


Врачебные ошибки в деятельности медицинских работников.

Выполнила:
студентка 240 группы
Парфенчикова В.А.

Врачебная ошибка — незлоумышленное заблуждение врача (или любого другого медицинского работника) в ходе его профессиональной деятельности, если при этом исключается халатность и недобросовестность.





В судебно-медицинской практике решение проблемы определения понятия врачебной ошибки необходимо для отграничения правонарушений от так называемых «допустимых в медицинской деятельности профессиональных ошибок». Совершенно понятным является то, что большинство производителей медицинских услуг относят врачебные ошибки к чисто медицинским понятиям, в связи с чем говорят о невозможности привлечения медицинских работников к уголовной ответственности за допущенные профессиональные ошибки. В то же время на протяжении многих лет в работах судебных медиков и юристов в понятие «врачебная ошибка» вкладывалось настолько противоречивое содержание, что не способствовало объективному изучению данного феномена.



Исходя из общепринятых характеристик врачебной ошибки при производстве медицинской услуги, следует выделять

- ✓ объективные
- ✓ субъективные причины их формирования.



Специалисты должны понимать, что объективные причины врачебных ошибок обусловлены значительной группой внешних факторов. Что же относительно субъективных причин последних, то они зависят от великого множества внутренних факторов. Конечно, при чрезвычайных ситуациях, землетрясениях, авариях, взрывах, при огромном количестве пострадавших вероятность врачебной ошибки выше, чем при спокойном, вдумчивом выборе метода лечения в уютном рабочем кабинете, имея перед собой результаты всех необходимых анализов и исследований.




С точки зрения анализа внешних факторов, являющихся причинами врачебной ошибки, то это, прежде всего деятельность медицинского работника, совершаемая под влиянием различных обстоятельств. Эта деятельность выражается в отступлении от предусмотренных специальными актами и инструкциями правил производства работ (организационных и технологических стандартов – порядков и протоколов), что может повлечь или стать причиной неблагоприятных последствий для пациента. Возможность допустить ошибку подстерегает врача на всех этапах оказания медицинской помощи.



Жизнь и здоровье человека являются естественными и неотъемлемыми правами, самыми ценными, чем обладает человек. Поэтому посягательства на них должны признаваться преступными не только при фактическом наступлении неблагоприятных последствий, но и тогда, когда создана конкретная опасность причинения вреда названным правовым благам.

В настоящее время в рамках реализации современной нормативно-правовой РФ, в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» был подписан Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», где в разделе 3, приложения №8 введен регламент *дефектов медицинской помощи/нарушения при оказании медицинской помощи*.

1. Доказанные в установленном порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации (устанавливаются по обращениям застрахованных лиц).
2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи:



2.2. приведших к удлинению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства и (или) отсутствия письменного согласия на лечение, в установленных законодательством Российской Федерации случаях);

2.3. приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);

2.4. приведших к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке);


2.5. приведших к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).





3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий:


3.1. приведших к удлинению сроков лечения, удорожанию стоимости лечения при отсутствии отрицательных последствий для состояния здоровья застрахованного лица;

3.2. приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от лечения, оформленного в установленном порядке).

- 
4. Преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения).
 5. Повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре, вследствие отсутствия положительной динамики в состоянии здоровья, подтвержденное проведенной целевой или плановой экспертизой (за исключением случаев этапного лечения).

- 
6. Нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.
 7. Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях дневного стационара.
 8. Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации по неотложным показаниям.

- 
9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.
 10. 10. Повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях.
 11. 11. Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания).

- 
12. Необоснованное назначение лекарственной терапии; одновременное назначение лекарственных средств-синонимов, аналогов или антагонистов по фармакологическому действию и т.п., связанное с риском для здоровья пациента и/или приводящее к удорожанию лечения.
 13. 13. Невыполнение по вине медицинской организации обязательного патологоанатомического вскрытия в соответствии с действующим законодательством.
 14. 14. Наличие расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 2-3 категории.

Сам по себе процесс диагностики заболеваний состоит из нескольких этапов:

- 1. оценка жалоб и симптомов;*
- 2. постановка предварительного диагноза;*
- 3. дифференциальная диагностика;*
- 4. постановка клинического диагноза.*



На первом этапе причинами врачебных ошибок чаще всего являются:

- ✓ *неспособность врача распознать ведущей жалобы и истинной цели обращения пациента за медицинской помощью;*
- ✓ *неумение ясно определить природу выявленных симптомов и жалоб;*
- ✓ *неумение критически оценить достоверность полученных сведений, выявить основные и отбросить побочные;*
- ✓ *недооценка невербальной информации;*
- ✓ *нежелание переоценки значимости ведущей жалобы и замены ее на другую в процессе оценок.*

При постановке предварительного диагноза:

- ✓ *неполная и нетипичная клиническая картина;*
- ✓ *встреча со случаем казуистики;*
- ✓ *нежелание пациента рассказывать о наличии у него той или иной симптоматики.*


Предварительный диагноз имеет большое значение в практической деятельности врача, поскольку являясь рабочей гипотезой, он предопределяет достаточно быстрый выход на правильный окончательный диагноз, своевременно начатую патогенетическую терапию и благоприятный исход заболевания во многих случаях. К сожалению, в течение последних лет все реже и реже встречается типичное течение даже самых распространенных заболеваний, что ставит практикующего врача в сложное положение при постановке предварительного диагноза.

Врачебные ошибки на стадии дифференциальной диагностики могут возникнуть по следующим причинам:

- ✓ *наличие симптомов или синдромов, симулирующих другие заболевания;*
- ✓ *наличие атипичных симптомов часто встречающихся заболеваний;*
- ✓ *наличие симптоматики заболевания, встречающегося как казуистика;*
- ✓ *наличие проявлений нескольких заболеваний у одного пациента.*



Четвертым этапом диагностики является постановка клинического диагноза. Клинический диагноз формируется после постановки предварительного диагноза и анализа списка альтернативных ему версий. Анализируя альтернативные версии, врач опирается на эвристический прием, который называется приемом проверки гипотез. Гипотетический диагноз или принимается или отбрасывается, а в качестве диагностического теста зачастую используется т. н. «золотой стандарт» или эталонный тест, который позволяет исключить или установить диагноз. Таких эталонных тестов сегодня известно достаточно много, в частности это варианты рентгенологической диагностики.



Значительные трудности при постановке клинического диагноза представляет проблема «норма и патология». Интерпретируя результаты физикального исследования, врач должен учитывать, что нередко встречаются варианты нормы, которые легко путают с патологией, особенно часто этим грешат «узкие» специалисты.



Примерами трудностей интерпретации результатов физикального исследования могут служить следующие. Так, до 5% здоровых людей имеют зрачки неодинакового размера, причем разница диаметров может достигать 2 мм. Реакция зрачков на свет при этом нормальная. Если не распознать изменчивость нормы, то можно совершить ошибку в диагностике. Вариант нормы, характеризующийся отсутствием углубления диска зрительного нерва и даже слабой нечеткостью контуров диска, можно ошибочно принять за признаки повышенного внутричерепного давления. Однако выявление при этом венозной пульсации позволит отличить нормальное состояние от отека диска зрительного нерва и т. п.




Ошибок в процессе постановки клинического диагноза совершается великое множество, но большинство из них анализу не подвергается в силу незаинтересованности руководителей ЛПУ «выносить сор из избы», несовершенства системы внутриведомственной экспертизы КМП, а вневедомственная экспертиза анализирует лишь отдельные, наиболее тяжелые случаи, сопровождающиеся судебными исками. Что же относительно негосударственных медицинских учреждений, то до настоящего времени это «terra incognita» для тех, кто управляет медицинской помощью в большинстве субъектов РФ

Ошибки процесса лечения

К сожалению, ошибки чаще совершают молодые врачи, и это связано, в первую очередь, с отсутствием у них системного подхода к процессу лечения, логического перехода от одного этапа организации и осуществления лечения к другому. Эти этапы можно перечислить в хронологической последовательности:

- ✓ клиническое прогнозирование;*
- ✓ анализ и оценка эффективности и рентабельности альтернативных методов лечения;*
- ✓ оценка риска возможных побочных эффектов и осложнений лечения;*
- ✓ выбор тактического варианта лечения;*
- ✓ проведение лечебных мероприятий;*
- ✓ анализ промежуточных и конечных эффектов лечения.*



Клиническое прогнозирование — весьма важный этап организации лечения, ставящий своей основной целью точную оценку вероятного прогноза состояния здоровья пациента без вмешательства врача. Такой подход даст возможность установить причинно-следственные связи возникновения того или иного заболевания, определить вероятность его возникновения и предсказать будущее развитие патологии и вероятный исход. Составляя индивидуальный прогноз, врач должен сопоставить его с известными данными наблюдения за группами подобных больных. Когда осуществлена оценка риска болезни у данного пациента или, если пациент уже болен, сформулирован индивидуальный прогноз, необходимо решить вопрос: «Какой метод лечения необходимо выбрать, чтобы за наименьшее время с минимальными затратами помочь больному?».



Ответ на этот вопрос можно получить, проведя анализ вероятной эффективности выбранного метода лечения или сравнение альтернативных вариантов. Как оценить эффективность того или иного метода лечения? Вопрос весьма непростой. Обычно мы полагаемся на рекомендации коллег, данные клинических испытаний метода лечения, а также на личный опыт. В еще недалекие времена существовали методы лечения, которые производили прорыв в прежних представлениях о возможности излечения тех или иных заболеваний. В своей повседневной работе в последние годы многим врачам все чаще и чаще приходится оценивать не только эффективность лечения, но и его рентабельность (экономическую эффективность), особенно если речь идет о новых методах лечения.




Следующий этап организации и осуществления лечения – это этап безопасности. Риск лечения чаще всего характеризуется двумя основными факторами:

- ✓ *вероятностью наступления побочных эффектов;*
- ✓ *тяжестью проявлений побочных эффектов.*



Выраженность побочных эффектов в значительной мере зависит от того, насколько трудно их обнаружить и устранить, ведь иногда выраженность побочных эффектов лекарственных препаратов трудно связать с их применением, настолько выражена тяжесть ятрогенного синдрома. Недооценка опасности самого лечения – это ошибка, которая нередко служит причиной плохих конечных результатов. Этой ошибки можно не совершать, если своевременно оценить риск возникновения и тяжести проявления ятрогенных заболеваний.



Выработка тактики лечебных мероприятий – процесс, основанный на анализе выбранной методики и оценке вероятных последствий ее применения. Безусловно, практически невозможно просчитать все варианты, но выбрать несколько соответствующих конкретному заболеванию у конкретного пациента с учетом его индивидуальных особенностей – задача реально выполнимая. Масса тактических ошибок совершается в ситуациях, которые при ретроспективном анализе не выглядят безвыходными. Как правило, не учитывается исходное состояние здоровья пациента, возрастные особенности, технические возможности врача или категория ЛПУ.

Таким образом, следует рассмотреть следующий этап организации и осуществления лечения – этап лечебных мероприятий, который зависит от нескольких составляющих:

- ✓ *скрупулезного выполнения пациентом назначений врача;*
- ✓ *изменения образа жизни и привычек пациента;*
- ✓ *выполнения медицинским персоналом стандартов оказания медицинской помощи при данной патологии;*
- ✓ *соблюдения медицинским персоналом мер безопасности при проведении лечебных мероприятий.*

Ошибки взаимоотношений врача и пациента.



Изменения, происходящие в современной России, огромный поток информации из-за рубежа о взаимоотношениях врача и пациента, принятие новых законодательных актов об охране здоровья населения позволяют уйти от принципов патернализма во взаимоотношениях врача и пациента. Сегодня уже возможен переход от патернализма к использованию принципов сотрудничества и взаимного доверия.

Эти принципы можно свести к четырем главным компонентам:

- ✓ *поддержка;*
- ✓ *понимание;*
- ✓ *уважение;*
- ✓ *сочувствие.*





Традиционно в отношениях врача и пациента заложены противоречия, с одной стороны, они строятся на патерналистских началах – врач «знает», что надо делать, и сделает всё к лучшему, даже против воли пациента, с другой стороны, их отношения признают свободный выбор пациента – пациент распоряжается своим телом. Следует отметить, что противоречивые мотивы не являются уникальными для медицины, а свойственны всем областям общественной жизни.

Причинами развития конфликтных ситуаций на почве неудовлетворенности пациентов проведенным лечением являются:

- ✓ *низкое качество оказанных медицинских услуг в результате несоблюдения принципов обследования и диагностики патологии органов и системы до начала лечения и недостаточность контрольных мероприятий на его этапах, несоблюдения известных правил проведения врачебных манипуляций;*
- ✓ *несоблюдение деонтологических принципов, отсутствие налаженных взаимоотношений с пациентом, направленных на достижение положительных результатов, несоблюдение принципа информирования пациента;*
- ✓ *недостатки в ведении медицинской документации, не позволяющей судить о полноте и структуре проведенных диагностических, лечебных, контрольных и реабилитационных мероприятий.*



Опыт разбирательств конфликтных ситуаций показывает, что одного лишь добросовестного выполнения профессиональных процедур недостаточно для решения комплексной задачи оказания медицинской помощи. Поэтому наряду с правильным выбором метода лечения, надлежащим выполнением всех необходимых профессиональных процедур следует включать в алгоритм обязательных врачебных действий организационные элементы, обеспечивающие решение основной задачи – оказание надлежащей качественной помощи пациенту с адекватным результатом. Такими элементами являются правила информирования пациента и ведения медицинской документации. Именно их отсутствие отягощает процесс обязательного взаимодействия и взаимопонимания между лечащим врачом и пациентом, нередко становится самостоятельным источником конфликтов.



Спасибо за внимание!