

## РАСКРЫТИЕ МЕДИЦИНСКИХ ОШИБОК: ПРАВОВЫЕ, ЭТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

А.Г.Фоменко

Государственная служба медицинских судебных экспертиз, г. Минск

*Обеспечение безопасности пациентов при оказании им медицинской помощи является одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Высокому уровню распространенности неблагоприятных событий в медицинской практике сопутствует дефицит информации о причинах возникновения ошибок и нежелательных инцидентов, препятствующий выработке эффективных стратегий по устранению рисков и угроз безопасности. Одним из методов получения сведений о неблагоприятных событиях является раскрытие ошибок медиками и обсуждение их с коллегами и пациентами. В статье анализируются правовые, этические и методические аспекты признания ошибок, приводятся рекомендации по раскрытию неблагоприятных событий.*

Решая непростые задачи по удовлетворению спроса населения на качественную медицинскую помощь, современные системы здравоохранения действуют в рамках жесткого ограничения ресурсов и сложных демографических, общественно-политических и социально-экономических условиях. Среди наиболее серьезных вызовов, стоящих перед мировыми системами здравоохранения, выделяется проблема беспрецедентно высокого, по сравнению с другими сферами человеческой деятельности, уровня риска причинения вреда здоровью пациентов при оказании медицинской помощи. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в настоящее время каждый десятый пациент в мире страдает от неблагоприятных событий и последствий медицинских ошибок [1]. Древняя заповедь "Primum non nocere" ("прежде всего, не навреди") и в двадцать первом веке остается весьма актуальной, предупреждая о тонкой грани между благотворными и небезопасными эффектами медицинских средств диагностики и лечения.

Особенность нынешнего состояния проблемы – быстрое изменение ситуации в сфере угроз безопасности медицинской помощи. В условиях постоянного усложнения медицинских технологий, непрерывного усовершенствования форм и методов оказания помощи, стремительного внедрения в медицинскую практику последних достижений науки и техники появляются новые, ранее не известные угрозы безопасности. Масштабность проблемы демонстрируют результаты социологических опросов: в США и России жертвами медицинских ошибок считают себя около 40% пациентов, в Канаде – 30%, в Австралии – 27%, в Германии – 23%, в Великобритании – 22% [2–5].

Медицинские ошибки и неблагоприятные события наносят пациентам значительный моральный и материальный ущерб, формируют негативное отношение к системам здравоохранения как к социальным институтам, влекут за собой огромные финансовые потери. На минимизацию последствий ошибок тратятся средства, которые изымаются из ассигнований на укрепление материально-технической базы, обучение персонала, развитие науки и медицинских технологий. Кроме того, неблагоприятные события негативно влияют на психологическое состояние медицинских работников, "выбивают их из колеи", мешают сосредоточиться на выполнении профессиональных задач и, тем самым, создают опасность появления новых ошибок.

Несмотря на серьезность и актуальность проблемы, усилия по снижению рисков причинения вреда здоровью пациентов лишь в некоторых странах более или менее адекватны масштабам угроз их безопасности. Повсеместно ощущается тотальная нехватка элементарной информации о распространенности, видах и характере медицинских ошибок, а также о причинах и условиях возникновения неблагоприятных событий. К сожалению, в Республике Беларусь изучение угроз безопасности пациентов пока что не приобрело системный характер и до сих пор ограничивается анализом отдельных рисков определенных видов медицинской помощи. Хорошие ресурсные и структурные возможности, научный потенциал, которыми обладает система здравоохранения Республики Беларусь, практически не используются для получения всеобъемлющей информации о неблагоприятных событиях, анализа рисков на системном уровне и проведения масштабных мероприя-

тий по профилактике медицинских ошибок. Очевидно, что при наличии доброй воли к решению проблем безопасности медицинской помощи, усилия по ее укреплению позволили бы существенно повысить качество оказания помощи, предотвратить причинение вреда здоровью пациентов, значительно уменьшить экономические издержки здравоохранения.

Дефицит объективных сведений об угрозах безопасности связан с тем, что медицинские работники, совершая ошибки, очень редко сообщают о них коллегам и пациентам. Причины этого распространённого явления тесно связаны с укоренившимся восприятием медицинских ошибок как закономерных проявлений невежества, халатности и непрофессионализма. Считается, что неблагоприятные события возникают по вине "слабых звеньев" – работников, в силу отрицательных личностных качеств совершающих ошибки. Традиционными методами устранения дефектов в работе организаций здравоохранения до сих пор являются порицание и наказание ошибающихся медиков.

Неэффективность используемых инструментов профилактики неблагоприятных событий приводит к тому, что число ошибок в медицинской практике не уменьшается. Совершив ошибку, медик понимает, что рассказ о ней, скорее всего, вызовет только негативную реакцию, поэтому и не стремится о ней сообщать. Информация об ошибках становится "закрытой", недоступной для извлечения уроков из негативного опыта и разработки мероприятий по укреплению безопасности.

Следует отметить, что абсолютное большинство медицинских работников выступают за открытое обсуждение неблагоприятных событий: как показывают результаты социологических опросов, более 90% медиков поддерживают идею о полном раскрытии ошибок, происходящих при оказании медицинской помощи [6]. Между тем, в повседневной практике только небольшая часть ошибок обсуждается с коллегами по работе, а пациентам и вовсе сообщаются лишь единичные случаи – до 3,8% всех неблагоприятных событий [7–9]. Как правило, медиков останавливают возможные негативные последствия раскрытия, к которым можно отнести обвинения в непрофессионализме, халатности и небрежности; потерю уважения и авторитета в глазах пациентов и коллег; замедление карьерного роста; судебные процессы и связанные с ними временные, финансовые и эмоциональные издержки.

Таким образом, даже при наличии у медицинских работников стремления к раскрытию оши-

бок, существует целый ряд препятствий к осуществлению ими таких намерений. Очевидно, что проблема может быть решена только путем изменения психологического отношения к ошибкам, а также смещения акцентов с поиска виновных на исследование причин, обуславливающих появление инцидентов. Рассмотрение неблагоприятных событий с учетом всех обстоятельств их возникновения создает условия для открытого обсуждения ошибок и "раскрытия" проблем безопасности медицинской помощи [10–11].

Следует подчеркнуть, что на сегодняшний день у большинства медиков отсутствуют четкие представления о том, что именно, в каком объеме, как и кому необходимо сообщать об ошибках. В связи с этим, весьма важной задачей в контексте укрепления безопасности пациентов является разработка методологии процесса раскрытия ошибок, а также создание эффективных организационных механизмов, позволяющих этому процессу органично встраиваться в систему управления качеством медицинской помощи и взаимоотношения "врач–пациент".

Прежде всего, необходимо разграничить два вида сообщений о медицинских ошибках, имеющих разные цели и задачи, а также формы и методы раскрытия информации. Первый вид сообщений относится к системе управления качеством медицинской помощи и заключается в передаче сведений об ошибках через систему отчетности в ведомственную или вневедомственную структуру, занимающуюся вопросами обеспечения безопасности в здравоохранении. Системы отчетности предназначены для сбора информации, её анализа, идентификации рисков и разработки мер по противодействию угрозам благополучию пациентов [12–13].

Другой вид сообщений – признания в ошибках, адресованные пострадавшим пациентам. Этот вид раскрытия сложен в эмоциональном и психологическом плане, он трудно подчиняется четким правилам и укладывается в жесткие методологические рамки, так как на его характер и содержание в каждом случае влияет множество разнообразных аспектов конкретной ситуации. Исследователями высказываются разные взгляды на формы и методы признания, подчас весьма противоречивые, но объединенные мыслью о том, что сообщение пациенту об ошибке должно являться обязательным действием медицинского работника. Раскрытие ошибок, по мнению ряда авторов, является отправной точкой для нормализации взаимоотношений "врач–пациент" и проведения системных мероприятий по укреплению безопасности медицинской помощи [14–16].

Анализ научной литературы, посвященной различным аспектам раскрытия медицинских ошибок, позволяет считать, что необходимость этого действия обусловлена требованиями этических норм, положениями юридических документов, а также предписаниями руководств по непрерывному улучшению качества медицинской помощи. Данный обзор посвящен рассмотрению наиболее важных и концептуально значимых аспектов раскрытия ошибок, характеризующих нынешнее состояние проблемы и указывающих на перспективы их дальнейшего совершенствования.

#### **Этические аспекты раскрытия ошибок**

Морально-нравственные аспекты признания в ошибках основываются на фундаментальных принципах взаимоотношений в медицине: доверии, взаимном уважении и ответственности за принятые решения. Обращаясь за медицинской помощью, пациент доверяет медикам свое здоровье и рассчитывает на то, что их знания, умения и профессионализм, а также применяемые средства современной медицины помогут преодолеть болезнь и ускорят выздоровление. Вместе с тем, неблагоприятное событие при оказании медицинской помощи способно значительно ухудшить состояние пациента, вплоть до угрозы летального исхода. Направляя все усилия на минимизацию неблагоприятных последствий ошибки, медик неизбежно сталкивается с дилеммой: сообщать или не сообщать пациенту о причинах ухудшения его состояния.

С этических позиций, несообщение пациенту о неблагоприятном событии равносильно утаиванию от него важной информации, касающейся главных человеческих ценностей – жизни и здоровья. Скрытие ошибки ведет к утрате доверия и разрыву терапевтического сотрудничества, воспринимается пациентом как проявление к нему безразличного и неуважительного отношения, влечет за собой широкий спектр негативных эмоций от разочарования и обиды до гнева и возмущения.

Об этическом долге врача раскрывать свои ошибки говорили многие замечательные врачи, вошедшие в историю медицины благодаря своим выдающимся профессиональным и морально-нравственным качествам. "Врач, совершающий лишь небольшие ошибки, получит мое искреннее одобрение. Только мелкий ум старается избежать неприятностей, глубокому же уму подобает признаваться в содеянных ошибках", – писал древнеримский врач Цельс. "Каждый добросовестный человек, особенно преподаватель, должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно

скорее обнаружить свои ошибки, чтобы предостеречь от них других людей, менее сведущих", – считал Н.И.Пирогов.

Этические нормы, оговаривающие необходимость признания в ошибках, зафиксированы в ряде кодексов, рассматривающих морально-нравственные аспекты профессионального поведения медиков. В кодексе этики Американского колледжа врачей говорится: "...пациентам следует сообщать информацию об ошибках, произошедших в ходе лечения, если эти ошибки повлекли за собой причинение вреда их здоровью. Ошибка не обязательно является результатом непрофессионализма или неэтичного поведения, но сокрытие ошибки от пациента, безусловно, является таким поступком" [17].

Кодекс этики Канадской медицинской ассоциации оговаривает вопрос признания следующим образом: "...следует принимать все необходимые меры для предотвращения причинения вреда здоровью пациентов, в случае же возникновения неблагоприятного события о нем необходимо сообщить пациенту или его представителям" [18].

"Принципы медицинской этики" Американской медицинской ассоциации утверждают, что "...врач обязан соответствовать высоким морально-нравственным нормам медицинской профессии, быть честным в отношениях с коллегами и пациентами, предавать гласности отклонения от стандартов оказания медицинской помощи" [19].

"Кодекс врачебной этики", принятый в Республике Беларусь, не содержит отдельных положений, рассматривающих вопросы раскрытия медицинских ошибок. Тем не менее, высокие морально-нравственные ориентиры, установленные данным документом, позволяют считать, что врач Республики Беларусь, ставящий благополучие пациента выше личных или корпоративных интересов, обязан рассматривать признание в ошибке как исполнение своего профессионального долга.

Исследователи проблем медицинской этики не оставили без внимания и такой непростой вопрос, как раскрытие ошибки, совершенной другим медицинским работником. Большинство авторов придерживается мнения о том, что содействие в раскрытии ошибки и помощь в минимизации ее последствий являются профессиональным долгом врача, ставшего свидетелем неблагоприятного события. В ситуациях, когда совершивший ошибку врач скрывает причину инцидента, его коллега обязан приложить все возможные усилия к убеждению товарища раскрыть ошибку. Безуспешность предпринятых попыток дает коллеге право на из-

вещение об инциденте своего непосредственного руководителя или лиц, ответственных за управление качеством медицинской помощи [20–21].

Необходимо отметить, что осуществление этих принципов на практике пока еще не стало распространенным явлением: в медицинской среде, имеющей сильные корпоративные связи и культивирующей дух солидарности, далеко не всегда устанавливается доброжелательное отношение к человеку, предавшему огласке чужую ошибку [22]. Причиной такого отношения является традиционное восприятие ошибок как личных неудач, а не как следствий системных недостатков в организации медицинской помощи. "Культура безопасности", напротив, предотвращает возникновение конфликтов на почве раскрытия ошибок, поскольку в атмосфере их свободного обсуждения становится не важно, кто именно сообщил о неблагоприятном событии.

Этические аспекты раскрытия ошибок довольно часто бывают связаны с вопросами иерархической субординации в среде медицинских работников. Наиболее острые противоречия по поводу признания в ошибках возникают, как правило, между средними медицинскими работниками и врачами. Вообще, участие медицинских сестер в процессах обеспечения безопасности пациентов довольно велико: с одной стороны, они чаще других медицинских работников совершают технические и административные ошибки, но, с другой, они же чаще всего их и обнаруживают. Исследователи проблем медицинской этики учитывают эти особенности и считают, что медицинская сестра, совершившая ошибку, обязана незамедлительно сообщить об этом лечащему врачу. Абсолютная необходимость такого признания обусловлена не только соблюдением морально-нравственных аспектов, но и важностью своевременного информирования врача для внесения коррективов в план лечения.

Самой же медицинской сестре не обязательно сообщать пациенту о своей ошибке, поскольку, по мнению большинства авторов, предпочтительнее, чтобы признание было озвучено врачом, который может ответить на вопросы пациента о влиянии ошибки на состояние здоровья, а также о том, какие меры планируется предпринять для устранения неблагоприятных последствий. В ситуации, когда медицинская сестра обнаруживает ошибку, совершенную врачом, она обязана сообщить об этом ее непосредственному исполнителю. Ответственность за дальнейшие действия лежит на враче, и если он не решится признаться в ошибке, медицинская сестра не может считаться причастной к ее сокрытию [23].

### Правовые аспекты раскрытия ошибок

С юридической точки зрения, необходимость сообщений об ошибках, возникающих при оказании медицинской помощи, обусловлена законодательными требованиями об информировании пациента о состоянии его здоровья, методах лечения и прогнозе развития заболевания. В настоящее время право пациента на получение информации закреплено практически во всех странах мира и изложено в законах о здравоохранении или в законах о правах пациента. Согласие на медицинское вмешательство, которое также получило законодательное утверждение, предусматривает исчерпывающее информирование пациента о поводах к проведению вмешательства. Таким образом, в случае совершения ошибки, признание в ней необходимо для своевременного информирования пациента об изменении его состояния и получения согласия на дальнейшее лечение.

Необходимо отметить, что многими международными документами, такими как "Декларация о развитии прав пациентов в Европе" (ВОЗ, 1994), "Конвенция о защите прав человека при проведении биомедицинских исследований" (Совет Европы, 1999), "Европейская хартия прав пациентов" (Европейская гражданская инициатива, 2002), право на информацию рассматривается в качестве основополагающего принципа, определяющего целостность и легитимность взаимоотношений "врач–пациент".

Закон Республики Беларусь "О здравоохранении" утверждает право пациента на информацию (статья 41 "Права пациентов": "...пациент имеет право на: ...получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи... ) и согласие на медицинское вмешательство (статья 44 "Условия оказания медицинской помощи пациенту": "...необходимым условием оказания медицинской помощи пациенту является наличие предварительного согласия совершеннолетнего пациента... или лиц... ознакомленных с целью медицинского вмешательства, прогнозируемыми результатами и возможными рисками) [24]. Из содержания данных статей видно, что эти требования вполне применимы к ситуациям оказания медицинской помощи пациентам, пострадавшим от последствий неблагоприятных событий.

В зарубежном медицинском праве не так давно появилась тенденция принятия отдельных законодательных актов, направленных на раскрытие медицинских ошибок. В США сначала на уровне отдельных штатов, а потом и на национальном уровне введены в действие законы, согласно ко-



торым на администрацию организации здравоохранения налагается обязанность в течение семи дней письменно (Пенсильвания) или устно (Флорида, Невада) известить пациента о причинах возникновения неблагоприятного события [25–28]. Закон "О безопасности пациентов" Дании обязывает медицинских работников раскрывать ошибки и их последствия в случаях причинения вреда здоровью пациентов [29].

Прогрессивное значение этих юридических документов состоит не только в том, что они акцентируют внимание на признании ошибок и отдельно оговаривают обязанности медицинских работников по их раскрытию, но и наделяют медиков, сообщаящих об ошибках, своеобразным "иммунитетом" от некоторых негативных правовых последствий – врач или медсестра, сообщившие об ошибке через систему отчетности, освобождаются от дисциплинарной ответственности за ее совершение. Следует отметить, что "иммунитет" не распространяется на случаи умышленного причинения вреда, халатности или небрежности.

Кроме того, положения данных законов защищают выражение сочувствия и принесение извинений от использования их в суде в качестве доказательств вины медицинского работника. Благодаря этой законодательной защите врачи и медицинские сестры могут проявлять свою искренность, не опасаясь негативных правовых последствий. На сегодняшний день срок действия этих законов относительно небольшой – в США они работают с 2002, в Европе с 2003 года, поэтому пока что рано подводить итоги и оценивать эффективность этих нововведений. Вместе с тем, очевидно, что принятие специальных законов о признании ошибок демонстрирует определенный прогресс на пути к более открытым взаимоотношениям "врач–пациент" и укреплению в медицинской среде "культуры безопасности".

#### **Методические аспекты раскрытия ошибок**

Этические императивы и юридические требования к раскрытию ошибок находят свое отражение в ведомственных нормативных актах и руководствах по наилучшей практике, направленных на совершенствование процессов управления качеством медицинской помощи. Объединенная комиссия по аккредитации организаций здравоохранения США в 2001 году ввела в действие официальный стандарт по уведомлению пациента или его представителей об имевшей место медицинской ошибке и ее последствиях [30]. Аналогичные стандарты появились в Австралии в 2003 и в Великобритании в 2005 году [31–32]. Поскольку за невыполнение требований этих стандартов пред-

усмотрена серьезная ответственность (вплоть до отзыва лицензии на занятие медицинской деятельностью), вопросы раскрытия ошибок начали усиленно прорабатываться менеджерами здравоохранения. Координацию деятельности по обеспечению единообразия в подходах к сообщению пациентам о неблагоприятных событиях взяли на себя национальные агентства по безопасности пациентов, которыми за короткий срок были разработаны руководства и инструкции по раскрытию ошибок, а также созданы специальные обучающие программы для выработки соответствующих навыков у медицинского персонала [33–34].

Раскрытие ошибки – сложный и психологически трудный процесс, результат которого в значительной степени зависит от того, насколько действия признающегося в ошибке соответствуют общепризнанным представлениям о путях разрешения конфликтов между потерпевшим и причинителем вреда. Культурные традиции христианской цивилизации предусматривают прохождение трех стадий "искупления вины": признание в совершении неправомерного деяния и причинении вреда; раскаяние, сопровождающееся принесением извинений и готовностью возместить ущерб; прощение, наступающее после адекватной компенсации морального и материального вреда. В принципе, авторы руководств по раскрытию медицинских ошибок придерживаются подобной схемы, состоящей из нескольких взаимосвязанных компонентов.

Раскрытие начинается с признания ошибки и подтверждения врачом неудачи в достижении намеченной цели или в выборе методов лечения или диагностики. Важна не только форма, но и содержание этого сообщения – ситуация должна быть изложена четко, ясно и в объеме, достаточном для понимания пациентом произошедшего события. Вместе с тем, медики обычно описывают ситуацию в общих чертах, избегая конкретных оценок и используя предельно нейтральные формулировки [35, 36]. Отмечается, что подобная завуалированная манера изложения вызывает у пациентов беспокойство, чувство недосказанности и неудовлетворенности от беседы с врачом. Как правило, пострадавшие пациенты ждут от медиков представления как можно большего объема информации о случившемся событии и в случае неполноты сообщенных сведений склонны принимать решение о прекращении переговоров и передаче дела в суд [37–39].

Необходимо помнить, что для благоприятного разрешения ситуации большое значение имеет своевременность сообщения об ошибке. Пациент

по изменению своего состояния или по поведению медицинских работников видит, что что-то случилось, и чем дольше ему не объясняют, в чем дело, тем больше он начинает беспокоиться. Поэтому рекомендуется своевременно сообщить пациенту обо всех обстоятельствах и участниках произошедшего события, по возможности четко и ясно поясняя обстоятельства инцидента.

Непосредственное участие медицинского работника, совершившего ошибку, на первом этапе раскрытия не всегда оправданно. Поскольку контакт с лицом, ассоциирующимся у пациента с причинением вреда, может спровоцировать у него взрыв сильных эмоций, предпочтительно, чтобы миссию сообщения об ошибке взял на себя представитель администрации или старший коллега. Следует помнить о том, что сообщаящий об ошибке врач должен владеть всей полнотой информации о состоянии здоровья пациента, характере изменений, вызванных неблагоприятным событием, о принятых мерах по минимизации его последствий и о прогнозе развития болезненного процесса.

Причины возникновения ошибки раскрываются в следующей части признания. Вполне возможно, что к началу разговора обстановка еще не будет разъяснена окончательно, поэтому допустимо информирование пациента о предпринимаемых мерах по выяснению причин произошедшего события, с уведомлением его о результатах расследования, когда оно будет закончено. Объяснения о причинах возникновения ошибки должны быть поданы в форме, исключающей двусмысленность или иное толкование. Необходимо учитывать, что мышление пострадавшего человека обычно соотносит причинение вреда с личностью обидчика, тогда как совершивший ошибку, напротив, считает определяющим в наступлении неблагоприятного события действие каких-либо внешних факторов.

Различные формы объяснения могут смягчить последствия ошибки и успокоить пациента ("... в это время врач оказывал помощь другому, более тяжелому пациенту"), а могут усугубить конфликт ("... врач отсутствовал по неизвестным причинам"). Не рекомендуется затягивать момент признания и ждать инициации беседы со стороны пациента, лучше заранее обдумать моменты, волнующие пациента, и изложить их в максимально понятной и удобной для восприятия собеседника форме.

Выражение сочувствия, сожаления о случившемся и принесение искренних извинений в совершении ошибки происходят на следующем эта-

пе признания. Цель этих действий – восстановить доверие пациента к лечащему врачу, а также ко всей системе оказания медицинской помощи, поскольку пациенту необходимо продолжать лечение, а это возможно только в условиях терапевтического сотрудничества. Кроме того, нельзя недооценивать важность такого разговора для врача – после него он освобождается от чувства вины перед пациентом, облегчается бремя переживаний, возвращается к психологическому равновесию и способности нормально выполнять свои профессиональные обязанности. Необходимо отметить, что принесение извинений должно быть действительно искренним, отражающим истинные чувства врача и передающим страдание к пациенту. Неискренние извинения воспринимаются пациентом как неуважение к его страданиям, и в некоторых случаях эффект от таких признаний бывает даже хуже, чем от раскрытия ошибки [40].

Вопрос о том, какими именно словами врачу следует выражать свое сочувствие и приносить извинения пациенту, до сих пор остается открытым. Часть исследователей и авторов руководств по признанию ошибок выступают за чистосердечное признание вины: "... я совершил ошибку и прошу у Вас прощения за причиненные страдания". Сторонники "полного признания" считают, что пациенты ценят честность и открытость медиков, их искренность, сопереживание и сочувствие, поэтому результатом признания, отвечающего представлениям пациентов, обычно ставится восстановление доверия к медикам и прекращение конфликта.

Опыт некоторых организаций здравоохранения, внедривших в практику стратегии "полного признания" ошибок, свидетельствует о значительном уменьшении количества жалоб и судебных исков, а также о существенном снижении сумм выплат по делам, которые все-таки рассматриваются в судебном порядке [41–43]. В результате достижения договоренностей по вопросам компенсации ущерба здоровью пациентов этим организациям здравоохранения удается сохранять немалые финансовые средства и направлять их на развитие программ укрепления безопасности медицинской помощи.

Тем не менее, в научной литературе высказываются мнения о том, что "полное признание" создает для врача высокий риск наступления правовых последствий из-за несовершенства юридических механизмов регулирования медицинских взаимоотношений [44–47]. Законодательное утверждение "иммунитета" для признания ошибки про-

изошло только в США и некоторых странах Европы, в остальных же государствах признание и раскаяние в медицинской ошибке приравнивается к полному признанию вины и ложится в основу вынесения приговора по судебному делу. Исследователи проблем медицинского права в целом неоднозначно оценивают призыв к полному сообщению пациентам обо всех деталях произошедших инцидентов и рекомендуют продолжить исследования по изучению последствий раскрытия ошибок.

В заключительной части переговоров с пациентом затрагиваются вопросы компенсации причиненного вреда, обсуждаются предложения по возмещению ущерба, а также меры по предотвращению подобных неблагоприятных событий в будущем. Для пациента очень важно ощутить себя полноценным участником переговорного процесса и почувствовать влияние собственного мнения на принятие итогового решения. Как у многих людей, перенесших сильные потрясения и тяжелые стрессовые ситуации, у пациентов, ставших жертвами ошибки, физические и эмоциональные последствия неблагоприятных событий нередко начинают определять образ мыслей и приводить к изменению личностных установок и мотиваций. В связи с этим, предложения о компенсации ущерба должны соответствовать характеру причиненного вреда и быть адекватны значимости неблагоприятного события для пациента. Разговор о планируемых мероприятиях по устранению недостатков, приведших к возникновению ошибки, позволяет пациенту осознать, что его страдания были не напрасными и что благодаря его участию в беседах с врачом другие люди смогут избежать подобной ситуации.

Следует подчеркнуть, что на всех этапах признания недопустимо игнорирование пациента, оставление его без внимания, выставление счетов об оплате услуг до момента разрешения спорных вопросов, не говоря уже о невежливом и некорректном тоне общения с пациентом или с его родственниками. Исследования, проводившиеся для установления причинной связи между возникновением ошибок и подачей исков в суд, показывают, что, наряду с тяжестью произошедшего события, определяющее значение для пациента имеет поведение медиков после совершения ими ошибок. Не признаваясь в ошибках, не принося извинений за причинение вреда, не предлагая компенсировать ущерб, невежливо общаясь с пациентами, медики значительно повышают вероятность появления судебных ис-

ков, высоких штрафов и суровых дисциплинарных взысканий [48–51].

К сожалению, наличие причинной связи между непризнанием медиками своих ошибок и высоким количеством судебных исков отчетливо прослеживается и в здравоохранении Республики Беларусь. Большая часть судебно-медицинских экспертиз, проводимых по материалам "врачебных дел", содержит сведения о грубых нарушениях медиками требований этики и деонтологии, в том числе и после совершения ошибок. Значительная часть этих нарушений напрямую связана с принятием пациентами решений об обращении в правоохранительные органы [52]. Пациенты указывают, что сведения об ошибках в процессе оказания помощи они узнают случайно, причем не от врачей, а от медсестер, из справок, эпикризов, комментариев других специалистов. Пациенты пишут, что они вынуждены буквально добиваться предоставления информации о причинах произошедшего, писать письма, звонить, ходить на прием к руководству.

Конфликтные ситуации, возникающие по поводу непризнания ошибок, переносятся пациентами особенно тяжело – по их мнению, они страдают дважды: в первый раз от ошибки медика, во второй раз от отказа признать ее и принести извинения. В своих заявлениях пациенты подчеркивают, что в случае своевременного и чистосердечного признания в ошибке они бы отказались от жалоб в судебные инстанции и согласились бы на предложенную компенсацию причиненного вреда.

#### **Организационно-практические аспекты раскрытия ошибок**

Раскрытие медицинских ошибок – сложный и трудоемкий процесс, для правильной организации которого необходимо учитывать как внешние аспекты ситуации, так и внутренние факторы, связанные с непосредственными участниками конкретного инцидента. Внешние аспекты определяются сочетанием этических, правовых, методологических требований к признанию ошибок, а внутренние зависят от условий, в которых происходит процесс признания. Эти условия в каждом случае носят индивидуальный характер, но их рамки и общие очертания могут регулироваться определенными организационными механизмами.

Для оптимальной организации процессов признания ошибок необходимо решение следующих задач: обеспечить наличие у медиков навыков ведения сложных переговоров; усовершенствовать координацию действий участников процесса раскрытия; усилить контроль за безусловным выполнением персоналом этических норм и соблю-

дением требований к качеству медицинской помощи.

Врачи, которым часто приходится сообщать пациентам или их родственникам плохие известия о течении либо прогнозе болезни, нередко проявляют себя не лучшим образом, когда дело касается обсуждения их собственных ошибок. Обычно ведущая роль в разговоре с пациентом принадлежит врачу, поэтому медики не привыкли ощущать себя участниками диалога. В ситуации с раскрытием ошибки такая позиция может привести к прямо противоположному результату – если пациенту не удастся высказать свою точку зрения, конфликт может разгореться с новой силой. Умение выслушать пациента является необходимым условием не только для установления психологического контакта с собеседником, но и для получения информации об угрозах безопасности медицинской помощи, которые могут быть идентифицированы во время разговора.

Исследователи считают, что следует уделить серьезное внимание обучению медиков навыкам сообщений пациентам об ошибках [53]. Вместе с тем, медики не настолько часто ошибаются, чтобы испытывать необходимость в постоянном применении этих навыков на практике. Целесообразно знакомить персонал с общими принципами раскрытия ошибок, а основной упор в подготовке специалистов по ведению переговоров делать на сотрудников, уже владеющих навыками решения конфликтных ситуаций. Такие специалисты в дальнейшем могут выполнять миссию консультантов или контактных лиц при возникновении неблагоприятных событий.

Заслуживает внимания рекомендация о создании в каждой организации здравоохранения постоянной экспертной группы по обеспечению безопасности пациентов, в чьи обязанности входило бы расследование причин неблагоприятных событий, поддержка процессов раскрытия ошибок пострадавшим пациентам и ведение переговоров по вопросам компенсации причиненного вреда [54–55]. В состав экспертных групп должны входить представители администрации, наиболее авторитетные и опытные врачи, сотрудники, ответственные за управление качеством медицинской помощи, консультанты, владеющие навыками ведения переговоров, контактные лица, к которым следует обращаться сразу же после возникновения неблагоприятного события.

Поскольку проблемы безопасности медицинской помощи весьма актуальны и для отечественного здравоохранения, создание таких экспертных

групп могло бы существенно ускорить процесс укрепления безопасности пациентов в Республике Беларусь. Тем более, что для этого уже имеются необходимые условия: в организациях здравоохранения работают комиссии по этике и оказывают помощь специалисты-психологи. Комиссии по этике обладают потенциалом для расследования неблагоприятных событий и принятия мер реагирования по профилактике подобных инцидентов, а также для организации процессов раскрытия ошибок. Помощь специалистов-психологов могла бы заключаться в оценке эмоционального состояния пациента, подготовке его к сообщению об ошибке, участии в процессе признания, минимизации неблагоприятных последствий этого сообщения для пациента.

Преимуществом экспертной группы является мобильность и способность одновременного выполнения нескольких функций. Сразу же после получения сигнала о возникновении неблагоприятного события часть экспертов может начинать заниматься расследованием причин и обстоятельств инцидента, в то время как другие эксперты приступают к выяснению сведений о состоянии здоровья пациента и готовятся к сообщению об ошибке. В функцию экспертной группы входит поддержание обратной связи с пациентом, которое заключается в сообщении ему новостей по расследованию инцидента, предоставлении ответов на все возникающие у него вопросы, установлении удобного для пациента графика встреч, обсуждении дальнейших мероприятий по реабилитации и урегулированию вопросов компенсации ущерба.

Таким образом, проблема раскрытия медицинских ошибок и неблагоприятных событий, волнующая пациентов и медиков по всему миру, актуальна и для отечественного здравоохранения. Приведенные сведения об этических, правовых, методических и организационных аспектах признания позволяют сделать вывод о многогранности и комплексном характере этого явления. Ошибки и неблагоприятные события в медицине продолжают оставаться "закрытой" темой, и их раскрытие невозможно без фундаментальных изменений в отношении к ошибающимся медикам, а также без создания условий, позволяющих открыто обсуждать неблагоприятные события. Только через дальнейшее изучение этой проблемы, поиск перспективных решений и адаптацию передового опыта можно достичь укрепления безопасности медицинской помощи и снижения рисков причинения вреда здоровью пациентов.



ЛИТЕРАТУРА

1. 10 facts about patient safety // World Health Organization web-site: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/en/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/index.html)
2. National Patient Safety Foundation. Public Opinion of Patient Safety Issues. Research findings. – Washington, DC: National Patient Safety Foundation, 1997.
3. Medical mistakes and dubious diagnoses: patients' experiences – population poll. – Фонд "Общественное мнение", 01.02.2007.
4. Commonwealth Fund. International Health Policy Survey. Taking The Pulse Of Health Care: Systems Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries. – New York: Commonwealth Fund, 2005.
5. Forsa-Institut. Behandlungsfehler. Repräsentative Befragung für die Techniker Krankenkasse. – Berlin: Techniker Krankenkasse, 2002.
6. Kaldjan L., et al. Reporting medical errors to improve patient safety. A survey of physicians in teaching hospitals // Arch Intern Med. – 2008. – V.16. – P.40–46.
7. Wu A.W., Folkman S., McPhee S.J., Lo B. Do house officers learn from their mistakes? // JAMA. – 1991. – V.265. – P.2089–2094.
8. Blendon R.J., Des Roches C.M., Brodie M., et al. Patient safety: views of practicing physicians and the public on medical errors // N. Engl. J. Med. – 2002. – V.347. – P.1933–1940.
9. Vincent J.L. Information in the ICU: are we being honest with patients? The results of a European questionnaire // Intensive Care Med. – 1998. – V.24. – P.1251–1256.
10. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M. To err is human: Building a safer health system. – Washington (DC): National Academy Press, 1999.
11. Leape L. Error in medicine // JAMA. – 1994. – V.272. – P.1851–1857.
12. Leape L. Reporting of adverse events // N. Engl. J. Med. – 2002. – V.347. – P.1633–1638.
13. Billings C. Some concerns regarding medical event-reporting systems // Arch Path Lab Med. – 1998. – V.122. – P.214–215.
14. Gallagher T.H., Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action // Arch Intern Med. – 2005. – V.165. – P.1819–1824.
15. Wu A.W., Cavanaugh T.A., McPhee S.J., Lo B., Micco G.P. To tell the truth: ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients // J. Gen. Intern. Med. – 1997. – V.12. – P.770–775.
16. Lamb R.M., Studdert D.M., Bohmer R.M., Berwick D.M., Brennan T.A. Hospital disclosure practices: results of a national survey // Health Aff. (Millwood). – 2003. – V.22. – P.73–83.
17. Snyder L., Leffler C. Ethics Manual, 5th ed. // Ann Intern Med. – 2005. – V.142. – P.560–582.
18. Canadian Medical Association. Code of ethics. – Ottawa: The Association; 2004.
19. American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics: current opinions with annotations. "E–8.12: Patient Information". – Chicago, IL, American Medical Association, 2004.
20. Grunwald H.W., Howard D.S., McCabe M.S., et al. Disclosing a Colleague's Error // Journal of Oncology Practice. – 2003. – V.3. – P.158–160.
21. Rosner F., Berger J.T., Kark P., et al. Disclosure and Prevention of Medical Errors // Arch. Intern. Med. – 2000. – V.160. – P.2089–2092.
22. Goldie J., Schwartz L., McConnachie A., Morrison J. Students' attitudes and potential behavior with regard to whistle blowing as they pass through a modern medical curriculum // Med. Educ. – 2003. – V.37. – P.368–375.
23. Hebert P.C., Levin A.V., Robertson G. Disclosure of medical error // CMAJ. – 2001. – V.164. – P.509–513.
24. Закон Республики Беларусь "О здравоохранении" в редакции от 20 июня 2008 г. // Национальный реестр правовых актов. – 2008. – №159. – 2/1460.
25. Pennsylvania Medical Care Availability and Reduction of Error Act (2002), Act 13, Sec. 302.
26. Nevada Revised Statutes title 40, sec. 439.835 (2003).
27. Florida Revised Statutes title 29, sec. 395.1051 (2003).
28. The National Medical Error Disclosure and Compensation Act, Senate bill 1784, 109th Cong, 1st Sess. (2005).
29. Act on Patient Safety in the Danish Health Care System – ACT No.429 of 10.06.2003.
30. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Revisions to Joint Commission Standards in Support of Patient Safety and Medical Health Care Error Reduction. – Galveston: University of Texas Medical Branch, 2001.
31. Australian Council on Safety and Quality in Health Care. Open disclosure standard: A national standard for open communication in public and private hospitals following an adverse event in healthcare. – Canberra: Commonwealth of Australia, 2003.
32. National Patient Safety Agency (UK). Safer practice notice: being open when patients are harmed. – London; 2005.
33. University of Pittsburgh Medical Center. Policy and procedure manual: guidelines for disclosure and discussion of conditions and events with patients, families and guardians // Kennedy Inst Ethics J. – 2001. – V.11. – P.165–168.
34. American Society for Healthcare Risk Management of the American Hospital Association: Disclosure of Unanticipated Events: The Next Step in Better Communication With Patients. – Chicago, IL: American Hospital Association, 2003.
35. Gallagher T.H., Garbutt J.M., Waterman A.D., et al. Choosing your words carefully: How physicians would disclose harmful medical errors to patients // Arch. Intern. Med. – 2006. – V.166. – P.1605–1611.

36. Chan D.K., Gallagher T.H., Reznick R., Levinson W. How surgeons disclose medical errors to patients: a study using standardized patients // *Surgery*. – 2005. – V.138. – P.851–858.
35. Hingorani M., Wong T., Vafidis G. Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey // *BMJ*. – 1999. – V.318. – P.640–641.
36. Witman A.B., Park D.M., Hardin S.B. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting // *Arch. Intern. Med.* – 1996. – V.156. – P.2565–2569.
37. Popp P.L. How will disclosure affect future litigation? // *J. Health Risk Manag.* – 2003. – V.23. – P.5–9.
38. Levinson W., Roter D.L., Mullooly J.P., Dull V.T., Frankel R.M. Physician–patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons // *JAMA*. – 1997. – V.277. – P.553–559.
39. Hobgood C., Tamayo–Sarver J.H., Elms A., Weiner B. Parental preferences for error disclosure, reporting, and legal action after medical error in the care of their children // *Pediatrics*. – 2005. – V.116. – P.1276–1286.
40. Berlin L. Will Saying "I'm Sorry" Prevent a Malpractice Lawsuit? // *Am. J. of Roentgenol.* – 2006. – V.187. – P.10–15.
41. Kraman S.S., Hamm G. Risk management. Extreme honesty may be the best policy // *Ann. Intern. Med.* – 1999. – V.131. – P.963–967.
42. Zimmerman R. Doctors' new tool to fight lawsuits: saying 'I'm sorry.' // *Wall Street Journal*. – 2004. – May 18.
43. Mazor K.M., Simon S.R., Yood R.A., et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors // *Ann. Intern. Med.* – 2004. – V.140. – P.409–418.
44. Kachalia A., Shojania K.G., Hofer T.P., Piotrowski M., Saint S. Does full disclosure of medical errors affect malpractice liability? The jury is still out // *Jt. Comm. J. Qual. Saf.* – 2003. – V.29. – P.503–511.
45. Studdert D.M., Mello M.M., Gawande A.A., Brennan T.A., Wang Y.C. Disclosure of medical injury to patients: an improbable risk management strategy // *Health Aff. (Millwood)*. – 2007. – V.26. – P.215–226.
46. Straumanis J.P. Disclosure of medical error: is it worth the risk? // *Pediatr. Crit. Care Med.* – 2007. – V.8. – P.38–43.
47. Wu A.W. Handling hospital errors: is disclosure the best defense? // *Ann. Intern. Med.* – 1999. – V.131. – P.970–972.
48. Beckman H.B., Markakis K.M., Suchman A.L., Frankel R.M. The doctor–patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions // *Arch. Intern. Med.* – 1994. – V.154. – P.1365–1370.
49. Vincent C., Young M., Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action // *Lancet*. – 1994. – V.343. – P.1609–1613.
50. Levinson W., Roter D.L., Mullooly J.P., et al. Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons // *JAMA*. – 1997. – V.277. – P.553–559.
51. Ambady N., Laplante D., Nguyen T., Rosenthal R., Chaumeton N., Levinson W. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history // *Surgery*. – 2002. – V.132. – P.5–9.
52. Гусаков, А.Ю. Дефекты медицинской помощи в организациях здравоохранения Республики Беларусь, выявленные при проведении судебно–медицинских экспертиз / А.Ю.Гусаков, В.Д.Пилипенко // *Здравоохранение* – 2009. – №3. – С.14–17.
53. Liebman C.B., Hyman C.S. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients // *Health Aff. (Millwood)*. – 2004. – V.23. – P.22–32.
54. Liang B.A. A system of medical error disclosure // *Qual. Saf. Health Care*. – 2002. – V.11. – P.64–68.
55. Mazor K.M., Simon S.R., Gurwitz J.H. Communicating with patients about medical errors: a review of the literature // *Arch. Intern. Med.* – 2004. – V.164. – P.1690–1697.

Поступила 08.04.2009 г.