

УДК 159.99:17

МЕДИЦИНСКАЯ ОШИБКА КАК СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН

Султанова Ю.Т, Излегощина В.А., Сурин А.Н.

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград, Россия, e-mail: sultanovayuliya1@yandex.ru

В статье рассматривается проблема медицинских ошибок, как социально-психологического феномена. Ошибки в медицине, особенно когда в их результате пациенты получили вред здоровью, противоречат фундаментальному запрету в медицине: «сначала не навреди». Это обуславливает их не только юридический, но глубокий психологический, деонтологический и биоэтический контент. В работе применены методы контент-анализа специальных источников литературы (в том числе зарубежных), сравнительного анализа, общенаучные методы, а также методики вариационной статистики, доступные в пакете Excel 2017. Проведенное исследование и анализ специальных источников отечественной и зарубежной литературы, демонстрирует с одной стороны общие тенденции, а с другой - различия в подходах к оценке медицинских ошибок. Дифференцированный подход обусловлен более высокой технологической оснащённостью западных медицинских клиник, а общим является их глубокий социально-психологический контент. Рост числа медицинских ошибок снижает доверие пациентов к врачу, увеличивает конфликтность в медицинской практике. На основе проведенного анализа распространения и структуры медицинских ошибок в национальной и зарубежной медицинской практике показан их глубокий психологический контент, а также значение интеграции в российскую медицинскую практику принципов биоэтики, европейского механизма досудебного урегулирования споров в медицине.

Ключевые слова: медицинские ошибки, ошибки диагностики, этические принципы

THE MEDICAL ERROR AS A SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL PHENOMENON

Sultanova Yu.T., Izlegovschina V.A., Surin A.N.

Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russia, e-mail: sultanovayuliya1@yandex.ru

The article considers the problem of medical errors as a socio-psychological phenomenon. Errors in medicine, especially when patients are injured in their result, contradict the fundamental prohibition in medicine: "First do no harm". This causes them not only legal, but deep psychological, deontological and bioethical content. In the work, methods of content analysis of special sources of literature (including foreign ones), comparative analysis, general scientific methods, as well as variational statistics techniques available in the Excel 2017 package are applied. The conducted research and analysis of special sources of domestic and foreign literature demonstrates, on the one hand, general trends, and on the other hand, differences in approaches to assessing medical errors. The differentiated approach is conditioned by the higher technological equipment of Western medical clinics, and their deep social and psychological content is common. The increase in the number of medical errors reduces the trust of patients to the doctor, increases the conflict in medical practice. Based on the analysis of the distribution and structure of medical errors in national and foreign medical practice, their deep psychological content is shown, as well as the importance of integrating the principles of bioethics into the Russian medical practice, the European mechanism of pre-trial settlement of disputes in medicine.

Keywords: medical errors, diagnostic errors, ethical principles

Актуальность. Ошибки в медицине, особенно когда в их результате пациенты получили вред здоровью, противоречат фундаментальному запрету в медицине: «сначала не навреди» [1,7]. Это обуславливает их не только юридический, но глубокий психологический, деонтологический, биоэтический контент. Задача медицины, как института охраны общественного здоровья, заключается в том, чтобы свести к минимуму вероятность их повторения. Эффективный ответ на рассматриваемое причинение «вреда» должен учитывать, как проблемы пострадавших пациентов, так и врачей, которые могут опасаться крайних исходов, если допущена ошибка [5].

С одной стороны, существует очевидный конфликт между необходимостью реагирования на медицинские ошибки, не поддающиеся наказанию, с одной стороны, и этическими и юридическими требованиями в отношении подотчетности и компенсации для любого пострадавшего, с другой. Существует также путаница между аргументами в отношении «врачебной ошибки», как особого элемента профессиональной культуры в системе здравоохранения и необходимостью приписывать юридическую ответственность в некоторых случаях [3]. Важные элементы в этическом ответе на ошибки включают раскрытие информации пациенту и семье; принятие соответствующих клинических мер для смягчения любого вреда, который может возникнуть в результате ошибки; определение процесса, приводящего к вреду; и реагирование надлежащим и гуманным образом, чтобы свести к минимуму вероятность любого повторения [8,9].

Все эти вопросы сохраняют свою актуальность для мировой медицинской практики и инициируют исследования в междисциплинарном поле медицинских наук, юриспруденции, философии и психологии [4].

Цель нашего исследования – провести медико-социологический анализ распространения и структуры медицинских ошибок в национальной и зарубежной медицинской практике и выявить их психологический контент.

В работе применены методы контент-анализа специальных источников литературы (в том числе зарубежных), сравнительного анализа, общенаучные методы, а также методики вариационной статистики, доступные в пакете Excel 2017.

Профессия врача является многосложной и предполагает возможность совершения ошибок в случае халатного исполнения должностных обязанностей. Врачебные ошибки, к сожалению, являются неотъемлемой частью медицины. Это признают, как сами врачи, так и пациенты. Важным аспектом при оказании медицинской помощи является добросовестное выполнение врачами своих профессиональных обязанностей. Врач не должен пренебрегать пациентами, проявлять небрежность и профессиональное невежество. В области качества

оказания медицинской помощи проводились многочисленные исследования, которые показали, что именно халатность и небрежность являются основной причиной врачебных ошибок. Доказательством этого являются иски по делам связанным с оказанием медицинской помощи, число которых в последнее время возросло в десятки раз. Значительное количество ошибок возникает из-за недобросовестного подхода врача к выполнению своих обязанностей. В процессе оказания медицинской помощи наибольший вред причиняется, если имеются ошибки на этапе диагностики заболевания. В данном случае, помимо отсутствия необходимого лечения, больному наносится вред, обусловленный неадекватной терапией. Однако, исследования, проведенные в области данной проблемы, показывают, что именно здесь врачи допускают наибольшее количество ошибок.

Анализ медицинских ошибок в зарубежной практике показал, что, несмотря на все успехи в современной диагностике - с высокотехнологичными МРТ, сонограммами и сложными лабораторными тестами, самая распространенная медицинская ошибка, которую делают врачи за рубежом, это неправильная диагностика. Даже хорошие врачи часто не могут найти правильную причину медицинской проблемы. Исследования показывают, что около 15 процентов медицинских проблем изначально ошибочно диагностируются.

Большое исследование, опубликованное в 2013 году, показало, что наиболее распространенные диагностические ошибки включают ошибочные инфекции мочевых путей, пневмонию, застойную сердечную недостаточность, острую почечную недостаточность и рак. По данным опроса Consumer Reports, ошибочные диагнозы встречаются в два раза чаще в офисах врачей, чем в больницах. По данным доклада профессора неврологии Университета Джона Хопкинса в Балтиморе, около 160 000 госпитализированных пациентов умирают или страдают от постоянной травмы каждый год, потому что медицинские работники неправильно диагностируют состояние, опаздывают с диагнозом или полностью теряют его. В топе самых распространенных медицинских ошибок западных клиник можно выделить следующие причины:

- Неправильная диагностика. Эта проблема считается связанной с профессионализмом медицинского специалиста, и, прежде всего, врача. Длительная профессиональная подготовка врача на западе, стажировки и сложный карьерный рост – специфические барьеры для непрофессионализма, который противоречит самому принципу закрытия профессиональной группы, основанному на экспертной природе медицинского знания.

- Лечение «неправильного» пациента: если персонал больницы не может правильно идентифицировать личность пациента, пациенты с похожими именами могут быть перепутаны. Такие нарушения в документации в определенной мере связаны с большим потоком пациентов у крупные клиники, электронным документооборотом (компьютер может

допустить ошибку при копировании из словаря), многоступенчатое деление при движении пациента по клинике, с частой сменой медицинского куратора.

- Некорректное назначение лекарственных средств, которое привело к негативному взаимодействию между лекарствами или аллергической реакции. В отличие от российской практики, неадекватное действие фармацевтического средства застраховано фирмой-производителем, исключая в таком случае ответственность врача.

- Нарушение гигиенических правил и норм в медицинской организации. Имеется в виду не только, и не столько внутрибольничная инфекция, а нарушения правил асептики и антисептики в процессе предоставления медицинских диагностических и лечебных процедур.

- Ошибки в определении части тела, которая встречается достаточно часто, и некоторые страховщики в области здравоохранения отказываются покрывать такие случаи медицинской страховкой. Некоторые эксперты предлагают использовать маркер до процедуры, чтобы указать правильную часть тела.

- Отсутствие скоординированной тактики лечения пациента. Обусловлено функциональным разделением при движении пациента по клинике, с частой сменой медицинского куратора.

- Чрезмерная диагностика и лечение, особенно когда это связано с диагностическими тестами, связанными с ионизирующими излучениями, которые могут быть опасны в кумулятивных дозах.

- Увеличенное время ожидания: пациенты могут проводить часы в отделениях неотложной помощи, если больница занята, не укомплектована штатом или не расставляет приоритеты правильно. При этом отсутствие сортировки не позволяет выделить тяжелых пациентов, которые предъявляют не много жалоб из-за тяжелого состояния (комы и др.)

- «Хирургические сувениры», оставленные после хирургического вмешательства (пинцеты, салфетки и т.п.).

Несмотря на объективный характер причин медицинских ошибок, основной их ущерб зарубежные исследователи связывают с потерей доверия к врачам. Официальные статистические отчеты свидетельствуют о том, что более миллиона пациентов получает тяжелые увечья в Соединенных Штатах ежегодно, кроме того, умирает более 7000 человек из-за ошибок, связанных с фармацевтическими средствами.

В связи с этим, в ряде штатов организована помощь «жертвам медицинской халатности», например, на всей территории штата Мемфис. Существуют специальные общества и кампании («Gatti», «Keltner», «Bienvenu & Montesi»), имеющие более полувековой опыт помощи пострадавшим в восстановлении здоровья и получения

компенсации. Многочисленные рекламы этих компаний в средствах масс-медиа США содержат примерно одинаковый посыл: «Если вы обеспокоены тем, что ошибка врача, не понесла ответственность за ваши травмы или смерть близкого человека - позвоните или свяжитесь с нашими адвокатами сегодня для бесплатной консультации». Таким образом, потребительская модель системы здравоохранения США и на врачебных ошибках научилась извлекать материальную выгоду.

Так называемые, медикаментозные ошибки с участием врачей могут происходить по разным причинам. В некоторых случаях медсестра или медицинский помощник могут неправильно понимать почерк врача и давать пациенту неправильный препарат, или неправильное количество правильного препарата. В других случаях врач назначает лекарство, которое не должно было использоваться на основании истории болезни данного пациента или знания о взаимодействии с другими лекарственными средствами, которые пациент уже принимает. В других случаях врачи назначали губительные для пациента лекарства на основе неправильного диагноза. В каждом из этих сценариев могут возникнуть серьезные или фатальные последствия.

В России юридическая ответственность медицинского работника определена в рамках текущего национального законодательства нормами федеральных законов (№ 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017, Уголовного кодекса РФ и др), в соответствии с которыми медицинские специалисты могут быть привлечены к административной, гражданско-правовой и уголовной ответственности. Но сложность и психологический контент рассматриваемой проблемы представляет дифференцированный подход к понятию врачебная ошибка, раскрывающий сущность различия между «добросовестным заблуждением» и ненадлежащим исполнением медицинскими специалистами своих функциональных обязанностей.

По данным российских исследований структуры основных причин ошибок клинической диагностики заболеваний можно выделить 7 основных групп наиболее распространенных причин [2].

Как видно из диаграммы (рис.1), на первом месте по распространенности находится группа объективных причин, связанных со сложностью инструментальной диагностики. Эти причины могут быть связаны не с профессионализмом медицинских работников, а с недостаточным оснащением лечебного учреждения или медицинской организации, что особенно характерно для государственного сектора регионального уровня.

Второе место также занимает группа причин, опосредованно обусловленная дефицитом высокотехнологичного оборудования. Если частные медицинские клиники или лечебные учреждения федерального уровня имеют возможность МРТ-диагностики тяжелых

пациентов с мультиорганными поражениями, то для районных больниц диагностика и лечение тяжелых пациентов полностью зависит от наличия высококлассных специалистов. Последнее представляется весьма сложными, учитывая данные официальной статистики о дефиците врачебных кадров на селе.



Рис.1 Структура основных причин ошибок клинической диагностики заболеваний [2].

В этой связи возникает вопрос, можно ли представленные группы квалифицировать как ошибки клинической диагностики, или они могут быть отнесены к категории «врачебной ошибки», не имеющей юридического статуса?

Конечно, полностью отрицать присутствие халатности в профессиональной деятельности медицинских работников в России было бы наивным. Согласно данным проведенного контент-анализа материалов открытого доступа, многие ошибки при постановке диагноза допускаются по субъективным причинам, таким как, невнимательность при сборе анамнеза и жалоб, неверная интерпретация полученных результатов, отсутствие консультаций специалистов, связанная не только с их отсутствием, но и с самонадеянностью врача.

Официальная статистика медицинских ошибок в России свидетельствует о тенденции к их росту. Но часто эти данные представляют собой лишь верхнюю часть айсберга, раскрывая те медицинские ошибки, которые составили предмет исковых заявлений. Все еще доминирующая в России (особенно на уровне регионов) патерналистская модель взаимоотношения врача и пациента, обуславливает высокую степень доверия к врачу. Во многом это связано и с феноменом «старения нации» - тенденцией к росту численности пожилого населения, тяготеющего к советским представлениям о гуманной профессии врача и его высоком моральном облике. Возможно, в этой связи основное число конфликтов в российской медицинской практике – это этические конфликты, а не правовые [6].

Заключение. Проведенное исследование и анализ специальных источников отечественной и зарубежной литературы, демонстрирует с одной стороны общие тенденции, а с другой - различия в подходах к оценке медицинских ошибок. Дифференцированный подход обусловлен более высокой технологической оснащенностью западных медицинских клиник, а общим является их глубокий социально-психологический контент. Рост числа медицинских ошибок снижает доверие пациентов к врачу, увеличивает конфликтность в медицинской практике. Кроме того, значительная часть медицинских ошибок связана со сложностью профессиональной деятельности и интерпретируется, как «врачебная ошибка». В связи с этим большое значение имеет интеграция в российскую медицинскую практику принципов биоэтики, а также европейского механизма досудебного урегулирования споров в медицине посредством деятельности этических комитетов. Все то, в свою очередь, требует внедрения в систему непрерывного профессионального обучения медицинских специалистов методического блока биоэтической направленности, позволяющего формировать необходимые этические ценности и установки уже на этапе обучения в вузе, в условиях образовательной среды [10].

Список литературы:

1. Абдуллаева Л.М. Ятрогения на модели оперативной гинекологии// Международный журнал экспериментального образования. -2016 - № 5- 2. – С.177-178
2. Айвазян Ш.Г. Общая врачебная практика как предмет исследования социологии медицины: монография. М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2017. 116 с.
3. Айвазян Ш.Г. Права врача в проблемном поле биоэтики (случай из европейской практики) // Биоэтика. - 2015. - № 1(15). - С.35-37.
4. Габимова Л.И. Проблема международной синхронизации правового регулирования биомедицинских исследований // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.234
5. Доника А.Д., Толкунов В.И. Альтернативы принятия решений в медицинской практике: правовые нормы и этические дилеммы // Биоэтика. - 2010. - Т. 1. № 5. - С. 57-59.
6. Доника А.Д. Проблема формирования этических регуляторов профессиональной деятельности врача // Биоэтика. - 2015. - № 1(15). - С.58-60.
7. Ерохина А.В. Современный контент автономии и ответственности в клинической медицине // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. С. 53.
8. Радченко М.А. Спорные вопросы правового статуса граждан в области охраны здоровья // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.244.
9. Султангалиева Д.А. Современные критерии ограничения компетенций пациента: категории и группы с позиции биоэтики// Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-2. – С. 184-185
10. Чеканин И.М. Социально-психологический контент профессионального образования // Международный журнал экспериментального образования. - 2016. - № 3 (часть1). - С.105.