющих отношение к индивидуальной практике, и данные, позволяющие выявить пробелы в компетентности и осуществлении профессиональной деятельности. Такая система требует, чтобы были организованы формальные учебные мероприятия, учебная деятельность на основе практики и оценка.

Определение санкций за неучастие в непрерывном медицинском образовании или последствий такого неучастия

Хотя участие в НМО в настоящее время является в некоторых странах обязательным, санкции за неучастие или последствия неучастия до сих пор не определены. На тот случай, когда врачи не участвуют в системе образовательных мероприятий, предназначенных для непрерывного повышения их квалификации, необходимо определить ряд факторов, которые могут быть признаны в качестве уважительных причин, прежде чем идти на лишение привилегий или лицензий. При этом нужно принимать во внимание факторы внешних обстоятельств, проверять, не было ли каких-либо препятствий, которые могли ограничить участие в образовательных мероприятиях, и при этом подчеркнута строго соблюдать надлежащую правовую процедуру.

Создание систем стимулирования полноценного участия в деятельности по НМО/НПК (например, систем зачетных баллов, премиальных выплат за высокие показатели профессиональной деятельности)

В мире существуют разные системы стимулирования участия в деятельности по НМО/НПК – от привилегий, предоставляемых больницам, и лицензий до вознаграждения. Стимулы могут включать моральные (статус профессионала) и материальные (плата за качество выполнения профессиональных функций) факторы мотивации или угрозы (снижение суммы вознаграждений). Для того, чтобы избежать неумышленных последствий, необходимо тщательно взвешивать стратегии стимулирования.

Создание классификации или таксономии видов деятельности в рамках НПК для всех национальных систем

Для занятия учебой врачи могут свободно переходить из одной системы в другую, поэтому необходимо иметь единую классификацию видов учебной деятельности, которая способствует лучшему пониманию и переводу кредитов. Поскольку в разных контекстах для описания разных видов деятельности используются аналогичные термины (например, самооценка), создание единой таксономии будет ценным подспорьем для включения деятельности в рамках НПК во все национальные системы.

Определение принципов, ценностей и номенклатуры показателей для систем аккредитации НПК: акцент на поставщиков услуг НПК, виды деятельности/программы НПК или одновременно на то и другое

Независимо от того, проводится ли непрерывное повышение квалификации какой-либо организацией или же оно является частью индивидуальной программы, системы аккредитации создаются для того, чтобы учитывать контекстуальные и культурные особенности или приоритеты в области образования. Однако, если будет достигнут консенсус в отношении системы принципов, ценностей и показателей, которые должна отражать каждая система НПК, это может повысить способность различных систем НПК признавать друг друга и сотрудничать в вопросах своего дальнейшего развития. Этот процесс помогает определить основу для существенной эквивалентности между разными системами аккредитации НПК.

Определение степени самостоятельности врачей при выборе видов познавательной деятельности, удовлетворяющих их потребности в учении

Учение в процессе осуществления практики зависит от конкретной ситуации и должно определяться конкретными потребностями врачей. Поскольку для удовлетворения потребностей или решения проблем разные врачи учатся по-разному, системы НПК должны включать самые разнообразные стратегии учения и поощрять обучающихся к тому, чтобы они выбирали или совмещали разные стратегии учения (т.е. различающиеся по типу и последовательности), чтобы удовлетворить свои специфические потребности.

Аккредитация предполагаемых поставщиков услуг ex ante

Предполагается, что врачи будут использовать такие возможности получения знаний, которые в разумных пределах не связаны с коммерческими влияниями и которые целиком сконцентрированы на учащемся. В национальной системе НПК такие возможности учебы подлежат аккредитации; аккредитация рассматривается как знак одобрения или качества, подтверждающий, что соблюдаются определенные стандарты или критерии. Аккредитация ex ante позволяет поставщикам услуг стать признанными в качестве аккредитованных поставщиков, способных осуществлять полную аккредитацию деятельности по НПК, проводимой как на местном, так и на национальном уровне.

Определение участия промышленности в деятельности или мероприятиях по НПК и спонсорской поддержки промышленностью этих мероприятий

Образовательная деятельность, включенная в национальную систему НПК, должна развиваться так, чтобы ее содержание имело максимально высокий уровень академического качества и цельности, чтобы оно было

сбалансированным и свободным от коммерческих влияний. Давая согласие принять финансовую поддержку от промышленности для проведения аккредитованных видов деятельности или мероприятий по НПК, необходимо руководствоваться системой этических норм и принципов, в которых в явной форме указывается, как следует принимать такие денежные средства и в какой форме выражать благодарность за них.

Существуют ли модели или системы НПК, которые можно было бы использовать в качестве платформы для создания новых или модернизации имеющихся моделей непрерывного образования в Европе?

Во всем мире наблюдается неоднородность моделей непрерывного образования. Различия между моделями частично обусловлены широким разнообразием в таких аспектах, как структура систем медико-санитарной помощи, модели медицинского образования, системы аккредитации, социально-экономические концепции и географические условия. Однако несмотря на эти различия, есть и ряд общих признаков, которые перечислены ниже (31).

- Во многих моделях используются системы зачетных баллов (например, к зачетным баллам приравняются часы образовательной деятельности).
- Образовательная деятельность делится на следующие категории: "живые" виды деятельности, или занятия с отрывом от работы (например, курсы, семинары); учебная деятельность без отрыва от работы (например, деятельность, основанная на собственной практике, клинические разборы); изучение материалов многократного использования (например, печатных материалов, компакт-дисков).
- В тех системах, где предусматривается обязательная переаттестация, обязательным требованием является демонстрация постоянной приверженности учению.

Имеются три модели, которые могли бы быть приняты в качестве платформы для модернизации существующих моделей или для создания новой модели непрерывного образования, приемлемой для европейских государств-членов и, в частности, для ЕС.

Модель, ориентированная на улучшение исходов лечения

Модель, ориентированная на улучшение исходов лечения (32), в первую очередь направлена на повышение качества осуществления врачом своей профессиональной деятельности и, в конечном счете, на улучшение исходов лечения больных. Оценки качества осуществления профессиональной

деятельности могут быть сосредоточены на переменных величинах в процессе предоставления помощи или на результатах практики. Оценки могут выполняться индивидуально или коллективно, но часто бывают ограничены низкой доступностью необходимых данных, инструментария или стратегий поддержки. Архивы данных на уровне учреждения, области, провинции или страны могут предоставлять специалистам доступ к данным о качестве выполнения ими профессиональных функций в сравнении либо с качеством у других специалистов равного статуса в этой же области практики, либо с установленными стандартами оказания помощи.

Фактические данные об эффективности методов оценки (например, аудита с обратной связью, научного разъяснения, имитации, программ самооценки, отзывов из нескольких источников и использования электронной медицинской документации) показывают, что эти методы улучшают профессиональную практику, а в некоторых случаях и качество помощи в целом. Однако о влиянии этих методов на исходы лечения больных пока известно сравнительно мало. Публикации, касающиеся самооценки врачей, показывают, что, если нет неукоснительно соблюдаемого процесса и если врач не руководствуется в своих оценках данными о качестве выполнения профессиональных функций, его способность самому точно оценить любую составляющую своей профессиональной практики будет ограничена (33,34). Врачи, показывающие высокое качество выполнения своих функций, недооценивают свои способности, а наименее точные самооценки встречаются среди врачей с самым низким уровнем квалификации и с самой большой уверенностью в себе (27). Подробный анализ метода аудита с обратной связью как одного из конкретных механизмов обеспечения высокого качества врачебной практики приводится в документе "Краткое изложение принципов" № 3.

Оценка работы врачей должна быть встроена в контекст практики и в систему здравоохранения, в которой специалисты осуществляют свою практику, и опираться на них. Оценку необходимо рассматривать как позитивный процесс формирования врача, проводимый с целью выявления тех областей практики, на которых следует акцентировать дальнейшее учение. Поэтому оценка должна проводиться в безопасной обстановке, свободной от угроз судебной тяжбы или страха получить неудовлетворительное заключение. Оценка должна иметь прямое отношение к каждому аспекту профессиональной практики (клиническому, преподавательскому, административному и научно-исследовательскому), ко всем разделам содержания (знаниям, умениям и навыкам, установкам) и к каждой роли врача или виду компетентности, представленным в показанной на рис.1 модели CanMEDS. Наконец, необходимо стимулировать применение методов оценки как на индивидуальном

уровне или с индивидуальных позиций (например, анализ личной практики), так и на коллективном уровне или с коллективных позиций (анализ коллективной практики).

Модель, ориентированная на выработку компетентности

Стандарты аккредитации организаций или программ НПК в значительной своей части базируются на некоторой совокупности образовательных критериев, которые начинаются с оценки той или иной потребности. В большинстве программ эти потребности определяются комиссиями по планированию, отражающими интересы предполагаемой целевой аудитории. Оценка потребностей кладется в основу разработки учебных целей и выбора методики обучения и определяет успех в удовлетворении потребностей врачей. При этом исходно принимается, что участие в учебе приведет к обретению знаний и навыков, которые будут воплощены в практику. Эффект формального непрерывного повышения квалификации, основанного на этом способе планирования программ, всесторонне изучен. В нескольких систематических обзорах, которые были проведены недавно в целях изучения влияния групповой учебы на определенные результаты, было показано, что учение в группе оказывает умеренно положительное влияние на уровни знаний, но лишь незначительное или пренебрежимо малое влияние на клиническое поведение врача и исходы лечения больного (35,36). Учитывая ограниченность современных систем НПК (преимущественная ориентация на показатели удовлетворенности и отсутствие подхода, учитывающего потребности, и т.д.), есть свои преимущества в том, чтобы воссоздать систему НПК, которая была бы нацелена на формирование таких видов компетентности, которые повышают качество выполнения профессиональных функций, качество помощи и повышают уровень безопасности пациентов.

Модель НПК, нацеленная на формирование компетентности, содействует повышению важности учения, направленного на достижение количественно определяемых улучшений в практике. Когда врачи-стажеры начинают практику, обладая требуемыми видами компетентности в сфере познавательной деятельности, они способны выработать план НПК, увязанный с их практикой и направленный на удовлетворение их потребностей, постоянно повышать качество выполнения своих профессиональных функций и измерять влияние своего учения на осуществляемую ими практику и на систему здравоохранения, в которой они работают (37). Компетентность способствует учению, которое отчасти основано на надежных оценках имеющихся у врача в данный момент знаний, навыков и способностей. Ориентированное на выработку компетентности НПК не будет ограничивать учение лекционной аудиторией или семинаром в небольших группах. Учение, повышающее уровень компетентности, может

происходить в ординаторской через обмен "историями" и подразумеваемыми знаниями, в имитационных центрах и в ходе осуществления практики под руководством наставника или инструктора. Формы учебы должны быть как можно теснее увязаны с практикой: например, они должны давать возможность врачам быстро применять и оценивать в контексте своей практики то, что было усвоено на курсах или семинарах.

Точно так же модель НПК, ориентированная на выработку компетентности, не ограничивается оценками знаний, навыков и качества выполнения профессиональных функций в клинической практике: оценки также требуется проводить во многих других сферах компетентности, таких как навыки коммуникации, сотрудничество с коллегами и различные аспекты профессионализма. Подход к НПК, ориентированный на выработку компетентности, требует от врачей развивать виды познавательной деятельности для того, чтобы добиться заданных и измеряемых результатов, а не просто документально фиксировать участие в учебных мероприятиях "ради зачетных баллов".

Модель НПК, ориентированная на выработку компетентности, изменяет подход к выявлению потребностей на основании субъективного восприятия и мнения на подход, основанный на показателях качества выполнения профессиональных функций, показателях здоровья пациентов и количестве неблагоприятных событий. Процесс планирования учебного мероприятия, направленного на выработку компетентности, начинается от конечного результата и идет от конца к началу, а не начинается с того, что хотят врачи, в надежде на то, что усвоенные знания и навыки будут воплощаться в практику (38). В модели НПК, ориентированной на выработку компетентности, интегрируется развитие видов учебной деятельности в самых разнообразных местах учебы – от клинических разборов и врачебных обходов до оценок в реальной, имитируемой или виртуальной практике. Для того, чтобы удовлетворять потребности разных врачей на разных этапах процесса изменения, каждый вид образовательной деятельности должен иметь несколько уровней сложности. Наконец, модель НПК, ориентированная на выработку компетентности, способствует измерению конечных результатов, выходящих за рамки удовлетворенности обучающихся; это нужно для того, чтобы приобретенные знания, навыки или виды компетентности получали воплощение в практике и встраивались в нее. Здесь важен вклад организаций-поставщиков услуг НПК в выработку системы компетентностей, которые выходят за пределы последипломного образования и облегчают возможность отдельно взятых врачей соответствовать поставленным перед ними целям учебы.

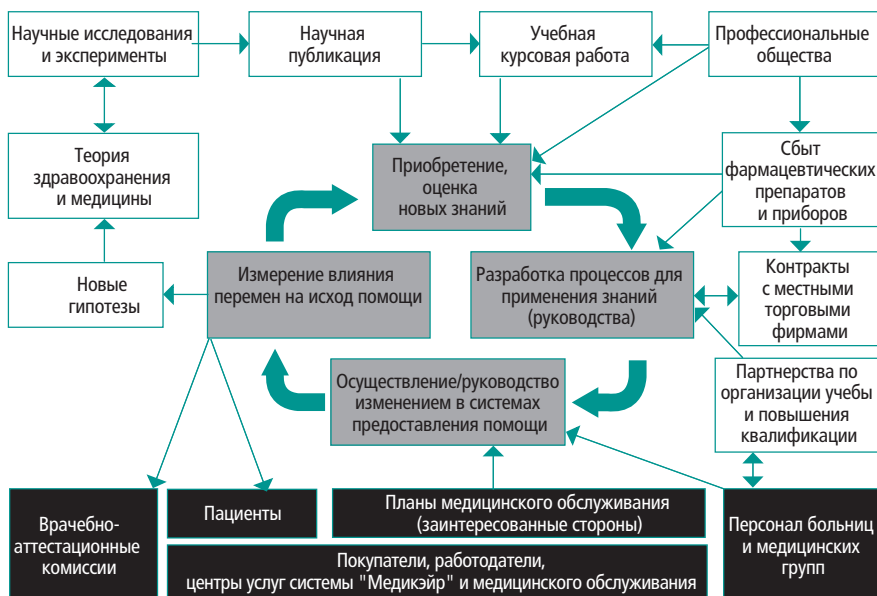
Применение подхода, ориентированного на выработку компетентности, в последипломном медицинском образовании в принципе может уменьшить

объем времени, необходимого для приобретения знаний, навыков и умений, и ускорить начало самостоятельной практики. В качестве примера можно привести внедрение системы последиplomной подготовки, ориентированной на выработку компетентности, в программу ортопедической хирургии в университете Торонто (Канада), что в перспективе приведет к сокращению времени обучения с пяти лет до трех (39). Хотя медицинское образование, ориентированное на выработку компетентности, не обязательно ведет к сокращению курса обучения, а лишь отрывает достижение компетентности от определенных временных рамок, в этом новаторском проекте предполагается, что некоторые врачи достигнут заданных уровней компетентности раньше других.

Системная модель

Системная модель, в которой рассматриваются взаимоотношения между генерированием знаний, транслированием знаний, обучением в процессе практики и профессионализмом, была предложена Ассоциацией американских медицинских колледжей и Американской ассоциацией колледжей медсестер (40). На рис. 2 схематично представлены составные элементы оригинальной модели.

Рис.2. Модель системной организации практики, познавательной деятельности и усовершенствования квалификации



В этой модели показано генерирование нового знания (которое формулируется новыми гипотезами, порождаемыми потребностями и оценками исходов помощи), которое затем распространяется или транслируется авторами (это показано на рисунке 2 белыми ячейками). Результаты научных исследований и публикуемые руководства "берутся на вооружение" профессиональными обществами, учебными заведениями и медперсоналом (врачами, медсестрами, фармацевтами и т.д.) путем прохождения обучающих курсов, которые помогают врачам и руководителям лечебной практики перестраивать системы так, чтобы в реальные изменения практики включались новые знания, продукты и методы (40). Роль, отводимая компаниям, производящим фармацевтическую продукцию и приборы, в приобретении и оценке новых знаний или их применении на практике чрезвычайно сомнительна и вызывает немалую озабоченность в связи с конфликтами интересов, необъективностью и коммерциализацией образования и здравоохранения.

В соответствии с этой моделью, компоненты, указанные на рис. 2 в черных ячейках (врачебно-аттестационные комиссии, пациенты и т.д.), не имеют большого влияния на НПК. Они лишь представляют цели, за достижение которых должны отчитываться врачи. Однако и пациенты, и поддержка, предоставляемая врачебно-аттестационными органами, больницами и медперсоналом, могут в значительной степени способствовать познавательной деятельности врачей.

Серые ячейки на рис.2 показывают задачи врачей в учебе, осуществляемой в процессе практики. Первая задача связана с приобретением и оценкой новых знаний (например, учение в месте оказания помощи), а вторая задача – с созданием процессов ведения практики, позволяющих применить новые знания. Хотя врачи часто знают, что нужно делать, им часто не удается выполнить в точности то, что они намеревались сделать. В этой модели подчеркивается важность создания культуры "учения на опыте и ошибках", при которой поощряется экспериментирование.

Модель также описывает взаимоотношения между медицинскими обществами, партнерствами по организации учебной деятельности, компаниями-производителями фармацевтической продукции и приборов и местными торговыми фирмами в процессе предоставления образовательных услуг и информации таким образом, чтобы врачи могли перестроить свою практику. Однако по указанным выше причинам важнейшим элементом любой системы получения знаний является отделение образования от коммерческих влияний.

Мы учимся на том, каких результатов мы достигаем, и измерение этих результатов, в конечном счете, является непременным условием совершенствования. Выработка новых знаний через рождение новых

гипотез основана на наблюдаемых результатах. Важно отметить, что измерение часто рассматривается как один из важнейших компонентов в государственной отчетности.

Какие нужны стратегические подходы, условия и стимулы для обновления знаний и навыков врачей?

Обязательное участие в системах или программах непрерывного повышения квалификации/непрерывного образования

Стремительно увеличивающийся объем данных, касающихся медико-санитарной помощи, и растущая озабоченность по поводу безопасности пациентов, качества помощи и частоты неблагоприятных событий – это достаточные основания для принятия мер к тому, чтобы все врачи, практикующие в странах ЕС, занимались постоянной учебой, поддерживающей их компетентность и качество выполнения профессиональных функций на протяжении всей профессиональной жизни. Диссонанс между ожиданиями пациентов и возможностями лечащих их врачей омрачает отношения между населением и профессиональным сообществом. Именно этот диссонанс и побудил сообщество врачей к тому, чтобы подкреплять утверждения о своем профессионализме более вескими аргументами, и подтолкнул к разработке программ непрерывного образования, направленных на повышение ответственности за поддержание своей компетентности при осуществлении практики.

Но и простой оценки участия в деятельности в рамках НПК недостаточно для того, чтобы показать действительную меру учения, изменения или усовершенствования. Аргументы в пользу поощрения, а не вменения в обязанность участия в НПК часто базируются на отсутствии фактических данных об эффективности обязательного участия в НПК и на том, что непрерывное образование уже является частью профессионального статуса подавляющего большинства врачей (которые и без того решительно настроены на повышение компетентности, качества осуществления профессиональной деятельности и улучшение исходов лечения больных).

Но если обязательное участие в непрерывном образовании считается одной из ценностей, признаваемых врачами и обществом, то это еще не означает, что системы, складывающиеся в Европе (и во всех странах ЕС), непременно будут выглядеть одинаково для всех врачей. В идеале системы НПК должны:

- способствовать выработке навыков и компетентности, позволяющих учиться на протяжении всей жизни;
- соответствовать профилю практики каждого, кто занимается образованием;

- удовлетворять осознаваемые и неосознаваемые потребности профессиональной деятельности каждого, кто занимается непрерывным образованием (например, способствовать ликвидации пробелов в знаниях, навыках или выполнении профессиональных функций);
- предусматривать непрерывные оценки того, как отдельно взятый врач или бригада медико-санитарной помощи осуществляют свою профессиональную деятельность (например, аудит с обратной связью). Поэтому участие в обязательных системах НПК пропагандируется как ответ на ожидания общества, профессиональная необходимость и нормативное требование.

В таблице 1 приводится более полный перечень всех аргументов за и против введения системы обязательного повышения квалификации врачей.

Хотя участие в обязательных системах НПК и позволят добиться того, чтобы каждый врач, имеющий лицензию, стремился соответствовать – и соответствовал – определенным минимальным ожиданиям, главным аргументом против введения обязательного НПК является отсутствие доказательств того, что участие в деятельности в рамках НПК действительно повышает уровень или улучшает качество профессиональной деятельности. Повышают ли обязательные системы уровень знаний, умений или компетентности врачей? Оказывают ли обязательные системы НПК положительное влияние на качество выполнения профессиональных функций или на исход лечения больных?

Традиционная модель непрерывного медицинского образования была построена на допущении о том, что, если специалисты высокого класса будут читать врачам лекции о том, как нужно работать, то эти знания автоматически воплотятся в практике и качество помощи больным сразу улучшится. После нескольких десятилетий научных исследований с использованием этой традиционной модели НПО факты упрямо свидетельствуют о недостаточном качестве помощи: 30-40% больных не получают лечения, эффективность которого доказана, а 20-25% больных получают помощь, которая им не нужна или потенциально вредна (42). Кроме того, низким остается уровень соблюдения рекомендованных показателей предоставления медико-санитарной помощи взрослым, в какой бы области она ни предоставлялась: в области профилактической помощи уровень соблюдения составил 54,9% (43), в области экстренной помощи 53,5% (43), а в области помощи при хронических заболеваниях – 56,1% (43).

Сегодня появляется все больше фактических данных, полученных из систематических обзоров, которые неизменно подтверждают, что участие в образовательной деятельности в составе группы эффективно для повышения уровня знаний, но меньше влияет на модели поведения при

Таблица 1. Аргументы за и против обязательного НПК

Аргументы в пользу обязательного НПК	Аргументы против обязательного НПК
Непрерывное повышение квалификации врачей необходимо для защиты населения.	Профессионалы должны отвечать за эффективное выполнение своих профессиональных обязанностей, а не только за участие в НПК; обязательное участие устраняет эту индивидуальную ответственность.
Гарантируется участие каждого практикующего врача в образовательных программах.	Все, что может быть вменено в обязанность, – это участие; нет никакой гарантии того, что произойдет изменение в установках, знаниях или навыках.
Гарантируется постоянная ответственность за соблюдение условий лицензии на ведение практики.	Нарушаются принципы учения взрослых; присутствует карательный элемент для тех, кто участвует в этом процессе добровольно.
Обязательность НПК представляет собой переход к более эффективным системам профессиональной ответственности.	Врачи могут зависеть от традиционных программ вместо того, чтобы брать на себя ответственность за собственное образование.
Поддерживается профессиональная информированность и осведомленность.	Большинство врачей продолжают свое образование самостоятельно; обязательное НПК требуется только тем, кто не считает нужным учиться.
Врачи будут заниматься образованием, чтобы удовлетворить потребности, которые они в противном случае могли бы проигнорировать.	Качество выполнения профессиональных функций некомпетентными людьми улучшить нельзя.
Грамотно спланированные программы могут положительно влиять на результаты практики.	Данных об улучшении результатов практики нет.
Можно до минимума уменьшить профессиональную и географическую изоляцию.	Предлагаемые программы могут быть непоследовательными и не актуальными для потребностей практикующего врача.
Улучшается качество профессиональной деятельности врача, работающего без энтузиазма.	Может произойти распространение программ сомнительного качества.
	Обязательная система НПК – дорогостоящая политика.

Источник: по материалам публикации Donen (41).

осуществлении профессиональной практики или на исходы лечения (35,36). Проведенное в 2009 г. обновление Кокрановского систематического обзора конференций и семинаров, организуемых в рамках непрерывного образования, по вопросу профессиональной практики и исходов медико-санитарной помощи показало, что среднее стандартизированное абсолютное улучшение показателя соответствия желательной практике составило 6%, а улучшение показателя исходов лечения больных – 3% (44). Однако средние улучшения показателя соответствия желательной практике доходили до 13,6%, когда групповое образовательное мероприятие проводилось с использованием дидактических и интерактивных методик обучения или когда сложность изменения моделей поведения была умеренной (10,5%) или низкой (4,7%). Эти результаты показывают, что для изменения моделей поведения при осуществлении практики учеба в группе может быть такой же эффективной, как и аудит с обратной связью или визиты к врачам с целью вовлечения их в учебу.

Обязательные системы НПК созданы не для того, чтобы доказывать компетентность врача или сохраняющуюся у него способность осуществлять практику или, напротив, показывать его непригодность. Для этого существуют другие процессы и методы. Участие в обязательных системах НПК, в которые внедрены действенные принципы и методики обучения, обеспечивающие повышение уровня знаний, оценку и повышение уровня компетентности и качества осуществления профессиональной практики, а также достижение более успешных исходов лечения больных, требует изменения культурной ориентации в сторону такой системы, которая предполагает непрерывное улучшение качества обучения и является динамичной и ставит во главу угла исход лечения. Непрерывное образование в течение всей жизни в процессе профессиональной практики служит тем фундаментом, на котором должно строиться достижение качества работы, оправдывающего надежды профессионального сообщества, населения и системы здравоохранения.

Создание единой системы аккредитации НПК для поставщиков образовательных услуг и/или программ

В рамках систем додипломного и последипломного медицинского образования были созданы и внедрены системы аккредитации на основе принятой совокупности принципов, норм и показателей оценки. В области непрерывного повышения квалификации в нескольких национальных системах НПК были разработаны системы аккредитации, ориентированные на поставщиков услуг НПК (т.е. модель, в центре которой стоит поставщик), на отдельно взятые программы или виды деятельности (т.е. модель, в центре которой стоит программа) или на то и другое. Системы аккредитации видов деятельности в рамках НПК обычно строятся на некотором наборе

стандартов, выражающих образовательные и этические требования, которые должны удовлетворяться для того, чтобы тот или иной вид деятельности мог быть включен в систему НПК или чтобы за него могли начисляться зачетные баллы.

В Европе и, в частности, в ЕС есть возможность содействовать взаимному признанию национальных систем аккредитации НПК во всех государствах-членах. Можно выработать такие подходы к взаимному признанию, при которых требовалось бы, чтобы все системы аккредитации НПК были одинаковыми или существенно эквивалентными. Существенная эквивалентность основывается на способности каждой системы отражать единую совокупность принципов, ценностей и показателей оценки. Например, в принципах, ценностях и показателях оценки, принятых "Римской группой", описываются непреходящие ценности, которые должна отражать система НПК, а затем в них формулируются обязанности органов по аккредитации, самих работников, повышающих свою квалификацию, и поставщика или организатора видов деятельности НПК (приложение 1). Независимо от сферы образовательной деятельности, включенной в национальную систему НПК, или от количества зачетных баллов, которые должны быть начислены за эту деятельность, процесс подтверждения существенной эквивалентности основывается на способности систем НПК продемонстрировать, как эти принципы, ценности и показатели оценки реализованы и выражены в каждой системе. Принять или внедрить виды образовательной деятельности, осуществленные в другой системе, мешает отсутствие уверенности в отношении того, предназначались ли эти виды деятельности для стимулирования углубленной учебы (31).

Практически всеобщей формой образовательной деятельности среди врачей является учеба в составе группы, и в научной литературе по вопросам образования установлена ценность такой групповой учебы, которая соответствует определенным критериям. Поэтому можно говорить о серьезном вкладе систем аккредитации НПК в улучшение качества образования в обязательных системах повышения квалификации врачей. Для удовлетворения потребностей своей профессиональной практики врачи используют разнообразные методы учения. Организации НПК играют важную роль в развитии таких видов образовательной деятельности, которые соответствуют строгим научно-методическим и этическим требованиям. Созданием стандартов и систем аккредитации НПК устанавливаются определенные требования к поставщикам услуг или к программам НПК, и при этом ожидается, что они будут гарантировать качество учебного процесса, и укрепляется ощущение уверенности у врачей, которые решают участвовать в этих видах деятельности.

В единой системе аккредитации во главу угла поставлена цель повышения качества и научно-методической строгости поставщиков услуг или программ, на которые полагаются врачи или которыми они пользуются для составления и осуществления плана повышения квалификации, соответствующего особенностям их практики и учитывающего их потребности. В этой связи могут быть полезны описанные ниже примеры других стран.

Северная Америка

В Соединенных Штатах Америки в центре внимания системы аккредитации НПК находятся организации-поставщики услуг. Органом, отвечающим за принятие стандартов аккредитации и контролирующим их соблюдение, является Совет по аккредитации услуг непрерывного медицинского образования. По стандартам аккредитации оцениваются следующие аспекты: уставные цели и задачи организации НПК, различные элементы процесса планирования образовательной деятельности, стратегии оценки эффективности отдельных видов деятельности в области НПК и в целом программа НПК и организационная структура, которые обеспечивают наличие ресурсов, служебных инструкций и процедур, необходимых для соблюдения требований аккредитации. Для непрерывного сохранения аккредитации необходимо соответствовать требованиям по каждому из этих аспектов. Аккредитация с официальным выражением одобрения основывается на способности организации показать, как она вырабатывала процессы для улучшения профессиональной практики, как устраняла помехи в учебе и в осуществлении перемен и как она сотрудничает с партнерами по организационной структуре и системе в деле достижения более высокого качества. Стандарты аккредитации отражают важность организации всей образовательной деятельности на основе оценки потребностей, стимулирования учебы, перемен к лучшему и улучшения качества выполнения профессиональных функций, а также независимости от влияния коммерческих интересов.

В Канаде в системе аккредитации НПК, принятой Королевской коллегией терапевтов и хирургов Канады, также главное внимание уделяется поставщикам услуг НПК, и эта система основывается на соблюдении аналогичного набора национальных стандартов аккредитации. В 2008 г. Совет по аккредитации услуг непрерывного медицинского образования и Королевская коллегия терапевтов и хирургов Канады участвовали в процессе, целью которого было определить существенную эквивалентность этих двух систем. В результате процесса изучения систем (этот процесс состоял из заполнения вопросника, предоставления требуемой документации и выездного обследования с целью определения того, насколько решения относительно соблюдения стандартов обосновывались фактическими данными) был сделан вывод о том, что обе системы являются существенно

эквивалентными. Помимо разработки аккредитованных видов групповой образовательной деятельности, аккредитованные организации НПК в Канаде могут самостоятельно разрабатывать имитационные модели и программы самооценки и должны облегчать планирование и осуществление индивидуальных программ самообучения врачей. Организации, получившие аккредитацию на предоставление услуг НПК (на основании продемонстрированного ими соблюдения стандартов аккредитации), получают разрешение от Королевской коллегии терапевтов и хирургов Канады проводить проверки и давать заключения о деятельности других организаций, дабы можно было убедиться в том, что эти другие организации соответствуют образовательным и этическим стандартам, установленным для программы сохранения в силе сертификата о прохождении аттестации. Кроме того, аккредитацию получают врачебные обходы, журнальные клубы и учебные занятия в небольших группах, если будет продемонстрировано, что в них соблюдаются стандарты аккредитации, установленные для этих видов деятельности, проводимых регулярно в плановом порядке.

Новая Зеландия и Австралия

В Новой Зеландии правительством установлено требование обязательного участия в системах НПК. В Австралии системы НПК созданы различными существующими там королевскими коллегиями, однако участие в этих системах может быть обязательным или добровольным. Независимо от требований в отношении участия в непрерывном образовании, какой-либо установленной системы аккредитации поставщиков услуг или программ нет. Без системы аккредитации НПК нет и процесса, позволяющего удостовериться в том, что разработанные образовательные процессы удовлетворяют потребностям профессионального сообщества. Также невозможно убедиться в том, что на академическую цельность и сбалансированность содержания не оказывают влияния коммерческие интересы, или в том, что была проведена адекватная оценка уровня знаний, перемен или улучшений.

Определение роли системы медико-санитарной помощи и предъявляемых к ней требований относительно поддержки непрерывного улучшения качества познавательной деятельности

Врачам приходится сталкиваться с многочисленными потенциальными препятствиями, которые способны помешать им воплотить результаты непрерывного повышения своей квалификации в конкретные меры по оптимизации помощи. Эти препятствия могут возникать на самых разных уровнях и включать трудности структурного характера (например, незаинтересованность по финансовым соображениям), организационные барьеры (например, неподходящая профессиональная структура кадров

или отсутствие помещений, аппаратуры или оборудования), трудности со стороны группы коллег равного профессионального статуса (например, местные стандарты оказания помощи не соответствуют желательной практике), барьеры индивидуального плана (например, касающиеся знаний, установок и навыков), "информационная перегрузка" в ходе сложных консультаций, ведущая к упущениям, или проблемы, связанные с ожиданиями и надеждами пациентов (например, реклама фармацевтических препаратов, направленная на потребителей). Для того, чтобы устранить эти препятствия и получить от непрерывного образования максимальную пользу для обеспечения качества помощи больным и благоприятных исходов лечения, врачи, поставщики услуг НПК и вся система медико-санитарной помощи должны принять подход к непрерывному образованию и к НПК, основанный на принципе "коллективной ответственности". Аналогичным образом, системы медико-санитарной помощи могут поддерживать деятельность врачей и поставщиков услуг НПК, связанную с непрерывным образованием, создавая и поддерживая такую среду, которая благоприятствует учению. Например, системы здравоохранения должны обеспечивать доступ к базе фактических данных, на основании которых определяются стратегии поиска, анализа и применения знаний, и к данным о качестве выполнения врачами профессиональных функций. Системы здравоохранения также должны заниматься созданием и поощрением стратегий, направленных на более эффективное транслирование знаний.

Системы образования и здравоохранения должны создать инфраструктуру для поддержки целого ряда мероприятий, посредством которых врачи и медико-санитарные бригады могут оценивать качество выполнения своих функций в процессе практической работы. Например, врачам и другим сторонам процесса медико-санитарной помощи нужен элементарный доступ к источникам знаний и более совершенным механизмам обеспечения новейшей информацией, предназначенным для того, чтобы распространять знания и облегчать их передачу. В число последних могут входить электронные библиотеки и базы данных (например, MEDLINE/PubMED), данные о выполнении врачами профессиональных функций (например, электронная медико-санитарная документация) и учебные материалы, доступные с места оказания помощи (например, краткие описания, основанные на фактических данных). В целом врачам в поисках основы для совершенствования своей практики следует уделять главное внимание синтезированным знаниям (а не данным изолированных исследований).

К сожалению, у многих врачей на работе нет легкого доступа к таким знаниям. В тех же случаях, когда доступ у врачей есть, то, как показывают данные, главными препятствиями на пути к оперативному получению актуальной, качественной информации являются ошибки в проведении

поиска и неспособность правильно сформулировать вопросы. Системы медико-санитарной помощи могли бы облегчать справедливый доступ врачей к знаниям с помощью централизованных координируемых закупок и предоставления в их пользование основных ресурсов знаний (например, путем создания электронной библиотеки). Возможно, потребуется решить и такие вопросы, как предоставление доступа к Интернету и приобретение новых навыков по месту работы. В ЕС могут также возникать языковые барьеры, особенно в тех случаях, когда учебные материалы распространяются за пределами страны.

Кроме того, у врачей может не быть времени и навыков, необходимых для получения и правильной оценки знаний, вырабатываемых в результате научных исследований. Поэтому облегчить применение знаний врачами может создание стратегий обеспечения информацией (они описаны ниже), которые позволяют делать обзоры широкого спектра фактических данных.

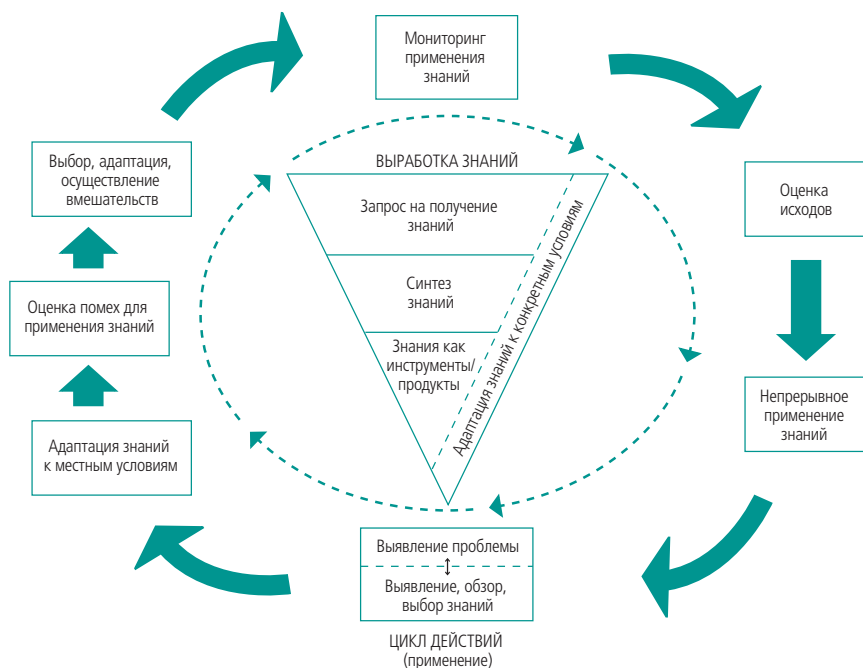
- Для организации, оценки и реферирования ресурсов знаний в целях облегчения поиска и нахождения необходимой качественной информации можно использовать порталы знаний.
- Для отбора и оценки научно-исследовательской информации и выделения высококачественных и актуальных фактических данных научных исследований для клиницистов можно использовать асинхронные услуги предоставления знаний (16,45).
- "Синхронные" услуги предоставления знаний могут обеспечивать поддержку в виде знаний в реальном режиме времени (синхронно) для ответа на конкретные вопросы врачей, связанные с их практикой (46).
- Услуги быстрого реагирования могут обеспечивать асинхронную поддержку врачей знаниями, например, предоставить в течение 1-2 недель после получения запроса обзор базы научных исследований с предварительной оценкой.

Системы медико-санитарной помощи также должны разделять ответственность за поддержку, стимулирование и облегчение транслирования знаний.

Системы здравоохранения должны стремиться к тому, чтобы новые знания использовались с максимальной эффективностью для улучшения качества помощи больным. В цикле "от знаний к действиям" (рис. 3) наглядно показаны основные процессы, связанные с выработкой знаний, выделением из них наиболее существенных элементов и их использованием (47). В этой модели расположенная в центре "воронка выработки знаний" отображает генерирование, синтез знаний и превращение знаний в практические инструменты. Части цикла, связанные с практическими действиями, основаны на теориях планируемых действий, в центре

которых находится сознательная разработка и организация перемен в системах и группах медико-санитарной помощи. В цикл включены процессы, которые нужны для того, чтобы реализовывать знания на уровне учреждений медико-санитарной помощи: выявление проблемы, оценка детерминант передачи знаний (ПЗ); выбор, адаптация к конкретной ситуации, осуществление и оценка эффективности мероприятий по передаче знаний и определение стратегий, обеспечивающих непрерывающееся применение знаний.

Рис.3. Цикл "от знаний к действиям"



Кокрановской группой по эффективности практики и организации помощи были выполнены три обзора деятельности по транслированию знаний (48, 49, 50). На сегодняшний день в базе данных Rx for Change ("Rx в поддержку перемен") (в которой реферируются фактические данные современных исследований о результатах осуществления стратегий, направленных на улучшение практики назначения и употребления лекарственных препаратов) содержатся рефераты более 200 систематических обзоров вмешательств с целью изменения профессионального поведения (49). В приложении 2, которое составлено на основе обзоров самого высокого качества,

содержащихся в базе данных Rx for Change (49), кратко описываются результаты основных мер вмешательства. Кроме этого, мы рассматриваем вероятные механизмы осуществления вмешательств, потенциальные помехи, на устранение которых могут быть направлены меры вмешательства, и некоторые практические вопросы, в том числе связанные с материально-техническим обеспечением.

В целом результаты показывают, что большинство мер вмешательства при определенных обстоятельствах оказываются действенными и ассоциируют хотя и со скромными, но, тем не менее, важными эффектами. Но если в подтверждение эффективности одних мер вмешательства (например, аудит с обратной связью, работа на местах с целью вовлечения врачей в образовательную деятельность) существует солидная база фактических данных, то в отношении эффективности других мер (например, роль неформальных авторитетов) доказательств гораздо меньше; соответственно, ограничены и возможности для умозаключений. Ресурсы, требуемые для осуществления этих мер вмешательства, различаются по своей стоимости в широких пределах: от относительно недорогих (например, учебные материалы) до относительно дорогостоящих (например, проведение работы на местах по вовлечению врачей в образовательную деятельность). Однако, учитывая большие затраты на медико-санитарную помощь, даже относительно незначительные положительные результаты сравнительно дорогостоящих вмешательств все равно могут оказаться оправданными с точки зрения соотношения затрат и результатов (51). Наконец, в имеющихся исследованиях часто бывают недостаточно внятно определены практические шаги, необходимые для осуществления вмешательств. Одни меры вмешательства могут быть осуществлены посредством механизмов НПК (например, учебные материалы и конференции), тогда как другие чаще осуществляются системой медико-санитарной помощи (например, аудит с обратной связью и напоминания). Это еще раз показывает, как важно согласовывать мероприятия, связанные с НПК и непрерывным образованием, с приоритетами системы здравоохранения.

Соображения, касающиеся практической реализации

При рассмотрении вопроса о том, какие элементы инфраструктуры понадобится предусмотреть для того, чтобы проводить в жизнь те или иные стратегические подходы, в настоящем обзоре особое внимание уделяется соображениям, касающимся содействия образовательной деятельности/подготовке кадров на международном уровне и новым формам передачи знаний.

Разнообразие систем НПК в Европе создает трудность и для медицинских работников, и для руководства, особенно в том, что касается переездов

врачей из одной страны в другую и требований в отношении практики. Это разнообразие особенно в ЕС все больше становится препятствием для тех, кто тратит силы и средства на достижение единообразия в НПК между всеми государствами-членами. Для создания эквивалентных национальных систем НПК необходимо рассмотреть несколько вопросов, связанных с инфраструктурой образования, без решения которых едва ли возможно успешно реализовать те стратегические подходы, которые предлагаются в настоящем аналитическом обзоре.

Взаимное согласие и признание НПК

Самое главное – это достижение взаимного согласия и признания всеми врачами, заинтересованными сторонами и медицинскими обществами в любом государстве-члене того факта, что участие в формальном непрерывном повышении квалификации и, в более широком смысле, занятие непрерывным образованием есть общепризнанная и необходимая профессиональная и этическая обязанность. Наличие общего согласия в этом вопросе является одной из важнейших предпосылок успешной гармонизации системы во всех государствах-членах.

Единообразии стандартов аккредитации

Для того, чтобы врачи могли с полной уверенностью повышать свою квалификацию в разных странах, между странами должно быть установлено единообразие стандартов аккредитации. Должно быть единообразие принципов и итогов аккредитации поставщиков услуг и организаторов НМО/НПК. При таком единообразии врачи, желающие пройти обучение, которое не предоставляется в их собственной стране, смогут пройти его в другой стране и оно по своему содержанию, итогам и качеству будет рассматриваться как эквивалентное сходным программам, которые организованы в их стране.

Группой руководителей систем аккредитации НПК в нескольких государствах-членах ЕС, Соединенных Штатах Америки и Канаде (Римской группой) начата подготовка согласованного заявления с выражением консенсуса в отношении основополагающих ценностей и обязанностей, лежащих в основе существенной эквивалентности систем НПК. В этом заявлении указывается, что системы аккредитации НМО/НПК должны 1) способствовать повышению качества выполнения врачами своих профессиональных функций и тем самым укреплению здоровья людей и 2) основываться на информации, касающейся потребностей врачей в образовании, и в конечном счете быть нацеленными на то, чтобы помочь врачам укреплять здоровье населения.

Эти ценности и обязанности дают ясное представление о том, о каких ожиданиях можно говорить в более широких масштабах всего ЕС.

1. Ценности

Системы НМО/НПК должны основываться на непреходящих ценностях, которые:

- способствуют повышению качества выполнения врачами своих профессиональных функций и тем самым укрепляют здоровье населения;
- основываются на информации, касающейся потребностей врачей в образовании, и в конечном счете нацелены на то, чтобы помочь врачам укреплять здоровье населения.

2. Обязанности системы (органы аккредитации НПК)

Организации по аккредитации должны демонстрировать:

- справедливость, аргументированность, новаторские подходы, честность и последовательность в методах проведения аккредитации;
- разумные стандарты и критерии оценки поставщиков услуг/организаторов НМО/НПК;
- ответственность, отзывчивость и лидерство в данной области;
- включение в процесс аккредитации элемента проверки, позволяющего удостовериться в том, что поставщики услуг/организаторы выполняют налагаемые на них обязанности;
- меры, предпринимаемые для того, чтобы способствовать постоянному совершенствованию процесса аккредитации, а также тех систем образования, которые он обеспечивает;
- сотрудничество и партнерство между органами аккредитации и между органами аккредитации и поставщиками/организаторами НПК.

Для того, чтобы иметь право на получение зачетных баллов, обучающийся врач должен выполнять определенные обязанности, а именно:

- участвовать в программах НМО/НПК, в основу которых положены его индивидуальные потребности в образовании;
- добиваться того, чтобы его потребности были адекватны его профессиональной практике и профессиональному росту в контексте улучшения качества помощи и укрепления здоровья пациентов;

- оценивать, в какой степени были удовлетворены его потребности, с точки зрения изменений в уровне знаний, компетентности или профессионального мастерства;
- следить за тем, чтобы имелись механизмы, не позволяющие подчинять образовательную деятельность коммерческим интересам.

Для того, чтобы иметь право присуждать зачетные баллы, поставщик услуг/организатор образовательной деятельности в области НМО/НПК должен выполнять определенные обязанности, описанные ниже.

- О любых формах коммерческого спонсорства или коммерческого интереса методиста, планирующего занятия, лекторов или инструкторов-методистов, проводящих занятия, должны быть поставлены в известность поставщик услуг/организатор, обучающиеся врачи и органы аккредитации.
- Любая поддержка, спонсорство или финансирование коммерческими организациями здравоохранения не должны оказывать влияния на структуру или содержание образовательной деятельности, и о них должны быть поставлены в известность участники и органы аккредитации.

Поставщик услуг/организатор должен:

- обеспечить наличие критериев оценки эффективности образовательного процесса по конечному результату (с точки зрения достижения целей образовательной деятельности в отношении уровня знаний, компетентности и качества выполнения профессиональных функций);
- быть в состоянии предоставлять подтверждение участия с такой периодичностью и в такой форме, которые соответствуют нормативным требованиям;
- следить за тем, чтобы цели учебы определялись конкретно в отношении знаний, компетентности и качества выполнения профессиональных функций и соответствовали специфике целевой аудитории;
- следить за тем, чтобы применяемые методы преподавания соответствовали заявленным целям учебы;
- быть в состоянии показать, что они провели оценку качества всех предыдущих видов образовательной деятельности и там, где это было необходимо, внесли улучшения.

Механизмы проведения НПК

В соответствии с руководящими принципами, заложенными в законах о взаимности, каждая страна должна создавать и принимать свои механизмы проведения НПК. Важно подчеркнуть, что основополагающим соображением, касающимся гармонизации систем НПК, является в данном аналитическом обзоре взаимное признание и эквивалентность ценностей и стандартов. Каждая страна также должна выработать определенный метод (например, централизованный механизм электронного учета) для отслеживания образовательной деятельности и ее результатов. Предполагается, что механизмы отслеживания, как и механизмы проведения НПК, тоже будут разработаны в полном соответствии с экономической, социальной, культурной и технологической инфраструктурой каждой страны.

Спонсорство со стороны промышленности

Хотя между врачами и организациями, занимающимися деятельностью в области НПК, существует множество типов финансовых отношений, типом отношений, который привлекает к себе наибольшее внимание и вызывает наибольшую озабоченность, является коммерческое спонсорство. Есть мнение, что системы НПК стали слишком уж полагаться на поддержку со стороны промышленности в развитии различных видов непрерывного повышения квалификации. В частности, согласно данным Совета по аккредитации услуг непрерывного медицинского образования, только в Соединенных Штатах Америки оборот в сфере услуг НПК составляет 2 миллиарда долларов в год, причем от врачей поступает менее 50% доходов в этом бизнесе (52).

В условиях, когда расходы на здравоохранение сокращаются, а стоимость медико-санитарной помощи растет, какие же варианты стратегических подходов можно было бы применить для того, чтобы система НПК сохранила свою академическую цельность и при этом был уравновешен рост издержек? Morris et al. (2009) предложили следующие подходы и для каждого из них отметили как положительные, так и отрицательные стороны (53).

Первый подход заключается в том, чтобы полностью запретить коммерческое спонсорство мероприятий в области НПК. Это позволило бы успешно устранить если не полностью, то в основном влияние коммерческих интересов в проводимых мероприятиях. Поскольку при этом врачи должны будут целиком покрывать расходы, они могут начать требовать более полноценного образования в обмен на свои деньги, затрачиваемые на обучение. Это в свою очередь будет подталкивать поставщиков услуг НПК к тому, чтобы предлагать качественные программы за меньшую стоимость.

Второй подход разрешает коммерческое спонсорство НПК без какого-либо влияния на содержание образовательного процесса. При этом подходе можно было бы использовать одну из двух систем: механизм финансирования из общего фонда или некоторое меню предлагаемых тем. Механизм финансирования из общего фонда позволяет независимым организациям, субсидирующим НПК, получать как средства от спонсоров, так и поощрительные гранты для поддержки образовательных мероприятий. Проводится сбор средств, а затем с помощью прозрачного и объективного процесса суммы денег распределяются в зависимости от образовательной ценности программы НПК; однако донорам не разрешается указывать, какую именно программу они хотели бы поддерживать. Использование меню тем НПК представляет собой такой подход, при котором некоторой авторитетной третьей стороне поручают определить потребности в образовании и требовать, чтобы аккредитация НПК охватывала одну из тем, содержащихся в этом меню.

При последнем предложенном варианте подхода рассматривается аккредитация конкретных видов деятельности в области НПК, а не поставщиков услуг НПК. Несмотря на то, что аккредитация на уровне видов деятельности является более ресурсоемким подходом, тот факт, что отдельные программы анализируются уважаемыми профессиональными обществами, может быть гарантией качества образования при выборе видов деятельности НПК.

Оценка качества выполнения профессиональных функций

Силой, заставляющей сообщество НПК осуществлять перемены, стали требования улучшить качество медицинской помощи, повысить безопасность пациентов и изменить соотношение между затратами и результатами. НПК – это уже не только получение знаний: все больше внимания и надежд обращается на улучшение качества выполнения врачами своих профессиональных функций (клинических навыков, навыков коммуникации и т.д.) и, в конечном счете, улучшение исходов лечения больных. Сегодня оценка качества выполнения функций или компетентности признается как одно из неизменных требований. Подходя к оценке выполнения профессиональных функций, системы должны удостовериться в том, что показатели исходов лечения напрямую связаны с НПК. Как уже отмечалось выше, и практика специалистов, и система здравоохранения, в рамках которой они осуществляют свою практику, должны предусматривать в качестве своего неотъемлемого элемента оценку деятельности врача и обеспечивать ее проведение. Нужно рассматривать оценку как позитивный процесс профессионального развития, предназначенный для того, чтобы своевременно выявлять те

стороны практики, на совершенствование которых должна быть нацелена последующая познавательная деятельность. Поэтому оценка должна проводиться в спокойной атмосфере, где нет места ни угрозам судебной тяжбы, ни боязни провала. Оценка должна иметь отношение к каждому аспекту (клиническому, образовательному, административному и научно-исследовательскому) профессиональной практики и распространяться на все виды содержания учебной деятельности (знания, навыки, установки) и роли и виды компетентности, включенные в упомянутую выше модель CanMEDS.

Необходимо способствовать распространению стратегий оценки как на индивидуальном уровне (например, путем анализа личной практики), так и на коллективном (путем анализа коллективной практики).

Резюме

В Европе сегодня нет общепринятого подхода к непрерывному образованию, однако существует широкое согласие в том, что пациенты получают услуги наивысшего качества тогда, когда люди, оказывающие им помощь, поддерживают свою компетентность путем участия в программах непрерывного повышения и оценки своей квалификации.

Для того, чтобы стимулировать участие всех врачей в непрерывном образовании и повысить уровень их ответственности, следует рассмотреть вопрос о введении принципа обязательности участия в системах или программах НПК. Большое значение будет иметь обеспечение (и повышение) качества и академической строгости поставщиков образовательных услуг или программ обучения, на которые полагаются врачи при составлении и осуществлении собственных планов образовательной деятельности, соответствующих особенностям их практики и учитывающих их потребности. Важнейшей предпосылкой для этого считается создание единой системы аккредитации НПК, нацеленной на поставщиков услуг и программы, а также внедрение концепции "коллективной ответственности" всех компонентов системы медико-санитарной помощи в деле поощрения и поддержки таких условий, в которых может происходить непрерывное образование.

References

1. Alguire PC. The future of continuing medical education. *American Journal of Medicine*, 2004, 116(11):791–795.
2. Hammond M, Collins R. Self-directed learning to educate medical educators. Part 1: How do we use self-directed learning? *Medical Teacher*, 1987, 9(3): 253–260.
3. Regehr G, Mylopoulos M. Maintaining competence in the field: learning about practice, through practice, in practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(S1):S19–S23.
4. Bankey R, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. *Lifelong learning*. Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, Centre for Learning in Practice, 2007.
5. Anderson MC. New opportunities to improve physicians' lifelong learning. *Academic Medicine*, 1996, 71(2):115–116.
6. Frank, JR. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005.
7. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [web site]. CanMEDS. Ottawa, Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2009 (<http://rcpsc.medical.org/canmeds/>, accessed 14 May 2009).
8. Garattini L et al. Continuing Medical Education in six European countries: a comparative analysis. *Health Policy*, 2010, 94(3):246–254.
9. Merkur S и др. *Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г., Совместный краткий аналитический обзор № 9, подготовленный СФДЗ и Обсерваторией.
10. Bennett NL et al. Continuing medical education: a new vision of the professional development of physicians. *Academic Medicine*, 2000, 75(12):1167–1172.
11. Parboosingh J et al. *Pursuing excellence in practice: a CanMEDS Scholar Workshop on Lifelong Learning* [unpublished work]. 2008.
12. Mann K, Gordon J, MacLeod A. Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 2009, 14(4):595–621.

13. Galbraith RM, Hawkins RE, Holmboe ES. Making self-assessment more effective. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(1):20–24.
14. McKibbin KA, Wilczynski NL, Haynes RB. What do evidence-based secondary journals tell us about the publication of clinically important articles in primary healthcare journals? *BMC Medicine*, 2004, 2:33.
15. Coppus SF et al. A clinically integrated curriculum in evidence-based medicine for just-in-time learning through on-the-job training: the EU-EBM project. *BMC Medical Education*, 2007, 7:46.
16. Haynes RB et al. McMaster PLUS: a cluster randomized clinical trial of an intervention to accelerate clinical use of evidence-based information from digital libraries. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2006, 13(6):593–600.
17. Davidoff F, Florance V. The informationist: a new health profession? *Annals of Internal Medicine*, 2000, 132(12):996–998.
18. Shaughnessy AF, Slawson D. Are we providing doctors with the training and tools for lifelong learning? *Western Journal of Medicine*, 1999, 171(5–6):325–328.
19. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 2001, 323(7313):625–628.
20. Ho K et al. Technology-enabled knowledge translation: frameworks to promote research and practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2004, 24(2):90–99.
21. Barrie AR, Ward AM. Questioning behaviour in general practice: a pragmatic study. *BMJ*, 1997, 315(7121):1512–1515.
22. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine*, 1985, 103(4):596–599.
23. Ebell M. Information at the point of care: answering clinical questions. *Journal of the American Board of Family Practice*, 1999, 12(3):225–235.
24. Huang X, Lin J, Demner-Fushman D. Evaluation of PICO as a knowledge representation for clinical questions. *AMIA: Annual Symposium Proceedings*, 2006, 2006:359–363.
25. Armstrong EC. The well-built clinical question: the key to finding the best evidence efficiently. *Wisconsin Medical Journal*, 1999, 98(2):25–28.
26. Audet AM et al. Transparency as a pillar of a quality and safety culture: the experience of the New York City Health and Hospitals Corporation. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2008, 34(12):707–712.

27. Davis DA et al. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*, 2006, 296-):1094–1102.
28. Eva KW, Regehr G. "I'll never play professional football" and other fallacies of self-assessment. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2008, 28(1)14–19.
29. Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 77(6):1121–1134.
30. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, no. 2, CD000259.
31. Peck C et al. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*, 2000, 320(7232):432–435.
32. Campbell C et al. Competency-based continuing professional development. *Medical Teacher*, 2010 (in press).
33. Eva KW, Regehr G. Self-assessment in the health professions: a reformulation and research agenda. *Academic Medicine*, 2005, 80(Suppl):S46–S54.
34. Regehr G, Eva K. Self-assessment, self-direction, and the self-regulating professional. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2006, 449:34–38.
35. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of continuing medical education *Evidence Report/Technology Assessment* No. 149, AHRQ Publication No.07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007.
36. Mansouri M, Lockyer J. A meta-analysis of continuing medical education effectiveness. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2007, 27(1):6–15.
37. Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16(1):2–3.
38. Moore DE Jr, Green JS, Gallis HA. Achieving desired results and improved outcomes: integrating planning and assessment throughout learning activities. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2009, 29(1):1–15.
39. Kraemer W, Alman B, Reznick R. Resident Training in 2009: it's the quality of time and not the quantity that matters. *COA Bulletin*, 2009, 85:1-4.
40. Association of American Medical Colleges, American Association of Colleges of Nursing. *Lifelong learning in medicine and nursing: final report*. Washington, DC, American Association of Colleges of Nursing, 2010.

41. Donen N. No to mandatory continuing medical education, yes to mandatory practice auditing and professional educational development. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 158(8):1044–1046.
42. Cabana MD et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 1999, 282(15):1458–1465.
43. McGlynn EA et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 2003, 348(26):2635–2645.
44. Forsetlund L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD003030.
45. Haynes RB et al. Second-order peer review of the medical literature for clinical practitioners. *JAMA*, 2006, 295(15):1801–1808.
46. McGowan J et al. A rapid evidence-based service by librarians provided information to answer primary care clinical questions. *Health Information and Libraries Journal*, 2010, 27(1):11–21.
47. Graham ID et al. Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2006, 26(1):13–24.
48. Bero LA et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ*, 1998, 317(7156):465–468.
49. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [web site]. Rx for Change. Ottawa, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2010 (<http://www.cadth.ca/index.php/en/compus/optimal-ther-resources/interventions>, accessed 29 May 2010).
50. Grimshaw JM et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 2001, 39(Suppl 2):II2–II45.
51. Mason J et al. When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? *JAMA*, 2001, 286(23):2988–2992.
52. Accreditation Council for Continuing Medical Education. *ACCME® Annual Report Data 2007*. Chicago, Accreditation Council for Continuing Medical Education, 2008.
53. Morris L, Taitsman JK. The agenda for continuing medical education – limiting industry's influence. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361(25):2478–2482.

Приложения

Приложение 1. Содействие глобализации, взаимности и существенной эквивалентности систем аккредитации и зачетных баллов в области НМО и НПК

История вопроса и обоснование необходимости принятия мер

Существует согласие в отношении того, что было бы полезно привести существующие в странах системы аккредитации НМО/НПК, поставщиков услуг и организаторов этой деятельности, а также систем начисления зачетных баллов к разумному единообразию с точки зрения принципов и результатов аккредитации. Врачи могли бы получать зачетные баллы для предъявления различным местным, национальным и международным организациям, которые требуют от них участия в системе НМО/НПК для поддержания профессионального статуса. Кроме того, врачам, участвующим в образовательной деятельности, и организациям, которые ценят аккредитованные системы НМО/НПК, могло бы быть гарантировано образование хорошего и предсказуемого качества. Среди многих важных элементов систем НМО и повышения квалификации (систем НМО/НПК) можно выделить следующие: 1) участие врачей в качестве обучающихся в образовательных проектах как один из способов непрерывного повышения своей квалификации; 2) поставщики услуг и организаторы образовательной деятельности (или мероприятий), которые являются для врачей ресурсом для получения образования, и 3) организации по аккредитации, которые удостоверяют, что поставщики услуг и организаторы образовательной деятельности соответствуют определенным стандартам аккредитации и поэтому за участие в этой деятельности могут быть начислены зачетные баллы.

Учитывая это, представители организаций, входящих в системы аккредитации НМО/НПК и начисления зачетных баллов Болгарии, Германии, Испании, Италии, Канады, Соединенного Королевства, Соединенных Штатов Америки, Франции и ЕС, пришли к единому мнению о том, что перечисленные ниже элементы являются общими и непреходящими ценностями для любой системы аккредитации НМО/НПК и начисления зачетных баллов, а также представляют собой суть и сердцевину обязанностей поставщиков услуг и организаторов, входящих в такие системы. Представляется, что интегрирование этих элементов в системы НМО/НПК облегчит свободное перемещение обучающихся между системами НМО/НПК разных стран. Участники данного процесса выработки консенсуса убеждены, что внедрение систем НМО/НПК, созданных на основе этих ценностей и обязанностей, приведет к взаимному признанию и укоренению принципа взаимности при сохранении культурной и исторической неповторимости каждой системы.

Участвующие организации

Международные

Европейский совет по аккредитации в области непрерывного медицинского образования

Национальные

Американская медицинская ассоциация (США)

Болгарский союз научных медицинских обществ (Болгария)

Испанский совет по аккредитации НПК (Испания)

Итальянская федерация научных медицинских обществ (Италия)

Коллегия семейных врачей Канады (Канада)

Королевская коллегия терапевтов и хирургов Канады (Канада)

Национальная комиссия Министерства здравоохранения Италии по НПК (Италия)

Совет по аккредитации в области непрерывного медицинского образования (США)

Федерация королевских коллегий врачей (Соединенное Королевство)

Французский национальный медицинский совет (Франция)

Региональные

Баварская палата врачей (Германия)

Annex 2. WHO systematic review search strategy

Система Ovid MEDLINE(R) с 1950 г. по 2-ю неделю марта 2010 г.

	Поиск	Результат
1	exp Education, Medical/	108 135
2	exp Education, Nursing/	62 451
3	exp Education, Pharmacy/	3 983
4	Education, Public Health Professional	334
5	Educational Measurement/	21 852
6	Clinical Competence/	47 956
7	Self-Evaluation Programmes/	848
8	continuing professional development.tw.	582
9	continuing medical education.tw.	3 173
10	educational influential?.tw.	3
11	lifelong learning.tw.	509
12	(reflective adj (learn\$ or practice)).tw.	530
13	(education\$ adj (method? or material? or program\$ or intervention\$ or meeting? or session? or strateg\$ or workshop? or visit?)).tw.	30 326
14	Medical Audit/	12 270
15	Nursing Audit/	2 777
16	Clinical Audit/	227
17	Feedback/ or Feedback, Psychological/	24 409
18	(audit adj2 feedback).mp.	271
19	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18	272 330
20	Meta-Analysis as Topic/	9 937
21	meta analy\$.tw.	27 143
22	metaanaly\$.tw.	902

Система Ovid MEDLINE(R) с 1950 г. по 2-ю неделю марта 2010 г. (продолжение)

	Поиск	Результат
23	meta-analysis/	23 488
24	(systematic adj (review\$1 or overview\$1)).tw.	20 282
25	exp "Review Literature as Topic"/	4 668
26	20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25	57 532
27	cochrane.ab.	12 936
28	embase.ab.	10 479
29	(psychlit or psychlit).ab.	778
30	(psychinfo or psycinfo).ab.	3 200
31	(cinahl or cinhal).ab./	4 139
32	science citation index.ab.	1 061
33	bids.ab.	276
34	cancerlit.ab.	455
35	27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34	19 969
36	reference list\$.ab.	5 068
37	bibliograph\$.ab.	8 035
38	hand-search\$.ab.	2 259
39	relevant journals.ab.	399
40	manual search\$.ab.	1 271
41	36 or 37 or 38 or 39 or 40	15 294
42	selection criteria.ab.	12 157
43	data extraction.ab.	5 600
44	42 or 43	16 809
45	"Review"/	1 504 311
46	44 and 45	11 372

Система Ovid MEDLINE(R) с 1950 г. по 2-ю неделю марта 2010 г. (продолжение)

	Поиск	Результат
47	Comment/	404 125
48	Letter/	672 491
49	Editorial/	251 714
50	Animals/	4 510 349
51	Humans/	11 058 165
52	50 not (50 and 51)	3 359 807
53	47 or 48 or 49 or 52	4 311 573
54	26 or 35 or 41 or 46	75 147
55	54 not 53	69 634
56	19 and 55	1 728
57	limit 56 to English language	1 580

Приложение 3. Дополнительная литература для изучения

European Union of Medical Specialists. *Continuing medical education and professional development in Europe: development and structure*. Brussels, European Union of Medical Specialists, 2010.

Gaga M, Severin T, Stevenson R. Continuing medical education across Europe: the role of EBAP and the ERS in facing the challenges of life-long learning. *European Respiratory Journal*, 2010, 35:721–722.

Maisonneuve H et al. Continuing medical education and professional revalidation in Europe: five case examples. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2009, 29:58–62.

Michels HR. Continuing medical education in Europe: NVVC, CVOI, ESC, UEMS and EBAC. *Netherlands Heart Journal*, 2001, 9:288–291.

Scrivens E. Policy issues in accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, 1998, 10:1–5.

Shaw K, Armitage M. Supporting revalidation: methods and evidence. *Clinical Medicine*, 2005, 5:460–464.

Vandendael K, Van HF. Continuing medical education and its accreditation—an overview of the situation in the European Union and in the United States. *European Journal of Cancer*, 2003, 39:2430–2438.

Youngson GG et al. The UK proposals for revalidation of physicians: implications for the recertification of surgeons. *Archives of Surgery*, 2010, 145:92–95.

Приложение 4. Краткая сводка основных результатов обзора систематических обзоров

Вмешательство (основная ссылка)	Определение вмешательства на основании (1)	Рассматриваемые препятствия	Действенность	Соображения в отношении ресурсов	Практические соображения
Печатные учебные материалы (2).	Распространение оцифрованных или печатных рекомендаций по клинической помощи, включая руководства по клинической практике, аудиовизуальные материалы и электронные публикации.	Знания (установки) на индивидуальном уровне.	6 рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ). В целом действенно. Средний размер эффекта +4,6% абсолютного улучшения (диапазон).	Относительно малозатратное.	Знания (установки) на индивидуальном уровне.
Встречи и конференции дидактического характера (3).	Медицинские работники, принявшие участие в конференциях, лекциях, семинарах или стажировках.	Знания, установки и навыки на индивидуальном уровне и на уровне групп равных по статусу работников.	30 РКИ. В целом действенно. Средний размер эффекта по 36 сравнениям составляет 6% абсолютного улучшения (межквартильный диапазон 1,8–15,9). Размер эффекта бывает больше при большем числе участников на встречах в целях учебы; при смешанных интерактивно-дидактических встречах в целях учебы; при более простых навыках поведения и при тяжелых исходах.	От относительно недорогих (дидактические) до умеренно дорогих (смешанные/интерактивные – обычно с более высоким соотношением инструктор/участники, чем при дидактических мероприятиях).	Обычно применяются в учреждениях здравоохранения.

Работа на местах по вовлечению врачей в образовательную деятельность (4).	Использование специально подготовленного специалиста, который встречается с врачами по месту их работы для общения им информации с намерением изменить методы работы врачей.	Знания и установки на индивидуальном уровне, оцениваемые методом социального маркетинга (5).	69 РКИ. В целом действенно. <i>Поведение в отношении назначения лекарственных средств:</i> срединный размер эффекта по 17 сравнениям составляет 4,8% абсолютного улучшения (межквартильный диапазон 3,0–6,5%) <i>Другие сферы поведения:</i> срединный размер эффекта по 17 сравнениям составляет 6,0% абсолютного улучшения (межквартильный диапазон 3,6–16,0%).	Относительно дороже вследствие привлечения академических консультантов по новым препаратам (хотя все же может быть эффективным) (6).	Используется в некоторых системах медико-санитарной помощи. Обычная цель – довести за 10–15 минут не более трех ключевых тезисов (используя подходы, адаптированные к особенностям индивидуального врача); применяются дополнительные методы для усиления данного подхода (5). Обычно в центре внимания регулирование относительно простых форм поведения индивидуальных врачей (например, выбор препаратов для назначения больным).
Наиболее авторитетные личности из числа своих сотрудников (7).	Привлечение медработников, выдвинутых их же коллегами, как "влиятельных" в вопросах образования". Исследователям нужно было быть в явной форме указать, что наиболее авторитетных личностей определили их же коллеги.	Знания и установки (навыки) на индивидуальном уровне и на уровне групп равных по статусу.	12 РКИ. В целом действенно. Срединный эффект 10% абсолютного улучшения (абсолютный диапазон от -6% до +25%).	Умеренно дорогое вследствие необходимости обследовать целевой контингент по каждому клиническому состоянию.	В системах здравоохранения используется редко. В большинстве исследованных лиц (это люди современного типа, общительные, проявляющие душевную теплоту), используется впрямую, разработанный Hiss и соавторами. Вмешательство зависит от конкретного клинического состояния (8). Часто нет определенности в отношении охвата различных социальных сетей. Нет определенности в отношении временной устойчивости (8)

Приложение 4. Краткая сводка основных результатов обзора систематических обзоров (продолжение)

Вмешательство (основная ссылка)	Определение вмешательства на основании (1)	Расматриваемые препятствия	Действенность	Соображения в отношении ресурсов	Практические соображения
Аудит с обратной связью (9).	Любое резюме клинических эффектов медико-санитарной помощи за заданный период времени.	Осведомленность о нынешних клинических эффектах на индивидуальном уровне и на уровне группы равных по статусу.	118 РКИ. В целом действенно. Срединный эффект по 88 высококачественным сравнениям составляет +5% (межквартильный диапазон от +3% до 11%). При низком исходном уровне соответствия требованиям наблюдаются более значимые эффекты.	Требуемые ресурсы в значительной мере связаны с расходами на абстрагирование данных. Может быть относительно дешевле, если можно абстрагировать данные с помощью обычных административных систем.	Реализуемость может зависеть от наличия высококачественных административных данных.
Напоминания (10).	Информация, касающаяся пациента или конкретного обращения к врачу, (выводимая на экран компьютера), предназначенная для того, чтобы помочь медработнику вспомнить информацию.	Препятствия, связанные с когнитивными способностями/памятью индивидуального врача.	28 РКИ. В целом действенно. Срединный эффект по 32 сравнениям составляет +4,2% (межквартильный диапазон от 0,8% до 18,8%).	Требуемые ресурсы различаются в зависимости от механизма представления. Растет использование компьютеризированных напоминаний (включение напоминаний при этом сравнительно дешево).	Недостаточно знания о том, как определить приоритетность напоминаний и оптимизировать их.
Многогранные вмешательства (11).	Вмешательство, включающее два или более компонентов.	Нацеленность на несколько препятствий, негативно влияющих на компоненты, включенные во вмешательство.	Grimshaw и соавторы не продемонстрировали анализа зависимости "доза-реакция" (т.е. явные эффекты вмешательства не возрастали по мере роста числа компонентов).	Вероятно, дороже, чем одиночные вмешательства.	Необходимо внимательно изучить вопрос о том, как комбинировать вмешательства для обеспечения аддитивных или синергических эффектов (напр., вмешательства, включающие компоненты, направленные на те же препятствия, могут не давать аддитивных/синергических эффектов).

Библиография

1. Bero L, Eccles M, Grilli R. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. About The Cochrane Collaboration (Cochrane Review Groups (CRGs)). *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*, 2007, Issue 4: Art. No. EPOC.
2. Farmer AP et al. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, CD004398.
3. Forsetlund L et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD003030.
4. O'Brien MA et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, CD000409.
5. Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. *JAMA*, 1990, 263(4):549–556.
6. Mason J et al. When is it cost-effective to change the behavior of health professionals? *JAMA*, 2001, 286(23):2988–2992.
7. Doumit G et al. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, CD000125.
8. Doumit G. *Opinion leaders: effectiveness, identification, stability, specificity, and mechanism of action* [thesis]. Ottawa, University of Ottawa, 2006.
9. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, no. 2, CD000259.
10. Shojania KG et al. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, CD001096.
11. Grimshaw JM et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technology Assessment*, 2004, 8(6):iii–72.

Совместные аналитические обзоры

1. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации?
David McDaid, Michael Drummond, Marc Suhrcke
2. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?
Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børlum Kristensen, Reinhard Busse
3. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении?
Angela Coulter, Suzanne Parsons, Janet Askham
4. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям?
Peter C. Coyte, Nick Goodwin, Audrey Laporte
5. Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы?
Rifat A. Atun, Sara Bennett, Antonio Duran
6. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг?
Debbie Singh
7. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими?
James Buchan
8. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно?
Ivy Lynn Bourgeault, Ellen Kuhlmann, Elena Neiterman, Sirpa Wrede
9. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей?
Sherry Merkur, Philipa Mladovsky, Elias Mossialos, Martin McKee
10. Каковы возможные ответные меры систем здравоохранения в связи со старением населения?
Bernd Rechel, Yvonne Doyle, Emily Grundy, Martin McKee
11. Каковы возможные пути создания в европейских странах эффективных, справедливых и устойчивых систем финансирования для обеспечения длительного ухода за пожилыми людьми?
Jose-Luis Fernandez, Julien Forde, Birgit Trukeschitz, Martina Rokosova, David McDaid
12. Каким образом системы здравоохранения могут содействовать достижению гендерной справедливости?
Sarah Payne
13. Каким образом телездоровое охранение может помочь в предоставлении интегрированной помощи?
Karl A. Stroetmann, Lutz Kubitschke, Simon Robinson, Veli Stroetmann, Kevin Cullen, David McDaid
14. Как создать условия для адаптации умений и навыков врачей к новым потребностям и для непрерывного образования.
Tanya Horsley, Jeremy Grimshaw, Craig Campbell
15. Как создать для медицинских работников привлекательную и благоприятную рабочую среду.
Christiane Wiskow, Tit Albrecht, Carlo de Pietro

Европейская обсерватория осуществляет собственную программу издания кратких аналитических обзоров (см. <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/policy-briefs/joint-hen-obs-policy-briefs>).

СФДЗ публикует сводные доклады и краткие изложения принципов (имеются на <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence-network-hen>).

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
Schermfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø,
Denmark
Тел.: +45 39 17 17 17.
Факс: +45 39 17 18 18.
Электронный адрес: postmaster@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int

Данный "Краткий аналитический обзор" был подготовлен для конференции "Инвестирование в кадровые ресурсы здравоохранения Европы завтрашнего дня: возможности для инноваций и сотрудничества" (Ла-Юльп, 9–10 сентября 2010 г.), которая была организована в рамках председательства Бельгии в ЕС.

Настоящая публикация представляет собой один из серии кратких аналитических обзоров, совместно издаваемых Сетью фактических данных по вопросам здоровья и Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения. Эта серия предназначена в первую очередь для руководителей высшего звена, которым нужны идеи для принятия на их основе практических мер. Поэтому в ней рассматриваются вопросы следующего характера: представляет ли собой то или иное явление проблему и почему, что известно о вероятных последствиях принятия тех или иных стратегий для решения данной проблемы и как при должном учете соображений, касающихся реализации политических решений, можно получить из этих стратегий реально осуществимые варианты политики.

В этой серии используются материалы сводных докладов СФДЗ и кратких аналитических обзоров Обсерватории, а основой для подготовки публикаций являются построенные на строго научном методе обзор и анализ имеющихся научных данных и оценка их актуальности для условий Европейского региона. Цель кратких аналитических обзоров состоит не в том, чтобы указать идеальные модели или рекомендуемые подходы. Цель этой серии заключается в том, чтобы через синтез ключевых научных данных и их интерпретацию с точки зрения значимости для стратегического курса выработать и донести до читателя определенные идеи в отношении возможных вариантов стратегических решений.

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ является авторитетным источником фактических данных для руководителей высшего звена во всех 53 государствах-членах Европейского региона ВОЗ. СФДЗ предоставляет оперативные ответы на вопросы стратегического значения, относящиеся к общественному здравоохранению, медицинской помощи и системам здравоохранения. Эти ответы могут быть изложены в виде основанных на фактических данных докладов, аналитических обзоров, резюме или информационных записок. Кроме того, через свой сайт <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen> СФДЗ позволяет пользователям иметь легкий доступ к фактическим данным и информации из ряда сайтов, баз данных и документов.

Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения – это партнерство, которое обеспечивает поддержку и содействие процессу формирования политики на основе фактических данных с помощью всестороннего и строго научного анализа деятельности и структуры систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Обсерватория привлекает широкий круг руководителей высшего звена, ученых и практических работников к анализу тенденций в реформировании здравоохранения с учетом опыта, приобретенного в рамках всего Региона, ставя перед ними задачу всестороннего освещения стратегических вопросов. С публикациями Обсерватории можно ознакомиться на сайте <http://www.healthobservatory.eu>.