

**ДИСКУССИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКИ:
РЕЗУЛЬТАТЫ ФОКУС-ГРУППЫ**

Свердлин Д.С., Шляпникова М.Н.

Для того, чтобы выяснить, в чем состоит разница подходов к оценке врачебной ошибки разных групп населения: профессионалов и потребителей медицинских услуг, мы провели фокус-группу. Для участия в ней были приглашены врачи-специалисты (терапевт – Т, хирург – Х, реаниматолог – Р, патологоанатом – П), представитель органов следствия, ведущий «медицинские дела» (следователь – С), бывшая пациентка, подававшая жалобу по поводу некачественного оказания медицинской помощи (учительница средней школы – У), пациентка с положительным опытом общения с медицинскими работниками (домохозяйка – Д). Фокус-группу проводил монитор (М), имеющий специальную подготовку и опыт проведения таких исследований (старший научный сотрудник Волгоградского областного социологического Центра «Общественное мнение»). Раздаточный материал содержал конкретные примеры – случаи из врачебной практики. Материал был роздан перед началом фокус-группы и участники имели в своем распоряжении 30 минут для ознакомления с ним. Автор статьи выступил в роли разработчика программы и наблюдателя. Материалы запротоколированы, обработаны. Мы приводим протокол фокус-группы и вывод, сделанный после обработки результатов.

М. Мы собрались сегодня, чтобы поговорить о врачебных ошибках. Некоторые считают, что врач отвечает за свою ошибку всегда и полностью. Другие утверждают, что ошибка – это случайность, произошедшая не по вине врача, поэтому и отвечать он не должен. Может быть, есть и другие точки зрения. Но, чтобы не быть голословными, давайте рассмотрим первый пример и обсудим его. Вы уже прочитали примеры, обращаю Ваше

внимание на листок под №1. Если какие-то термины вызывают затруднения, наши специалисты-медики их разъяснят.

Пример №1. Больной С. 40 лет, заболел 2 года назад, когда впервые развился кратковременный приступ нарушения сознания с дезориентацией и моторными автоматизмами (бессмысленное переключивание предметов). Так как 10 лет назад больной имел тяжелую черепно-мозговую травму, осложненную гнойным менингитом, то этот и последующие приступы (которые стали повторяться) расценили как височные эпилептические пароксизмы вследствие резидуальной органической патологии головного мозга. Постепенно присоединились жалобы на общую слабость, апатию, ухудшение памяти, головные боли.

В начале приступы были редкими, развивались внезапно: больной не узнавал знакомой обстановки. В момент приступов, которые продолжались от 1 до 8 часов, имел вид пьяного человека, не узнавал близких людей. Приступы заканчивались внезапно, не сопровождались сном. При обследовании: отмечено оживление сухожильных рефлексов; ЭЭГ в межпароксизмальном периоде — вариант нормы; глазное дно в норме; общий анализ крови и мочи — в норме; содержание глюкозы в крови натощак — 4,1 ммоль/л.

С учетом имеющихся жалоб, анамнеза заболевания, снижения способности к выполнению профессиональной деятельности установлена 2 группа инвалидности.

Во время одного утреннего «пароксизма», родственники вызвали скорую помощь, так как развились тонические судороги. Каретой скорой помощи доставлен в больницу, где выявлена выраженная гипогликемия (содержание глюкозы в крови составляло 1,1 ммоль/л).

После внутривенного введения раствора глюкозы отмечен эффект быстрого «просыпания».

При дальнейших исследованиях в условиях стационара у больного выявлена инсулинома (опухоль поджелудочной железы).

Произведена энуклеация инсулиномы из хвоста поджелудочной железы. В послеоперационный период приступы прекратились. Содержание глюкозы в крови нормализовалось.

Х. Я хочу пояснить. Инсулинома - это опухоль поджелудочной железы. Секретируя избыточное количество инсулина, она приводит к гипогликемии. Гипогликемия же вызывает различные нервно-психические синдромы, в том числе и эпилептические.

М. В чем же причина неправильно установленного диагноза эпилепсии?

Т. Классическая, на взгляд врача, картина того или иного патологического процесса, снижает его бдительность; дифференциальной диагностике уделяется недостаточное внимание. Большое количество неэпилептических припадков принимается практическими врачами, как показывает практика, за эпилепсию без должной дифференциальной диагностики.

Дифференциальный диагноз неэпилептических приступов, имеющих сходные черты с эпилепсией, должен, в первую очередь, проводиться со следующими нарушениями и состояниями: синкопальные состояния; психогенные и частично психогенно обусловленные нарушения; нарушения, связанные со сном; миоклонии и сходные состояния; мигрени и сходные состояния; экстрапирмидные двигательные нарушения. Иногда сходный симптомокомплекс встречается при нарушениях обмена веществ - спазмофилии, гипопаратиреозе, гипогликемии

П. Я тут не принимаю участия, поскольку пациенту жизнь сохранили, но не всем так повезло в подобных случаях. А все потому, что врачу необходимо четко отличать эпилептический припадок от гипогликемического (функциональный гиперинсулинизм, инсулинома).

Т. Гипогликемические приступы полиморфны: изменение сознания с дезориентировкой и автоматизмами, судорожные пароксизмы, обмороки. Характерно, что у каждого такого больного имеет место определенная

ситуация, когда возникает приступ, например, ранним утром, натощак, при интенсивной физической нагрузке. В отличие от эпилептических припадков возникающие ощущения носят вполне реальный характер: чувство голода, общая слабость и другие. Приступ сопровождается признаками адренергической активации, которая имеет компенсаторный характер: умеренный мидриаз, тахикардия, гипергидроз и другие.

Р. А.В. Антонов пишет, что вследствие диагностических ошибок и малой осведомленностью врачей о нервно-психических нарушениях при инсулиноме, данная категория больных длительно и безуспешно лечится под самыми разнообразными диагнозами. Ошибочные диагнозы ставятся у 75% больных с инсулиномой. При этом на первом месте среди ошибочных диагнозов (34%) стоит эпилепсия. Так что здесь, конечно, эпилепсию надо исключать в первую очередь, а как ее исключишь при таком анамнезе! Нет, здесь явная ошибка, никаких умышленных нарушений, никаких неквалифицированных действий не было.

У. Ну а о больном вы подумали? Ему-то безразлично, ошибка это или преступление, он же все равно страдает так же! А если человек страдает, кто-то должен за это отвечать.

Т. Частично я согласна. Дело в том, что в алгоритм обследования всех больных с синкопальными и судорожными пароксизмами и неадекватным поведением необходимо включать исследование уровня глюкозы во время приступа, содержание которой снижается до 0,5,-1,2-2,5 ммоль/л. Однако данную рекомендацию можно реализовать практически в условиях стационара, так как приступ в условиях поликлиники - явление редчайшее. А в домашних условиях пациент вообще без такого обследования остается. Нет, все-таки врачи тут не виноваты.

С. Если бы к нам поступило это дело вследствие жалобы, поданной больным или его родственниками, думаю, исходя из отмеченного, можно считать действия лечащего врача и комиссии врачей МСЭК в целом отвечающими предъявляемым требованиям. Врачи при той степени

заботливости и осмотрительности, которая от них требовалась (при постановке диагноза и последующем определении группы инвалидности с учетом имевшихся данных) по характеру обязательств и условиям оборота, предприняли все необходимые меры для надлежащего исполнения своих служебных (должностных) обязанностей.

Отмеченное не исключает их ошибки, которую можно определить как явную (в результате перехода из категории латентной), диагностическую, допущенную на догоспитальном этапе, причинившую материальный и моральный вред. Лицо испытывало физические и нравственные страдания, обусловленные характером имевшегося заболевания: значительное снижение работоспособности и памяти; головные боли; негативное отношение соседей и знакомых ввиду имевшегося диагноза и, эпизодически, вида «пьяного человека». Отсрочка оперативного вмешательства, единственного радикального метода лечения инсулиномы, ведет к тяжелым и порой необратимым изменениям нервной системы, что однозначно можно расценивать как вред здоровью.

К этому следует добавить недостижение целей лечебного процесса (неэффективность проводимой терапии с соответствующими затратами) и медико-социальной защиты граждан.

Вину исключает добросовестное заблуждение, когда лицо не предвидело возможности наступления данных последствий, не должно и не могло их предвидеть в силу атипичности данного клинического случая, исходя из имеющихся данных, их квалификации, уровня оснащенности учреждений здравоохранения (районная поликлиника и районная МСЭК).

Иное дело - врачи стационара, куда обычно помещают граждан (перед направлением документов на МСЭК) с целью уточнения диагноза заболевания, проведения дополнительных исследований, коррекции проводимой терапии и т.п. В стационаре обычно имеются возможности для проведения глубоких исследований, динамического наблюдения за пациентом, получения консультаций необходимых

высококвалифицированных специалистов, проведения консилиума и прочее. Вот если бы дело происходило в стационаре, мы бы отнесли к нему как юридическому прецеденту.

Д. А по-моему, врачи не виноваты, тем более, что больного спасли и даже вылечили.

У. Но они могли не дать ему до такой степени заболеть!

Д. Ну Вы ведь тоже не всех своих учеников можете выучить, чтоб они были отличниками!

У. Это совсем другое дело!

М. Дамы и господа! Мне кажется, что мы пришли к выводу, что была допущена ошибка, не по вине врачей все это произошло и как преступление это характеризовать нельзя. Все согласны? Ну вот и хорошо. А что касается ответственности за ошибку – это уже следующий вопрос, сейчас мы говорим о причинах этих ошибок. И здесь я хочу обратить Ваше внимание на второй пример. Но сначала несколько слов.

Нередко причиной врачебных ошибок являются нарушения законов логики. Не секрет, что большинство врачей плохо знают законы логики и пользуются ими интуитивно, несмотря на то, что процесс познания болезни требует логических заключений, вытекающих из многофакторного системного анализа. Каждый патологический процесс обладает определенной совокупностью специфических свойств (симптомы, синдромы, этиология, патогенез). В силу внутренней определенности один патологический процесс отличается от другого, внешне сходного. Посмотрим пример №2.

Больная Л., 47 лет, по профессии экономист, доставлена больницу с диагнозом: Мелкоочаговый инфаркт миокарда.

Жалобы на ноющие боли в области сердца с иррадиацией в левую лопатку, иногда в левую руку. Боли впервые появились несколько месяцев назад в связи с неприятностями по службе.

В последующем стала отмечать боль в груди при волнении, иногда беспричинно. Ходьба, работа по дому болей не вызывали и не усиливали. Наоборот, в домашних хлопотах больная «отвлекалась» от боли, забывала о ней.

Нитроглицерин не снимал приступов боли в области сердца. Некоторое «облегчение» отмечала после приема валокордина и седативных средств.

В день поступления в больницу впервые обратилась за медицинской помощью. Врачом скорой помощи на основании данных ЭКГ (на электрокардиограмме были обнаружены изменения), поставлен диагноз: Мелкоочаговый инфаркт миокарда.

Больная госпитализирована в стационар.

Из анамнеза: в детстве перенесла корь и скарлатину. Один раз болела пневмонией. Четыре беременности (2 родов, 2 медицинских аборта по желанию в сроке 8-10 недель беременности). Месячные скудные, в течение последнего года — нерегулярные (с интервалом 2-3 мес, продолжительностью 1-2 дня).

При осмотре: сознание ясное, несколько заторможена. Избыточный вес. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 90 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 150/90 мм ртутного столба. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца несколько приглушены. Грудная клетка без видимых деформаций. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Данные ЭКГ: горизонтальное положение оси сердца. Зубец Т сглажен в отведениях VI- V3, отрицателен в отведениях V4-V6.

Общий анализ крови и мочи без отклонений от нормы. Врачом-терапевтом отделения был поставлен предварительный диагноз: Климактерическая кардиопатия.

Однако на третий день пребывания в стационаре на фоне проводимой терапии состояние больной ухудшилось. По данным ЭКГ зубец T в отведениях V2-V3 стал отрицательным, в отведениях V4-V6 - углубился.

В связи с отсутствием положительной динамики на фоне проводимой терапии, с учетом данных ЭКГ, поставлен диагноз: Мелкоочаговый инфаркт переднесептальной, верхушечной и боковой области левого желудочка.

Назначена специфическая терапия. Предписан строгий постельный режим.

■ *В течение десяти дней ЭКГ не менялась, анализы крови и мочи без изменений. Ферментативные тесты (АЛАТ, АСАТ) в пределах нормы.*

На десятый день пребывания в стационаре больная осмотрена профессором. Рекомендовано с целью дифференциальной диагностики провести нагрузочные пробы с обзиданом и калием хлоридом. Пробы оказались положительными.

Сформулирован окончательный диагноз: Климактерический синдром. Климактерическая кардиопатия.

В результате лечения, согласованного с гинекологом-эндокринологом, состояние больной улучшилось, отмечена положительная динамика ЭКГ. Выписана с рекомендацией применения гормональных препаратов - заместительная гормональная терапия (клиогест, климонорм, климен и др.). Показано динамическое наблюдение у гинеколога по месту жительства.

II. Ну, тут все ясно - нарушение логического закона тождества. Для врача скорой помощи в клинической картине заболевания значимы и важны только жалобы на боль в области сердца и изменения на ЭКГ. Мы часто сталкиваемся со смертельными исходами, происшедшими именно из-за такого одностороннего подхода.

X. Да, но врач стационара учел не только ведущие жалобы (боли в области сердца с иррадиацией в лопатку) и признаки (изменения на ЭКГ), но и возраст, пол, репродуктивные функции (позитивные признаки), а также

нестенокардитический характер болей в сердце, неспецифичность изменений на ЭКГ, отсутствие изменений крови (негативные признаки). Итог - правильный диагноз.

У. Ну и почему лечение назначено не в соответствии с правильным диагнозом?

Р. А потому что в дальнейшем врач совершает грубую логическую ошибку. Ранее учтенные признаки отсекаются. Фактически врач стационара поступает так же, как и врач скорой помощи. Профессор-консультант включил в свое представление о заболевании все имеющиеся признаки.

У. Если б для каждого пациента вовремя находился такой профессор!

Т. Но Вы учтите, что здесь конкурирующие диагнозы. Невозможность подтверждения или отрицания конкурирующих между собой диагнозов вызвала необходимость дальнейшей дифференциальной диагностики патологического процесса. Положительная динамика ЭКГ под влиянием нагрузки калием и обзиданом помогла разграничить коронаро- и некоронарогенные изменения на ЭКГ.

Д. А вот мой участковый врач всегда говорит – если женщина после 40 лет обращается по любому поводу к терапевту, тот должен, прежде всего, отправить ее к гинекологу, а потом уже разбираться.

Т. Ну здесь-то как раз это было сделано, но мнение гинеколога почему-то не учли. Наверное, боялись пропустить инфаркт. Кстати, последующее наблюдение и лечение дали еще один симптом - эффективность специфической гормональной терапии.

М. Подведем промежуточный итог. Пренебрежение законами логики, упрощенчество привели к ошибке в диагностике, следовательно, лечении. Искренне заблуждался врач в этой ситуации, или же его действия (в случае неблагоприятного исхода, причинения вреда и обращения пациентки с иском в суд) не являются таковыми?

С. На мой взгляд, врач, нарушив логические законы при постановке диагноза, не предпринял на одном из лечебно-диагностических этапов

достаточных мер при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась от него по характеру лежащих на нем обязанностей. В силу этих обязанностей врач должен поставить диагноз, в соответствии с которым он призван осуществлять лечение. Для реализации данной обязанности он должен и может использовать все имеющиеся в его распоряжении и распоряжении работодателя (лечебно-профилактического учреждения) силы и средства (оборудование, других специалистов).

П. Недостаточное знание законов логики - это не столько вина, сколько беда врача: ни в высшей школе, ни на курсах повышения квалификации он законы логики не изучает. Количество же ошибок, которые становятся результатом незнания и нарушения элементарных требований логики неуклонно растет. Но мне кажется, что рекомендовать учить логику – это не выход. Если врач хочет ее применить, он и выучит, и применит. А тот, кто на это внимания не обращает, даже если его пять лет в институте логике учить, все равно не воспользуется.

С. Надо больше внимания уделять изучению права. В праве все законы построены по жестким логическим принципам. Если будут знать юридические законы, то и логика принятия решений будет правильная.

Д. Вы считаете, что если врач знает право, то он не совершит ошибку? А мне кажется, что ошибка как раз не зависит от знания каких-то законов. На то она и ошибка. Вот в этом случае поставили, наконец, правильный диагноз, а лечить стали по-старому, неправильному. Почему? Тут явно какая-то случайность. Может, врач уже, как Вы говорили, один раз «пропустил» инфаркт и боялся. Может, посчитал, что климактерические изменения – это не смертельно. Мы же, женщины, все их переживаем, и ничего. Но ясно, что какая-то случайность помешала принять правильное решение в смысле лечения. Поэтому тут ошибка, конечно, а не халатность или еще что-то.

Х. Тут избыточная диагностика. Мы все этим грешим. Лучше поставить диагноз «по-максимуму» и лечить. Тогда, скорей всего, необратимых последствий не будет.

У. Получается, что избыточная диагностика – тоже причина врачебной ошибки? С одной стороны – недостаточная, с другой – избыточная... Поневоле подумаешь, что врач идет как по канату над пропастью к правильному диагнозу.

М. Действительно, две причины врачебных ошибок мы уже выявили. Но эти два случая закончились хорошо.. А вот давайте посмотрим следующий пример. Обратитесь, пожалуйста, к листку под №3.

Временной фактор (ошибка в диагностике и лечении с последующей коррекцией в нужном направлении) может стать определяющим.

Рассмотрим следующий пример.

Больная 3., 70 лет. Заболела остро: повысилась температура до высоких цифр, появились боли в грудной клетке. Начало заболевания связывает с ударом коровы копытом в область грудной клетки 12-14 час. назад.

Врач амбулатории поставил диагноз: Ушиб мягких тканей грудной клетки. Рекомендовано: покой; явка через три дня для последующего осмотра, при ухудшении самочувствия -немедленно.

В последующие дни к врачу не обращалась, температура после двукратного приема ацетилсалициловой кислоты снизилась. По рекомендации внучки, данной по телефону, пила в течение 7 дней тетрациклин (по 2 таб. 3 раза в день).

На 10 день заболевания состояние резко ухудшилось, больная впала в бессознательное состояние.

Транспортом соседей доставлена в центральную районную больницу (ЦРБ).

При поступлении: состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы бледные. Дыхание клокочущее. Пульс 85 в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 150/ 50 мм. рт. ст. в легких, справа, в области верхней трети лопатки притупление перкуторного тона и

влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень плотная, ровная, выступает на 2 см. из под реберной дуги. Отеков нет.

Взяты общий анализ крови и мочи. Назначено электрокардиографическое исследование сердца и рентгенограмма грудной клетки в двух проекциях.

При явлениях упадка сердечной деятельности через час после поступления в ЦРБ больная скончалась.

Клинический диагноз: Обострение хронической пневмонии. Мозговой инсульт? Кардиопульмональная недостаточность.

Патологоанатомический диагноз: Правосторонняя тотальная крупозная пневмония в стадии серого окоченения. Фибринозный правосторонний плеврит. Отек и полнокровие головного мозга. Дистрофия печени, миокарда, почек

П. Это интересный случай, потому что добавилось самолечение.

Т. Тут атипичное начало заболевания без озноба и кашля, отчетливых аускультативных и перкуторных изменений в легких явилось причиной ошибочной диагностики и недостаточных терапевтических мероприятий на амбулаторном этапе. Применение антибиотиков не по назначению врача усугубило ситуацию, не позволило обратиться к врачу с имеющимися жалобами вновь, что в конечном итоге, привело к летальному исходу.

С. Если бы дело было передано в суд, не думаю, что факт самолечения сыграл большую роль. Скорей всего, речь шла бы о некачественном оказании медицинской помощи, а не о врачебной ошибке. Патронаж должен был осуществляться.

У. Я тоже думаю, что здесь не ошибка, а недолеченность. Действительно, ушиб был? Был. Но ведь после него могли быть какие-то внутренние кровоизлияния, еще что-то. Может, и пневмония могла начаться. Это же был удар копытом! Почему врач недообследовал больную? Это не ошибка, а халатность.

М. Как я понимаю, в этом случае все обратили внимание на факт самолечения. Прием лекарственных препаратов без назначения врача. А если врач назначает лекарство... и ошибается?

Р. К сожалению, наиболее частой причиной дефектов медицинской помощи является неправильное назначение лекарственных средств (не по показаниям, в неверной дозировке, без учета взаимодействия лекарственных средств и/или сопутствующей патологии). Побочное действие сопровождает применение почти всех лекарств, но возникают они не у каждого пациента. Кстати, это очень трудно учесть. И если врач чего-то не знает о больном, т.е. больногй о чем-то умолчал, то врач легко может ошибиться – и не будет виноват.

Д. Но и больной не будет виноват. И никто не будет виноват, а человек пострадает

С. У нас есть законы, регламентирующие деятельность врача. Например, он должен полностью информировать пациента. А вот пациент ничего не дорлжен. Нет законов, вменяющих что-то в обязанность человеку, который и так страдает. И не будет их, потому что это негуманно.

Т. Я хочу вернуться к теме. Побочные эффекты проявляются на фоне большей или меньшей индивидуальной чувствительности к лекарствам, в основе которой лежит «биохимическая индивидуальность», возраст, пол, генетический, гормональный и другие факторы, активно влияющие на процессы биотрансформации и выведения лекарств из организма, а также прием других лекарств. Исследования, проведенные в разных странах мира, показывают, что частота побочных явлений лекарств у больных пожилого возраста наблюдается в 2-3 раза чаще, чем у больных моложе 30 лет. Врачи это знают, но именно пожилые люди почему-то всегда настроены на прием новых лекарств или большего количества, чем то, какое им прописали.

У. Эту установку формируют у них врачи.

М. Вот наш следующий пример как раз касается приема лекарств. Возьмите, пожалуйста, листки с №4.

Пример №4.

Больная Р., 75 лет, находясь в терапевтическом отделении многопрофильной больницы с диагнозом пневмония, получала комбинированную лекарственную терапию, включающую гентамицин в разовой дозе 80 мг. 3 раза в сутки и кенакорт в разовой дозе 4 мг. 2 раза в сутки по поводу пневмонии, эуфиллин по 200 мг. трижды в сутки, фуросемид по 40 мг. в день для коррекции артериального давления (страдает гипертонической болезнью). Согласно листу назначений, внутримышечно пятикратно вводилась литическая смесь (анальгин, димедрол) с целью снижения высокой температуры тела. В анамнезе — хронический пиелонефрит, гипертоническая болезнь. Через 12 дней после начала терапии развилась острая почечная недостаточность с летальным исходом.

Т. Тут ясно, что причиной острой почечной недостаточности явился препарат гентамицин, назначенный в терапевтической дозировке, но без учета возраста больной, сопутствующей патологии, а также взаимодействия назначаемых лекарственных средств (гентамицина и фуросемида).

Р. Если в этом примере вообще корректно вести речь об ошибке, то только ошибке конкретного врача, который в силу непродолжительного опыта работы (менее одного года) и имеющейся квалификации, не учел совокупности факторов, которые и привели к летальному исходу. Не случайно в случае потребности одномоментного назначения пяти и более лекарственных препаратов одному больному, врачу необходимо предварительно согласовать этот вопрос с заведующим отделением и клиническим фармакологом, а в экстренных случаях — с ответственным дежурным врачом или другим лицом, уполномоченным приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения. Данное требование инструкции выполнено не было. Заведующим отделением проводимая терапия не была скорректирована с учетом возраста больной, сопутствующей патологии и особенностей взаимодействия назначенных лекарственных

средств. Не были назначены дополнительные исследования, направленные на определение функции почек на фоне проводимой терапии.

С. Можно сказать, что вина услугодателя (не выполнившего прямых предписаний, не предпринявшего необходимых мер заботливости и осмотрительности по недопущению развития осложнений лекарственной терапии, описанных в доступных справочниках и руководствах) налицо.

Д. Кстати, очень часто врачи и в поликлинике прописывают такое количество лекарств, что диву даешься – неужели надо столько пить, чтоб вылечиться!

П. В нашем случае был нанесен вред неквалифицированными действиями врача. Тут, конечно, его персональная ошибка, но в целом ситуация вполне может быть оценена юридически. А выписывание многочисленных лекарств – это тоже гипер, но не диагностика, а терапия. И тоже, кстати, побуждает пациентов к самолечению.

М. Давайте в заключении, на основе этих случаев и нашей дискуссии, коротко сформулируем, что такое врачебная ошибка и как к ней надо относиться. Пожалуйста

П. Для патологоанатома нет разницы – ошибка или преступление. Мы ищем причину смерти, указываем ее, а анализ обстоятельств, которые к этому привели – это уже на клинико-анатомической конференции. А вообще всем свойственно ошибаться, каждый врач ошибается. Кроме патологоанатома.

С. О врачебной ошибке можно говорить тогда, когда при неблагоприятном исходе лечения поступает жалоба, она разбирается в суде, но вина врача или другого медицинского работника не доказана. Если вины нет – нет нарушений, попадающих под власть закона. Но неблагоприятный исход все-таки есть. Значит, это была ошибка.

Х. Все предусмотреть нельзя. И каждый пациент – это очередная неожиданность. Так что ошибка – это когда вред нанесен по независящим от врача обстоятельствам.

Т. Согласна. Только добавлю – вред нанесен действиями врача, но не по его вине. А относиться надо к врачебным ошибкам внимательно – надо каждую разбирать с как можно большим количеством врачей. И нужно обязательно страховать врачебные ошибки! Или, правильнее, врачей?

Р. Страхование врачебной ошибки – это задача №1. Это сразу внесет ясность и избавит врачей от страхов, которые сами по себе приводят к совершению ошибок

Д. Я думаю, врачебная ошибка, это то же, что и ошибка любая – не по своей воле, не от незнания или нежелания, а по независящим от человека обстоятельствам или просто по психологическому состоянию. У врачей тем более очень нервная работа, они в напряжении все время, им бы сократить количество больных и рабочий день. Тогда и ошибались бы реже.

У. Я согласна, что условия труда провоцируют врачебные ошибки. Но даже если врач не виноват, а больному плохо стало, то разве может врач быть спокойным? Он сам себя накажет хуже, чем любой суд. С другой стороны, если ввести страхование ошибок, это развяжет руки тем, кто просто допускает халатность. Будут пытаться выдать некачественную работу за ошибку. Да это и сейчас есть.

С. Вы правы. Доказать вину врача – гораздо сложнее, чем любого другого.

М. Спасибо всем! Мы согласились, по крайней мере, с тем, что надо квалифицированно обсуждать каждую ошибку. И в том, что возмещение ущерба за совершенную ошибку пациенту должен выплачивать страховщик.

Вывод.

1. И специалисты, и неспециалисты согласны, что врачебной ошибкой можно считать действие, имеющее негативный эффект для здоровья пациента, который, однако, не зависит от врача. Врачебную ошибку участники фокус-группы отличают от преступления или некачественного оказания медицинской помощи.

2. Все участники согласны, что избежать врачебных ошибок невозможно. Специалисты и представители следственных органов считают, что их количество можно снизить, если ввести обязательное страхование врачебной ошибки. Пациенты считают, что количество врачебных ошибок можно снизить, улучшив условия труда врачей. Все единодушны в том, что высокий уровень профессионализма гарантирует снижение числа врачебных ошибок.
3. Причинами врачебных ошибок участники фокус-группы считают: отсутствие системного подхода в постановке диагноза (недообследование, нарушение логики принятия решений, необращение за консультацией к другим специалистам); избыточную диагностику и избыточную лекарственную терапию (в том числе не соотнесенную с системным представлением о пациенте и его состоянии); недостаточную квалифицированность медперсонала (в тех случаях, когда ошибка исправлена, при необратимых последствиях неквалифицированность трактуется как преступление).
4. Пациенты, пострадавшие от врачебных ошибок, склонны все их характеризовать как правонарушения, но согласны, что возмещение ущерба может быть предоставлено страховой компанией, а не врачом или ЛПУ.

