
Организация здравоохранения

БЕЗОПАСНОСТЬ — ВАЖНЕЙШИЙ КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Кучеренко В.З.

ФГУ «НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением»

ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики

РЕЗЮМЕ На основании проведенного исследования по проблеме управления рисками в медицине определены основные направления системы безопасности пациентов, разработана классификация и дана развернутая характеристика рисков в здравоохранении. Уточнены причины врачебных ошибок на всех этапах диагностического процесса, предложена правовая оценка понятий «медицинский риск» и «медицинская безопасность».

Ключевые слова: медицинская безопасность, медицинские риски, врачебные ошибки.

Задачами организации лечебно-профилактической помощи населению являются: спасение и продление жизни человека, уменьшение или ликвидация объективных проявлений заболеваний, сокращение периода обострения, продление ремиссии, уменьшение страданий, связанных с болезнью, повышение качества жизни пациентов и т.д.

Для реализации перечисленных задач существует комплекс профилактических, диагностических, лечебных мер и медико-реабилитационных вмешательств, конечной целью которых является достижение определенного клинического эффекта. Это позитивная сторона лечебно-диагностического процесса на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах его организации, выражаемая числом больных с положительным исходом и пациентов, удовлетворенных оказанной им медицинской помощью.

При этом в здравоохранении существуют многочисленные медицинские, организационные, управленческие, психоэмоциональные (психогенные), экономические и другие риски, реализация которых может привести к

отрицательным последствиям медицинских и других вмешательств в виде осложнений разной степени тяжести и в конечном итоге — к несоответствию лечебно-диагностического процесса ожиданиям больного.

Проводимые на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава» исследования позволили предложить классификацию рисков в здравоохранении, включающую следующие пять групп:

- § социально-политические риски;
- § риски, связанные с управлением;
- § профессиональные (медицинские) риски;
- § риски, связанные с угрозой здоровью медицинских работников;
- § прочие риски.

Новизна и актуальность проблемы управления рисками определили необходимость подготовки не только специалистов в области анализа риска, управления риском и безопасностью, но и руководящих кадров по актуальнейшим

Kucherenko V.Z.

SAFETY AS THE MOST IMPORTANT CRITERION FOR MEDICAL CARE QUALITY

ABSTRACT Risks management problem in medicine is studied. Main directions of patients safety system are defined. Risks classification and risks characteristics in public health care are given. Causes of medical mistakes at all stages of diacritic process are verified. Lawful evaluation of «medical risk» and «medical safety» concepts is suggested.

Key words: medical safety, medical risks, medical mistakes.

вопросам теории и практики управления рисками, что чрезвычайно важно для системы отечественного здравоохранения на этапе его реформирования.

Особую значимость риск-менеджмент в здравоохранении имеет в системе управления качеством медицинской помощи, и в первую очередь — в предупреждении и сокращении медицинских дефектов и врачебных ошибок.

Учитывая многообразие профессиональных и морально-этических особенностей клинической деятельности врачей, а также крайнюю сложность, а порой ограниченность условий и возможностей при оказании медицинской помощи даже при самом добросовестном отношении врача к своим обязанностям, высоком уровне квалификации, риски возникновения ошибок в диагностике и лечении весьма вероятны. Вопрос заключается в тяжести последствий для пациента от допущенных ошибок и в возможностях контролирующих технологий активно их предупреждать.

Под *врачебной ошибкой* понимается добросовестное заблуждение врача в постановке диагноза, методике лечения, выполнении операции и т.д., возникшее вследствие объективных и субъективных причин — несовершенства медицинских знаний, техники, недостаточности знаний с малым опытом и стажем работы.

Врачебные ошибки в 80—85% случаев являются причинами осложнений заболеваний, зачастую приводящих к тяжелому клиническому, а иногда и летальному исходу. Кроме того, медицинские учреждения нередко несут значительные моральные и экономические убытки, поскольку большая часть врачебных ошибок является основанием для судебных разбирательств по искам пациентов или их родственников.

Работа по прогнозированию риска врачебных ошибок и их предотвращению должна быть приоритетом в управлении качеством медицинской помощи и обеспечении безопасности пациентов.

Проблема обеспечения безопасности пациентов требует планомерного системного подхода, реализация которого существенно затруднена из-за отсутствия общепринятых определений таких понятий, как безопасность пациентов, врачебная ошибка, несчастный случай в медицине и др. Отсутствует также унифицированная классификация неблаго-

приятных последствий медицинских вмешательств и их основных причин.

Главной целью системы обеспечения безопасности пациентов в лечебно-профилактическом учреждении является предупреждение и снижение числа негативных последствий лечебно-диагностического процесса.

Основные направления системы обеспечения безопасности пациентов в зависимости от точки приложения медицинского воздействия включают профилактику: отрицательных последствий медицинских вмешательств; дефектов организации работы медицинского персонала; осложнений, связанных с поведением пациента.

Базовой технологией, обеспечивающей приоритетное использование медицинских вмешательств с максимальным клиническим эффектом и минимальным риском для больного, является доказательная медицинская практика. Она опирается исключительно на те методы в диагностике и лечении, эффективность которых доказана в научных исследованиях высокого методологического уровня (рандомизированные клинические испытания, одномоментные и когортные исследования, метаанализы, систематические обзоры).

В соответствии с предложенной нами классификацией рисков в здравоохранении рассмотрим проблемы безопасности пациентов при наиболее часто встречающихся ситуациях в медицинской практике. Врачебные ошибки могут быть допущены на всех этапах взаимоотношений с пациентом. В вышеприведенной классификации группа профессиональных (медицинских) рисков включает: *диагностические, лечебные, медикаментозные (фармакотерапевтические), профилактические, инфекционные, психогенные (психоэмоциональные) и другие.*

Наибольшие опасности таятся в ошибках диагностики (*диагностические риски*).

Чаще всего ошибки совершаются *на первом этапе* постановки диагноза, и их причинами являются:

- неспособность врача распознать ведущую жалобу и истинную цель обращения пациента за медицинской помощью;
- неумение определить причины выявленных симптомов и жалоб;
- неумение критически оценить полученные от пациента сведения, выявить основные из них;

Û недооценка информации о пациенте со стороны его родственников и знакомых.

На втором этапе — при постановке предварительного диагноза — наиболее часто ошибки совершаются по следующим причинам:

- Û неполная и нетипичная клиническая картина;
- Û встреча со случаями казуистики;
- Û сокрытие пациентом наличия у него той или иной симптоматики.

Третьим этапом диагностики является дифференциальный диагноз, где врачебные ошибки могут возникнуть при наличии:

- Û симптомов или синдромов, симулирующих другие заболевания;
- Û атипичных симптомов часто встречающихся заболеваний;
- Û симптоматики заболеваний, встречающихся как казуистика;
- Û проявлений симптомов нескольких заболеваний.

Ошибки, допущенные врачом при постановке предварительного диагноза, значительно затрудняют постановку правильного клинического диагноза, усиливая тем самым заблуждение врача.

Среди опытных врачей бытует мнение: если диагноз сформулирован правильно, то последующее лечение больного является, в основном, лишь соблюдением общепринятых методик и технологий. Это глубоко ошибочное представление, поскольку выбор технологий, определение тактики лечения является сложным и динамичным процессом.

Ошибки в лечении чаще совершаются молодыми врачами, которые бывают недостаточно подготовлены в вопросах выбора технологий, логического перехода процесса лечения при одном состоянии тяжести заболевания к другому.

Основными рисками ошибок в процессе лечения являются:

- Û недостаточный уровень знаний в области клинического прогнозирования;
- Û неумение провести анализ и оценить эффективность разных технологий;
- Û недооценка риска возможных побочных эффектов и осложнений;
- Û неправильный выбор тактики;
- Û неумение провести анализ промежуточных и конечных результатов.

Лечебные риски включают весьма широкий перечень возможных осложнений при различных медицинских вмешательствах. Наиболее актуальными являются: хирургические, анестезиологические, фармакотерапевтические (медикаментозные) риски, риски, связанные с переливанием крови и др.

Наиболее тяжелые осложнения имеют место в хирургической практике при неоправданно широких операциях, случайных повреждениях органов (например, повреждение мочеточника при гинекологических операциях), необоснованно расширенных показаниях к операциям, после которых могут развиваться «вторые» болезни (например, спаечная болезнь, демпинг-синдром, нарушение углеводного обмена и др.). Нередко возникают осложнения при длительной катетеризации крупных венозных стволов, полостей правого сердца и др.

Как это ни парадоксально, во всей истории хирургии имело и имеет место ошибочное оставление в брюшной полости и области малого таза инородных тел во время оперативных вмешательств.

Чреваты тяжелыми осложнениями вмешательства, связанные с анальгезией и наркозом, реанимационными пособиями. Как известно, 68% осложнений общей анестезии обусловлены ошибочными действиями медицинского персонала.

К сложным нарушениям обмена могут привести парентеральное питание и гемодиализ.

Один укол нестерильной иглой шприца, ранее использованной для инъекции инфицированному пациенту, сопряжен с риском передачи гепатитов В, С и ВИЧ-инфекции. Особую группу риска составляют пациенты, которым проводятся гемотрансфузии. Переливание крови сопряжено с потенциальной опасностью развития ряда тяжелых осложнений, в том числе и гемоинфекций. Пандемия ВИЧ/СПИДа вызвала особо пристальное внимание к профилактике инфицирования при переливании крови.

Медикаментозные (фармакотерапевтические) риски в большей или меньшей степени присутствуют практически в каждом случае назначения лекарственной терапии.

Согласно определению ВОЗ, побочное действие лекарственных средств — это вредные, нежелательные эффекты, которые возникают при использовании доз лекарственных средств, рекомендованных для профилактики

и лечения заболеваний, а некоторые современные высокоэффективные препараты у отдельных больных способны вызвать скрытые или явные повреждения организма.

Реальными факторами снижения частоты развития, а также профилактики осложнений лекарственной терапии являются уточнение диагноза и адекватная трактовка результатов клинико-лабораторных данных, по поводу которых предполагается назначение медикаментов, а также динамическое наблюдение пациентов в процессе лечения. Поэтому при назначении лекарственной терапии врач должен постоянно задаваться вопросом: «Необходим ли этот препарат больному в данное время?».

При этом не все вредные последствия лекарственной терапии нужно расценивать как осложнения, связанные с деятельностью медицинских работников. К ним не следует относить большинство случаев лекарственной аллергии, связанной с самолечением, отрицательное побочное действие препаратов, получившее название идиосинкразии, которая обусловлена индивидуальной непереносимостью вследствие генетически обусловленного дефекта — отсутствия или недостаточности того или иного фермента лекарственного метаболизма.

Профилактические риски связаны в первую очередь с проблемами вакцинации.

Для обеспечения максимально высокой безопасности пациентов при проведении вакцинопрофилактики необходимо соблюдать следующие основные правила:

- вакцинопрофилактика должна производиться только здоровым людям;
- сроки вакцинации следует подбирать индивидуально в соответствии с общим календарем прививок и с учетом конституции ребенка;
- при необходимости нужно проводить исследования иммунологического статуса пациента;
- необходимо использовать только утвержденные Министерством здравоохранения и социального развития РФ вакцины;
- при наличии противопоказаний для прививки необходимо решить вопрос о медицинском отводе вакцинирования (временно или постоянно);
- в период любых эпидемий вакцинопрофилактика не проводится;
- вопрос о вакцинировании ребенка в каждом конкретном случае индивидуально

должен решаться совместно врачом и родителями.

Инфекционные риски предполагают возникновение инфекции у пациентов, госпитализированных в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) по поводу любого соматического заболевания. Такие инфекции называют «нозокомиальными», или (как правило) «внутрибольничными».

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) определяются как инфекции, развивающиеся у пациента стационара или любого другого медицинского учреждения и не присутствовавшие в проявленной или инкубационной форме на момент госпитализации. К ним же относятся также инфекции, приобретенные в стационаре, но проявившиеся только после выписки.

ВБИ — одно из наглядных проявлений достаточно часто происходящего нарушения безопасности пациента при оказании ему медицинской помощи по основному неинфекционному заболеванию. Они представляют собой не только одно из наиболее частых нарушений безопасности госпитализированных, но и важнейший индикатор качества медицинской помощи.

Конкретными причинами вспышек ВБИ являются грубые нарушения санитарно-противоэпидемического режима, перебои с подачей горячей и холодной воды, проведение ремонтных работ без закрытия стационарных отделений, несвоевременность изоляции заболевших и проведения противоэпидемических мероприятий, лечение пострадавших без консультации врача-инфекциониста, а также низкое качество текущей дезинфекции, предстерилизационной очистки, некачественная стерилизация медицинского инструментария и изделий медицинского назначения, а также использование нестерильного инструментария.

Характерной эпидемиологической особенностью ВБИ является многообразие источников, путей и факторов передачи возбудителя, возникновение их в различных типах ЛПУ.

Одним из приоритетов в проблеме профилактики ВБИ является обеспечение *безопасности донорской крови*. Известно, что через кровь могут передаваться различные инфекции: гепатиты В, С, D, ВИЧ-инфекция, сифилис, малярия, герпетическая инфекция и многие другие. Одним из мероприятий по обеспечению безопасности донорства является карантинизация крови.

Психогенные (психоэмоциональные) риски, как правило, выходят за рамки чисто медицинской деятельности и сопряжены с деонтологическими, этическими, экономическими, юридическими и другими проблемами. Эти аспекты психогенных рисков требуют особенно осторожного и мягкого решения у больных в безысходно тяжелом состоянии, нуждающихся в паллиативной помощи, и их родственников.

Психогенную безопасность целесообразно формировать в лечебно-профилактическом учреждении дифференцированно в возрастном и половом аспектах, начиная с дородового патронажа, периода новорожденности, раннего детства, подросткового и зрелого возраста. Но особенного внимания в части обеспечения медицинской безопасности требует геронтологический контингент.

В основе психогенной безопасности заложены нравственные нормы, несоблюдение которых, как и недостаточность знаний (умений), халатность — приводят к возникновению и реализации психогенных рисков. В таких ситуациях проблема заключается в основном в нарушении врачебной этики. Неосторожные высказывания или поступки врача либо другого медицинского работника отрицательно воздействуют на психику больного.

Такие случаи необходимо выявлять, анализировать и находить решения по их предупреждению и устранению.

Понятия «*медицинский риск*» и «*медицинская безопасность*» имеют, помимо клинического, и правовой аспект. Возникают вопросы: «Какую роль сыграл врач в реализации и развитии этих явлений? И должен ли он нести

ответственность за любые нежелательные последствия диагностики и лечения?».

С правовой точки зрения, вину на врача можно возложить только в том случае, если осложнения возникли в результате его небрежности, халатности при производстве диагностических процедур или назначении лечения. И в зависимости от степени установленной небрежности и характера последствий (осложнений) действия врача становятся наказуемыми в административном или уголовном порядке.

Вместе с тем, большинство осложнений диагностических манипуляций и лечебных процедур происходит по не зависящим от врача причинам. Они обусловлены их непредсказуемостью, заложенным в них риском применения. Не может быть твердой гарантии, что выполненная процедура или использованное лекарство не вызовут вредных для конкретного больного последствий, и ни индивидуальный, ни коллективный опыт и знания врача не могут предотвратить любого больного от непредвиденных осложнений. Поэтому если операция, диагностическое обследование или лекарственная терапия применялись по достаточным показаниям и соответствовали всем рекомендациям, то вины врача при возникновении осложнений нет.

Еще более сложен и дискуссионен вопрос о возникновении болезней или осложнений в результате «бездействия» врача. С патогенетической точки зрения, вины врача нет, а с правовой — она очевидна, так как это равносильно не оказанию помощи пострадавшему.

Итак, *безопасность* — фундаментальный принцип оказания медицинской помощи населению и приоритетный критерий обеспечения и оценки ее качества.

Поступила 02.10.2006 г.