

Анна Юрьевна Ягодина^{1✉}, **Ирина Анатольевна Серова**², **Наталья Николаевна Седова**³

¹ Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера, Пермь, Россия

² Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

³ Волгоградский медицинский научный центр, Волгоград, Россия

^{1✉} annayagodina@rambler.ru <https://orcid.org/0000-0001-6498-9346>

² irinaserova55@mail.ru <https://orcid.org/0000-0002-6896-0505>

³ nns18@yandex.ru

ЭТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ДЛЯ БЕРЕЖЛИВОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация. Концепция бережного здравоохранения сейчас широко внедряется в практику. В статье рассмотрены возможности оптимизации этого процесса путем экспликации его этической составляющей. **Цель исследования:** на основе анализа случаев из клинической практики выделить особенности формирования нравственных установок студентов, ординаторов и молодых врачей, позволяющих им активно адаптироваться в системе бережливого здравоохранения. **Методы исследования:** таксономия Б. Блума, метод кейс-стади, нарративный подход. **Результаты:** рекомендации по повышению роли нравственного сопровождения интериоризации требований концепции бережливого здравоохранения будущими врачами. **Вывод:** констатирована необходимость изучения этической составляющей бережливого здравоохранения в системе НМФО (Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование) путем включения соответствующей темы курсов повышения квалификации и в ДПО (Дополнительное профессиональное образование) путем регулярного проведения тренингов для ординаторов и молодых врачей.

Ключевые слова: бережливое здравоохранение, нравственное воспитание, ценности, принципы, этика отношений врача и пациента

Anna Yu. Yagodina^{1✉}, **Irina A. Serova**², **Natalya N. Sedova**³

¹ Perm State Medical University named after academician E. A. Wagner, Perm, Russia

² Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

³ Volgograd Medical Scientific Center, Volgograd, Russia

^{1✉} annayagodina@rambler.ru <https://orcid.org/0000-0001-6498-9346>

² irinaserova55@mail.ru <https://orcid.org/0000-0002-6896-0505>

³ nns18@yandex.ru

ETHICAL TRAINING OF DOCTORS FOR LEAN HEALTHCARE

Annotation. The concept of careful healthcare is now being widely introduced into practice. The article discusses the possibilities of optimizing this process by explicating its ethical component. The purpose of the study: based on the analysis of cases from clinical practice, to highlight the features of the formation of moral attitudes of students, residents and young doctors, allowing them to actively adapt to the system lean health care. Research methods: B. Bloom's taxonomy, case study method, narrative approach. Results: recommendations for increasing the role of moral support for the internalization of the requirements of the concept of lean health care by future doctors. Conclusion: the need to study the ethical component of lean healthcare in the CMFO system (Continuing Medical and Pharmaceutical Education) was stated by including the relevant topic in advanced training courses and in CPE (Additional Professional Education) by regularly conducting trainings for residents and young doctors.

Keywords: lean healthcare, moral education, values, principles, ethics of doctor-patient relations

Проблема преобразования системы оказания медицинской помощи в систему бережливого здравоохранения широко представлена, как в методической литературе [Брескина Т. Н., Штанько А. В., Дзюба К. С. Бережливое производство в здравоохранении / Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство ; гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. 2-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1144 с. URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467237.html>], так и в нормативных

документах (ГОСТ Р 57523-2017, ГОСТ Р 56407-2015, ГОСТ Р 56404-2015, ГОСТ Р 56245-2014, ГОСТ Р 56020-2014), поэтому специально останавливаться на данном вопросе нет смысла. Отметим только, что алгоритмы бережливости в данном случае не включают моральную аранжировку проводимых действий и операций, в то время как само понятие «бережливость» взято из категориального поля этики. Да и в концепции бережливого производства просматривается отсылка к ценностным ориентациям участников

этого процесса, поскольку модель бережливого здравоохранения включает, согласно ГОСТ Р 56020, следующие ценности бережливого производства: безопасность, ценность для потребителя/пациента, клиентоориентированность, сокращение потерь, время, уважение к человеку.

Как видим, аксиологическая составляющая в латентном виде присутствует, но не актуализируется. В то же время использование метода «Пять почему» / 5W1H неизбежно приведет к констатации моральных составляющих первопричины возникновения дефекта или проблемы при поиске ответов на вопросы (от англ.): Who – Кто, What – Что, Where – Где, When – Когда, Why – Почему, How – Каким образом. Но и такой подход остается без должного внимания исследователей.

Можно было ожидать большего интереса к моральным проблемам бережливого здравоохранения и от специалистов-этиков, но анализ литературы показывает, что даже в профильном журнале «Биоэтика» они затрагиваются лишь косвенно [1–6].

Все сказанное свидетельствует о том, что подготовка врачей к работе в сфере бережливого здравоохранения должна включать этическую составляющую, причем, нравственная подготовка должна начинаться уже на студенческой скамье, в противном случае она не даст устойчивых результатов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Выявить на примере конкретных ситуаций моральные способы предупреждения дефектов оказания медицинской помощи, которые могут и должны быть усвоены будущими врачами для адаптации в системе бережливого здравоохранения.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве критерия оценки нормативной позиции будущих врачей в системе бережливого здравоохранения применялся метод таксономии Б. Блума, который с помощью глаголов действия позволяет системно наполнить образовательный контент медицинского университета этическими контекстами. Применялся также метод качественного описательного исследования – кейс-стади. Он позволяет достоверно интерпретировать ситуации как в малых группах, так и события в личной жизни обследуемых.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В свете требований к подготовке кадров для бережливого здравоохранения проблемы нравственного воспитания в медицинском вузе обсуждаются, исходя из двух альтернативных точек зрения. Первая – нравственному воспитанию необходимо выделить своё место, время и соответствующий контент в учебном процессе. Вторая – воспитание через предмет, насыщение профессиональной подготовки нравственными выборами. На наш взгляд, альтерна-

тивы не взаимоисключающие. Первая позволяет углубиться в историю страны, разнообразить общение и расширить кругозор в культурно-массовых мероприятиях, найти единомышленников в волонтерском движении. Вторая сосредоточиться на интериоризации морали во внутренний мир молодого человека через нравственные искания в своей профессии.

В качестве методологии воспитания профессиональной бережливости через предмет может быть использована таксономия Б. Блума, Л. Андерсона, Д. Кратволя и др. – система образовательных целей, разделенных на три сферы: когнитивную, аффективную и психомоторную. Когнитивная сфера – «Знаю», аффективная сфера – «Чувствую», психомоторная сфера – «Творю». Таксономия Б. Блума, Л. Андерсона, Д. Кратволя и др. эффективно работает как методология потому, что все учебные цели сопрягает с глаголами действия, например, для того чтобы знать надо определить, назвать, запомнить, расположить, перечислить, выучить, найти, указать, записать, выбрать. Однако пройти последовательно все уровни диагностически поставленных целей только в когнитивной сфере утомительно и затратно по времени. В подготовке врачей поэтому целесообразно одновременно работать с информацией, ее усвоением и критической оценкой с помощью разнообразных композиций активных глаголов. Это соответствует ценностям бережливого здравоохранения, о которых говорилось выше. Пример практической реализации представлен ниже.

Case 1. Ошибки усвоения норм

Это произошло в отделении онкогематологии, в которое поступила мама с двумя детьми. Двухлетний мальчик страдал тяжелым онкозаболеванием и был помещен вместе с мамой в палату интенсивной терапии. Девочка, 15 лет, с тяжелой анемией – в соседнее отделение. Девочку предупредили, что вход в палату, где лежит ее брат с мамой, всем лицам, кроме медицинских работников, запрещен. Однако, она этому запрету не предала значения и навещала родных без маски. Заразившись в общем отделении ОРЗ, сестра инфицировала брата, который в силу практически отсутствующего иммунитета едва не погиб от двусторонней пневмонии. Человек, будучи от природы существом свободолюбивым, интуитивно сопротивляется нормированию своей жизни, поэтому, для усвоения смысла норм, необходимы весомые аргументы.

Рассказанная история не надуманна. Действительно, трудно представить себе больного ребенка, который бы не стремился к матери.

Психологически нарушение нормы санитарно-эпидемического режима в этой истории оправдано. Именно это обстоятельство делает историю поучительной. Мы понимаем, почему люди нарушают запреты, но и приходим к выводу, что нормы – оберег от бед, а рекомендация, соблюдать нормы, во что бы

то ни стало – безапелляционна. Очевидно, что погружение в профессиональные контексты позволяет одновременно достигать все поставленные Б. Блумом когнитивные цели, бонусом является нравственный подтекст истории, который не только обозначает смысл правил общежития, но и особенно остро звучит в оценке поведения действующих лиц.

Известно, что понять можно многое, простить сложнее. Дать нелюбимую оценку поведению матери, медицинского персонала, организации работы медицинского учреждения необходимо для полного раскрытия потенциала этой поучительной истории.

Последователями Б. Блума Л. Андерсоном и Д. Кратволем аффективная сфера учебных целей также сопряжена с глаголами действия, характеризующими отношение к ценностям бережливого здравоохранения:

- ценности надо принять, затем предпочесть, идеалы отстаивать, потребности других людей, проблемы общественной жизни признавать законными и значимыми;

- осознание своих и чужих интересов регулировать через их удовлетворение, брать ответственность за своё поведение;

- строить жизненные планы исходя из понимания своих возможностей и ограничений, в соответствии со способностями и убеждениями, которые устойчиво определяют поведение человека и входят в привычный образ жизни.

Case 2. Felix, qui quod amat, defendere fortiter audeat (Счастлив, кто смело берет под защиту то, что любит)

Мальчики поступили в инфекционное отделение нашей больницы из детского дома. С собой у них были только тапочки и пара носков.

Палаты в инфекционном отделении боксированные, а значит, за ребятами можно наблюдать через стеклянную дверь. Я заметила малышкой во время обхода и решила познакомиться: родители Паши – погибли, а Миши – находятся в местах лишения свободы. Мальчики почти не помнят маму и папу, но оба уверены, что когда-нибудь их заберут домой. Кроме этого, я заметила, что ребята очень экономно едят хлеб, который раздали на ужин, остатки прячут в тумбочку, берегут на ночь. Я решила им найти добавку и угостить чем-то вкусным. Так, в нашей ординаторской появилась «Коробка смелых», которая пополняется силами равнодушных врачей и родителей. В коробку можно положить игрушки, книжки, раскраски или угощения (детские пюре, печенье, сок), так у Миши появился желтый грузовик, а у Паши – пластмассовый человек паук. Дети очень обрадовались, что это их личные игрушки, десять раз переспросили, а точно ли не нужно будет их возвращать. На данный момент моя коробка пополняется почти каждую неделю. Чтобы получить приз из коробки, не обязательно быть сиротой. Я угощаю тех, кому это нужно.

Оказалось, что делать добро гораздо проще, чем многие думают.

Данный случай показывает, как из одного конкретного поступка, совершенного под влиянием чувства сострадания, рождается последовательность действий, способствующих оптимизации терапевтических мероприятий. Можно утверждать, что расширение нравственного пространства лечебных процедур способствует их оптимизации.

Case 3. «Нет лучшей игры, как переглядушки»

Начав работу в отделении химиотерапии я встретил там хамоватую пациентку, которая велась себя агрессивно при оформлении её истории болезни. Мне очень не хотелось с ней общаться. Но я надевал «маску доброго доктора», заходил в палату, проводил доскональный осмотр, тщательный опрос и т. д. Со временем она стала спокойнее, средний медицинский персонал перестал на нее жаловаться.

По окончании курса химиотерапии, я встретил её в коридоре: она искала меня, чтобы сказать: «Я Вам очень благодарна за отношение ко мне. Вы первый врач, который выслушал меня за последние месяцы». Поэтому для себя я сделал вывод, что первое впечатление может быть обманчиво! Ведь до этого пациентка ехала 5 часов на автобусе в Пермь, просидела в очереди на госпитализацию ещё пару часов, бегала с этажа на этаж...

В этой истории поведение врача обусловлено тем, что он может представить себя в роли пациента и тем самым купировать возможное дистанцирование пациента от лечения, предотвратить несоответствие результатов лечения с запланированными показателями. Кроме того, описанное поведение врача способствует формированию у пациента культуры потребления медицинских услуг, низкий уровень которой является серьезной проблемой для внедрения практик бережливого здравоохранения.

Следующий случай показывает, как развивается способность отклонить иллюзорное решение проблемы, разоблачается имитация врачебной деятельности, подмена конфликтных условий решения клинической задачи «комфортными», по сути, заключающимися в решении не объективной, а придуманной задачи. Здесь обман выступает способом продвижения корыстных интересов, оправдывающих желание скрыть информацию во благо, но на самом деле подрывает доверие и, как правило, пролонгирован.

Case 4. «The devil is in the details» (дьявол кроется в деталях)

Положили к нам по экстренным показаниям пациентку 65 лет с сильной одышкой, кашлем с мокротой, сниженной сатурацией и с сухими хрипами в легких (типичная картина обострения бронхиальной астмы).

Была назначена базисная (постоянная) терапия и терапия ситуационная (для купирования

симптомов), с которой пациентка с улучшением состояния была выписана домой, соответственно, обратилась в поликлинику по месту жительства, чтоб ее поставили на учет, и, по возможности, выдавали бесплатно препараты. В течение года терапия полностью помогала, и пациентка решает съездить в Турцию.

Незадолго до перелета, она обращается в поликлинику за рецептом, однако, ей выдается рецепт с новым названием препарата. На вопрос: «Почему произошла замена препарата», ей пояснили, что препарат, который она получала раньше, больше не выдают бесплатно, а тот, что написан в рецепте в данный момент, является аналогом и по своему действию ничем не отличается от предыдущего, схема приема та же.

За пару дней до отлета, пациентка немного простывает, но билеты уже куплены и обратной дороги нет. На фоне вирусной инфекции у нее обостряется астма, принимаемые препараты не приносят должного эффекта. Отдых сменяется миссией выживания, пациентка возвращается в Пермь с тяжелым обострением бронхиальной астмы и сразу поступает к нам в отделение. Оказалось, что была произведена замена базисного препарата на симптоматический и пациентка все это время не получала основного лечения.

В течение недели мы пытались справиться с ее обострением (гормональная терапия, ингаляции, капельницы и т. п.). Кашель и одышка уменьшились, оксигенация крови пришла в норму ($SpO_2 = 96-97\%$), воспалительные показатели крови снизились до нормальных значений, а в легких остались лишь единичные хрипы при аускультации. Да и сама пациентка расцвела, приводила себя в порядок каждое утро. Мы вновь перевели ее на постоянный ингалятор, на протяжении нескольких дней наблюдали за техникой его использования, разъяснили какие препараты и для чего нужны.

В этой истории мораль на стороне зла, ибо участковый терапевт, выбирая между двух зол – отказать в получении бесплатного препарата или подменить базовую терапию симптоматической – выбирает второе, исполняя волю общего блага – экономию средств ОМС.

С точки зрения морали поведение участкового терапевта оправдано (делала, что должно в предлагаемых обстоятельствах), а с точки зрения деонтологии – безнравственно потому, что был выбор (не вводить пациентку в заблуждение относительно биоэквивалентности вновь назначенного препарата, предложить купить базовую терапию в России или в Турции). Халатность, некомпетентность, корысть – возможные причины и мотив поведения участкового терапевта.

В этой истории интересы пациентки и общественные интересы не совпадают только на первый взгляд. Врач, примитивно реагируя на должностные

инструкции, не только не сокращает расходы государства на лечение пациентки, но, в конечном счете, увеличивает их кратно, нужда в экономии средств бюджета на здоровье пациентов разрушительна для общественного здоровья, следовательно, аморальна.

Эффективным способом увеличения адаптационных возможностей человека является вооруженность арсеналом средств достижения целей, который включает в себя самооценку, установление границ возможного и невозможного, причем важна увязка средств не только с социальными нормами, но и, прежде всего, с тем, что для тебя значимо и ценно: честолюбие, любовь к родителям, верность слову, деньги, вещи, знания, прекрасное, волнующие чувственные образы, сексуальность, престиж, власть, авторитет и т. д. Хороший врач анализирует самооценку пациента на трех уровнях: самооценку, акцентуации характера и личностные устремления, что позволяет понять, почему в приблизительно равных условиях невозможное для одного, возможно для другого.

За каждой историей болезни стоит человек, которому больно, плохо, может быть, страшно и очень непонятно. На производственной практике важно заставить студента как можно больше разговаривать с пациентами, объяснять и разъяснять, показывать, формировать полезные пациентские навыки.

Практическая помощь пациенту в обретении навыков самообслуживания в рекомендованных режимах выздоровления является самым действенным механизмом нравственного воспитания студентов в медицинском университете, поскольку это реальная возможность познакомиться с благодарным пациентом.

Обучение пациентов самомассажу, упражнениям ЛФК, поиску препаратов в аптеках через Интернет, эффективной маршрутизации пациента в период реабилитации, а также владение медицинской техникой на дому (ингаляторы, калоприемники) – широкое поле деятельности для самостоятельной работы студентов во время производственной практики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Нравственный контент бережливого здравоохранения является необходимым условием реализации его принципов.

2. Формирование нравственной позиции врача, адекватной ценностям бережливого здравоохранения, следует начинать как можно раньше, что обеспечивает устойчивость ценностных ориентаций.

3. Можно *рекомендовать* разработку и включение темы «Этические основы реализации целей бережливого здравоохранения» в программу курсов повышения квалификации врачей по бережливому здравоохранению (система НМФО).

4. Можно *рекомендовать* регулярное проведение тренингов по этическому сопровождению проектов бережливого здравоохранения (система ДПО).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Азми И. И., Ахмад Н., Азиз Н. А. и др. Управление учебными больницами в Малайзии: правовые вопросы и задачи. *Биоэтика*. 2021;14(2):26–32.
2. Афанасьева О. Ю., Дронов С. В., Сербин А. С. Риск-ориентировочный подход в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в стоматологии. *Биоэтика*. 2020;13(1):48–53.
3. Моисеев В. И., Моисеева О. Н. Судьба медико-гуманитарного образования в России. *Биоэтика*. 2022;15(1):24–32.
4. Светличная Т. Г., Дернова А. С., Косолапова М. А. Цинизм как проявление профессиональной деформации личности врача. *Биоэтика*. 2021;14(2):43–49.
5. Серова И. А., Ягодина А. Ю., Абраменко В. И. Контент-анализ типов рациональности в представлениях о медицине будущего. *Биоэтика*. 2021;14(2):5–9.
6. Тищенко П. Д., Седова Н. Н., Петров К. А. Врачевание – это деятельное милосердие и основание солидарности. *Биоэтика*. 2022;15(1):6–18.

Сведения об авторах

А. Ю. Ягодина – кандидат медицинских наук, доцент,

И. А. Серова – доктор философских наук, профессор

Н. Н. Седова – доктор философских наук, доктор юридических наук, профессор

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию 29.03.2023; одобрена после рецензирования 26.04.2023; принята к публикации 10.05.2023.

Information about the authors

A. Yu. Yagodina – Candidate of Medical Sciences, Associate

I. A. Serova – Doctor of Philosophy, Professor

N. N. Sedova – Doctor of Philosophy, Doctor of Law, Professor

The authors declare no conflicts of interests.

The article was submitted on 29.03.2023; approved after reviewing 26.04.2023; accepted for publication 10.05.2023.

REFERENCES

1. Azmi I. I., Ahmad N., Aziz N. A. et al. Teaching hospitals management in Malaysia: legal issues and tasks. *Bioetika = Bioethics*. 2021;14(2):26–32 (In Russ.).
2. Afanasyeva O. Y., Dronov S. V., Serbin A. S. Risk-indicative approach in ensuring internal quality control and safety of medical activities in dentistry. *Bioetika = Bioethics*. 2020;13(1):48–53 (In Russ.).
3. Moiseev V. I., Moiseeva O. N. The fate of medical and humanitarian education in Russia. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(1):24–32 (In Russ.).
4. Svetlichnaya T. G., Demnova A. S., Kosolapova M. A. Cynicism as a manifestation of professional deformation of the doctor's personality. *Bioetika = Bioethics*. 2021;14(2):43–49 (In Russ.).
5. Serova I. A., Yagodina A. Yu., Abramenko V. I. Content analysis of types of rationality in ideas about the medicine of the future. *Bioetika = Bioethics*. 2021;14(2):5–9 (In Russ.).
6. Tishchenko P. D., Sedova N. N., Petrov K. A. Healing is an active mercy and the basis of solidarity. *Bioetika = Bioethics*. 2022;15(1):6–18 (In Russ.).