ZU_2012_ACU_3-.qxd 05.11.2012 12:59 Page 47

Про що свідчить відсутність статистики лікарських помилок?

За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я, у країнах із розвиненою медициною кожний десятий пацієнт – жертва лікарської помилки. Так, у США 2010 року унаслідок лікарських помилок постраждали 180 тис. людей, у Канаді – 24 тис. Велика Британія щороку фіксує близько 70 тис. жертв медицини, Німеччина – 100 тис. Україна «вигідно» відрізняється статистикою медичних помилок, маючи у відповідній графі нулі.

Надзвичайно цікавим феноменом у світі виглядають США, які мають одну з найбільш відкритих систем інформування громадськості про проблеми в медичній галузі. Це при тому, що лікарі у США працюють під постійним пресингом правової системи і сплачують реальні багатомільйонні компенсації за медичні помилки, що мало б спонукати до приховування лікарських прорахунків з боку медичного цеху. Не можна залишати без уваги і той факт, що статистика лікарських помилок у США корелює із достовірною медичною статистикою загалом, дані якої широко використовуються в доповідях вітчизняних науковців.

Інтерес до статистики медичних помилок продиктований не простою цікавістю. Лікарська помилка є тим фокусом, що збирає промені, відбиті від прихованих сторін життя суспільства, виходить далеко за межі медичної сфери і пояснює багато явищ, наприклад відсутність динаміки позитивних зрушень у медичній сфері від тренінгів, методик, технологій, адаптації нормативних актів тощо. Стає очевидним, що всі запозичення, які намагаються інсталювати в українські реалії, без соціальних інститутів не зможуть прижитися в аномальних для себе умовах. Соціальні інститути, у свою чергу, є похідними ціннісно-нормативних комплексів, які визначають поведінку людини в усіх сферах життя. Саме вони сприяють прозорості і публічності медичної сфери США. Цікавий матеріал щодо проблеми визнання лікарських помилок, який спонукає до роздумів, викладено у статті Medical errors: Disclosure and apology, надрукованій у журналі Obstetrics/Gynecology & Women's Health (Jun 1, 2012, P.M. Weiss, S. Koch). Пропонуємо читачам скорочений переклад цієї статті.

Інститут медицини (IOM) Національної академії наук США констатує: людині властиво помилятися. Саме тому з метою створення безпечної системи охорони здоров'я з 1999 року підвищену увагу приділяють медичним помилкам і побічним ефектам, які трапляються досить часто, але так само часто про них не повідомляється і їх не обговорюють з пацієнтами, які від них постраждали. Обговорення таких ситуацій IOM вважає правильним напрямом. 2001 року спеціальна спільна комісія розробила стандартні вимоги до провадження практики і/або послуг, щоб чітко пояснити, що слід вважати помилкою.

Загалом доповідь IOM спрямована на визнання помилок з акцентом на важливому значенні переходу від звинувачення за минулі дії до запобігання помилкам у майбутньому з проектуванням вимог щодо безпеки всередині системи. Того ж 2001 року Фонд Robert Wood Johnson піднімає «планку досконалості» і заявляє, що безпомилкова медицина є цілком досяжною, якщо лікарі докладатимуть більше зусиль у цьому напрямку. Дослідження, проведені наступного року, показали, що більше половини опитаних провайдерів медичних послуг наголосили на проблемі загальної якості охорони здоров'я у США і висловилися щодо необхідності фундаментальних змін.

Обговорення непередбачених наслідків і лікарських помилок є складним завданням для обох сторін – як для пацієнта, так і для лікаря. Це пояснюється тим, що багато пацієнтів і установ вірять і чекають на появу безпомилкової медицини.

David Hilfiker у своїх мемуарах (1985) зазначає: «...у медичній професії, здається, немає місця для помилок. Справді, можна було б подумати, що якщо помилки є гріхом, а у медичній професії для них немає місця, то їх ніхто не припускається. Однак ми бачимо наші помилки, відчуваємо жах та не можемо впоратися з величезним емоційним впливом. Мабуть, єдиний шлях, який допоможе нам зберегти обличчя, – це визнання нашої провини, відшкодування і відпущення гріхів».

Медичні помилки мають велике емоційне навантаження на провайдерів медичної допомоги. У літературі описано почуття провини, сорому, самозвинувачення, втрати довіри, бажання змінити вид практичної діяльності або залишити медицину і навіть думки про самогубство.

Досить велика кількість лікарів вважають визнання й аналіз помилок складним і загрозливим процесом і, природно, уникають цього. У дослідженні, опублікованому в лютому 2012 року, зазначено, що переважна більшість лікарів погоджуються з тим, що надзвичайно важливо інформувати пацієнтів про ризики та переваги медичного втручання. Але третина лікарів не повністю розділяють погляди щодо необхідності розкриття серйозних медичних помилок для пацієнтів, а 20% категорично не згодні з тим, що лікарі повинні завжди говорити пацієнтам правду.

Це дослідження порушує додаткові питання, пов'язані з проблемою неотримання пацієнтами повної і точної інформації від своїх лікарів.

Загалом лікарі часто обговорюють неприємні події, які трапляються у їхній практиці, проте нерідко вони уникають визнання власної помилки чи вибачення перед пацієнтом, що пояснюють побоюванням, що таку поведінку буде розцінено як визнання провини, і це призведе до відповідальності та стягнень. Але важливо розуміти, що пацієнти зазвичай шукають емоційної підтримки після помилки, у тому числі вибачень від того, хто надав їм послугу. Відсутність відкритості призводить до розриву у взаєминах лікаря й пацієнта, і це не задовольняє останнього.

Доступ до інформації та вибачення з боку медперсоналу можуть допомогти як пацієнту, так і лікарю втамувати душевні страждання, пов'язані з непередбачуваними ситуаціями, що виникли внаслідок лікування. У разі медичної помилки важливою є взаємодія лікаря і пацієнта. Від лікаря слід вимагати як мінімум таких дій:

- чіткої заяви про те, що сталася помилка;
- опису помилки та її аналізу;
- вибачення.

Інституційна політика щодо розкриття медичної інформації і вибачень

Концепція визнання медичних помилок та вибачення за них не нова. Першу подібну програму започатковано 1987 року у Медичному центрі у справах ветеранів у м. Лексінгтоні, штат Кентуккі. Ця установа досліджувала сумнівні медичні маніпуляції, які пропонувалися пацієнтам з різних населених пунктів, і виявляла недбалості, якщо такі траплялися. Вона займалася цією діяльністю, тому що це було «правильним», а також з почуття етичного обов'язку. Унаслідок такого громадського контролю збільшилася кількість суб'єктів матеріальної компенсації, однак це призвело до зменшення середньої виплати.

Аналогічним чином 2001 року в Університеті штату Мічіган Health System прийняла нову політику для обробки медичних помилок і розгляду претензій щодо недбалості. Вона передбачала зобов'язання поводитися послідовно й забезпечити чесну оцінку діям системи охорони здоров'я та доступність інформації. Їхня заява звучала так: «Ми не будемо вибачатися нещиро і не будемо захищатися нечесно».

Системна політика була заснована на трьох принципах:

1. Якщо наша діяльність завдала шкоди пацієнту, ми будемо прагнути компенсувати збитки швидко і справедливо.
2. Ми активно захищатимемо наших співробітників та установи, якщо наша допомога була розумною і/або якщо ми не завдали шкоди пацієнту.
3. Ми прагнутимемо вчитися на власних помилках і досвіді наших пацієнтів.

Впровадивши цей принциповий підхід, установа виграла 6 із 7 випадків, які трапилися упродовж першого року, – їх загальна позовна вартість становила кілька мільйонів доларів. Розрахунок витрат за всіма сімома випадками дав змогу заощадити 2,2 млн доларів протягом першого року.

Головна ідея політики, яку було розпочато 2005 року, полягала в переконанні, що вибачення за медичні помилки і, у разі необхідності, авансова компенсація допоможуть зменшити гнів пацієнтів і їхніх родичів, скоротити кількість звинувачень у недбалості і судових розглядів. Цю стратегію вважають золотою серединою у врегулюванні медичної недбалості та задоволенні потреб усіх зацікавлених сторін, зберігаючи при цьому зосередженість постачальників послуг на правильних діях у разі лікарської помилки.

Нарешті, Американська медична асоціація вимагає, щоб лікар, який припустився помилки, з етичних міркувань поінформував пацієнта про всі факти, необхідні для розуміння того, що сталося. Повне розкриття інформації не має перешкоджати вирішенню правових проблем.

Стратегії для полегшення надання інформації

Лікарі мають кілька причин для приховування лікарської помилки. По-перше, це страх перед необхідністю матеріальної компенсації пацієнту або його родині, по-друге – страх професійного остракізму з боку колег. Не останню роль у формуванні страху відіграють відсутність досвіду у спілкуванні з пацієнтом та його рідними, психологічний дискомфорт, пов'язаний із визнанням власної помилки, відчуття неповноцінності та слабкості.

Професійна підготовка лікарів щодо надання пацієнтам усієї необхідної інформації та ведення з ними діалогу має розпочатися ще у медичній школі. Як і набуття інших навичок, необхідних для лікарів, отримання знань щодо нюансів обговорення з хворими лікарських помилок може сприяти зменшенню страхів і більшій відкритості.

Не всі випадки розкриття медичної інформації вимагають вибачень, але здатність лікаря вибачатись і брати на себе відповідальність за медичну помилку сприяє формуванню партнерських відносин, заснованих на чесності і турботі з боку медичного працівника. Крім того, чесність та деякі інші стратегії можуть пом'якшити душевні травми під час обговорення поганих новин як наслідку непередбачуваного розвитку подій. Якщо розмову проводить фахівець із достатнім рівнем знань і підготовки, це може додати конструктивності діалогу, що зміцнює взаємини лікаря і пацієнта й може стати першим кроком у досягненні порозуміння між усіма зацікавленими сторонами.

Постачальники медичних послуг повинні пам'ятати, що людині властиво помилятися, і виникнення ситуації, коли лікар припуститься помилки, є тільки питанням часу. Лікарям, які вважають себе фахівцями високого рівня, не здатними на помилку, буде особливо важко у разі настання непередбачуваних подій. Особливо корисними для них будуть знання про те, як надавати медичну інформацію і обговорювати помилки.

Як вести розмову, у якій планується надати конфіденційну медичну інформацію

Перед запланованою зустріччю необхідно осмислити ситуацію, що склалася. Доцільно розглянути можливість застосування командного підходу, оскільки зустріч має відбутися із дотриманням вимог конфіденційності, коли неможливе випадкове втручання в розмову сторонніх осіб.

Обговорення має відбуватися на рівні, доступному для розуміння пацієнта і його родини. Пацієнт повинен зрозуміти, якою була первісна оцінка ситуації, як і чому було обрано саме такий план лікування і що саме призвело до непередбачуваних змін.

Досвід вивчення справ про зловживання службовим становищем свідчить, що відмова спілкуватися відкрито, взяти на себе відповідальність і вибачитися лише збільшує гнів пацієнтів і ймовірність судових розглядів. «Якщо ви явно помилилися, але при цьому щирі, турботливі й зацікавлені, це може бути вашим єдиним захистом, яким потрібно користуватися з розумом».

Незалежно від того, які несприятливі події відбулися, відповідальним у кінцевому підсумку є лікар.

Важливо розуміти, що пацієнти звертаються до лікаря як до лідера всієї медичної команди. Тобто мимоволі лікар отримує кредит довіри від пацієнта, однак при цьому бере на себе відповідальність за його здоров'я, у тому числі у разі настання неочікуваних несприятливих подій. Якщо лікар після припущеної ним помилки віддаляється від пацієнта, додається ще й відчуття власної непотрібності у й без того складній ситуації.

Після зустрічі потрібно знайти час, щоб ретельно задокументувати розмову, записати імена тих, хто брав у ній участь, дату і час, огляд дискусії, будь-які непорозуміння і «больові точки» у пацієнта або його родини, вказуючи рівень розуміння пацієнта. І, нарешті, необхідно скласти план подальших засідань для розгляду будь-якої додаткової інформації. Лікарі часто недооцінюють важливість цього аспекту у відповідь на подію. На цьому турбота про пацієнта не має закінчуватися. Надалі лікар повинен ретельно працювати, щоб з'ясувати причину небажаних результатів, інформувати про них пацієнта і його сім'ю, продовжуючи контролювати ситуацію.

Підготував ***Анатолій Якименко***