

Авторы:

Баринев Евгений Христофорович — д-р мед. наук, проф. кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заслуженный работник науки и образования Российской академии естествознания;

Добровольская Надежда Евгеньевна — канд. мед. наук, доц. кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, юрист;

Михеева Наталья Александровна — канд. мед. наук, доц. кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России;

Ковалев Андрей Валентинович — д-р мед. наук, проф. кафедры судебной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного последипломного образования» Минздрава России, директор ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России, главный внештатный специалист по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России;

Поздеев Алексей Родионович — д-р мед. наук, проф. кафедры судебной медицины ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России;

Ромодановский Павел Олегович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, заслуженный врач РФ;

Черкалина Елена Николаевна — канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры судебной медицины и медицинского права ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, зав. отделением живых лиц ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России.

Рецензенты:

Ерофеев Сергей Владимирович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой судебной медицины и правоохранения ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный работник здравоохранения РФ;

Сундуков Дмитрий Вадимович — д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой судебной медицины ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России.

Н51 **Ненадлежащее оказание медицинской помощи. Судебно-медицинская экспертиза:** учебное пособие / под ред. П. О. Ромодановского, А. В. Ковалева, Е. Х. Баринова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 144 с.

ISBN 978-5-9704-4301-9

В учебном пособии на основе современных научных данных с учетом новых законодательных норм освещаются наиболее сложные вопросы судебно-медицинской экспертизы случаев ненадлежащего оказания медицинской помощи.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских вузов, клинических ординаторов, слушателей ФПО, врачей — судебно-медицинских экспертов, преподавателей медицинских и юридических вузов.

УДК 340.692:[347.56: 614.256](075.8)
ББК 67.531я73-1+67.401.124я73-1

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Коллектив авторов, 2017

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2018

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2018

ISBN 978-5-9704-4301-9

Список сокращений	5
Введение	6
Глава 1. Причины возникновения конфликтов в медицинской практике и пути их разрешения	9
Глава 2. Неблагоприятные исходы в медицинской практике	19
Глава 3. Вопросы административного контроля, правового регулирования и судебной практики, связанной с оказанием медицинской услуги	25
3.1. Проблемы административного контроля медицинской деятельности	25
3.2. Проблемы правового регулирования и качества медицинской помощи и медицинских услуг	29
3.3. Вопросы, связанные с юридической ответственностью за распространение информации, относящейся к врачебной тайне и персональным данным	36
Глава 4. Вопросы уголовной ответственности за преступления, связанные с нарушением медицинскими работниками профессионального долга	41
4.1. Общая характеристика преступлений в медицинской сфере	41
4.2. Причинение смерти по неосторожности (ч. 2 ст. 109 УК РФ) и причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности (ч. 2 ст. 118 УК РФ) вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей	47
4.3. Неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ), проблемы разграничения с составами преступлений, предусмотренных ч. 2 ст. 109, ч. 2 ст. 118, ст. 293 УК РФ	48
4.4. Заражение другого лица ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей (ч. 4 ст. 122 УК РФ)	51
4.5. Незаконное проведение искусственного прерывания беременности (ст. 123 УК РФ)	52
4.6. Незаконная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях (ст. 128 УК РФ)	58
4.7. Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности (ст. 235 УК РФ)	60

4.8. О разграничении уголовно-правовой и иных видов юридической ответственности за оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям безопасности	63
4.9. Нарушение санитарно-эпидемиологических правил (ст. 236 УК РФ)	67
4.10. Умышленные преступления, связанные с использованием и трансплантацией органов и тканей человека	68
4.11. Профессионально-должностные преступления медицинских работников	74
4.12. Обстоятельства, исключающие преступность деяния и уголовную ответственность	76
Глава 5. Гражданская и иные виды ответственности медицинских работников за нарушение прав граждан в области охраны здоровья. Обстоятельства, исключающие гражданскую ответственность	79
Глава 6. Предметная область судебно-медицинских экспертиз по гражданским делам о причинении вреда здоровью при оказании медицинских услуг	84
Глава 7. Судебно-медицинская экспертиза в случаях привлечения медицинских работников к уголовной и гражданской ответственности за профессиональные правонарушения	99
Глава 8. Порядок проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским делам, связанным с дефектами оказания медицинской помощи	110
Заклучение	116
Ситуационные задачи	122
Правильные ответы	125
Тестовые задания	128
Рекомендованная литература	131

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ГК РФ	— Гражданский кодекс Российской Федерации
КоАП РФ	— Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях
УК РФ	— Уголовный кодекс Российской Федерации
ФЗ	— федеральный закон

взаимоотношений между врачом и пациентом, медико-экспертной оценки деятельности медицинских работников, социологические аспекты конфликта.

Вместе с тем проведенные научные исследования не исчерпывают всего многообразия вопросов, связанных с оказанием специализированной помощи больным различного клинического профиля, не изучены и не систематизированы ошибки и упущения, допускаемые врачами на этапах диагностики и лечения, уровень их правовой грамотности и профессиональной подготовки, роль правильной организации порядка оказания медицинской помощи при разрешении возникших конфликтных ситуаций и многое другое.

Глава 1

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ И ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Проблема повышения качества и безопасности оказания медицинской помощи в современном российском обществе решается несколькими путями: реформированием медицинского образования с целью адаптации его к мировым стандартам, реформой экономики здравоохранения, реформой организации здравоохранения. Можно спорить о правомерности и эффективности мероприятий, предполагаемых этими реформами, но нельзя не обратить внимание на то, что они практически не затрагивают сферу межличностных отношений внутри самой медицины, в то время как именно здесь зарождаются конфликты и противоречия, приобретающие со временем характер социальных проблем. Внутренние противоречия медицинской деятельности опосредованно влияют на качество и безопасность оказания медицинской помощи, причем это влияние бывает столь значительным, что требуются социальные меры для решения проблем, выходящие далеко за рамки медицины. Характерным примером в этом отношении является ситуация, сложившаяся в отечественной стоматологии.

Медицинская деятельность характеризуется высоким уровнем профессиональных и этических рисков, поскольку связана с возможностью причинения вреда здоровью. Выполняя свои профессиональные обязанности, врачи действуют в состоянии риска, применяя высокие технологии, современные лекарственные средства, инновационные методы диагностики, лечения и профилактики.

Увеличение количества этических и юридических конфликтов связано с переходом отечественной стоматологии к рыночным отношениям. Необходимо отметить тот факт, что стоматологическая деятельность наиболее ярко отражает коммерческий подход в медицине. Именно в медицинской практике взаимоотношения пациентов и врачей имеют

более жесткую и детальную этическую и правовую регламентацию, чем раньше, однако суть этой регламентации далеко не всегда известна и понятна и пациентам, и врачам.

В медицине конфликты практически всегда переходят из сферы деловых отношений в сферу личностную. Пусковым моментом в развитии конфликта нередко служит отсутствие должного контакта с больным: чем глубже недоверие (имеющее разные основания) к врачу, тем чаще проявляются действия в виде сутяжничества или агрессии по отношению к медицинским работникам.

В этой ситуации механизмом профессиональной защиты врача выступает страхование профессиональных рисков (ответственности), так как этим обеспечивается защита медицинского работника от непредвиденных обстоятельств практической деятельности, всегда тающей в себе реальные опасности. Ведущую роль в реализации этого права должны сыграть профессиональные медицинские сообщества, иницируя работу по принятию нормативных документов о страховании профессиональной ответственности медицинских работников.

Следует отметить, что введение платных медицинских услуг в отечественной медицине напрямую способствовало изменению менталитета и врача, который в результате этого превратился в продавца своего лечения, и пациента, ставшего покупателем. Вышеизложенным и объясняется то, что конфликты, возникающие в отношениях врача—«продавца» и пациента—«покупателя», становятся все чаще и чаще, а сила их все более увеличивается.

Конфликты между врачом и пациентом остаются по-прежнему одной из самых сложных проблем в профессиональной деятельности врачей-стоматологов.

В ходе проведенных в г. Москве с 2006 по 2016 г. исследований причин возникновения конфликтов среди врачей-стоматологов и пациентов большинство специалистов в области стоматологии отмечали, что наиболее частой причиной развития конфликтов являются «необоснованные претензии пациентов» (26%).

При этом врачи-стоматологи сами отмечают, что главной причиной развития конфликта является недостаточное информирование пациентов при оказании медицинской стоматологической помощи. По мнению данных врачей-стоматологов, это связано не с низкой квалификацией врачей-стоматологов или некомпетентностью пациентов, а с отсутствием единой формы информированного согласия в стоматологических организациях Российской Федерации. Те же врачи-

стоматологи считают, что частой причиной дефектов оказания стоматологической помощи является нарушение концепции добровольного информированного согласия (29%). При определении инициаторов стоматологических конфликтов врачи отмечали, что именно взаимное «перекладывание вины» является главной причиной «неразрешимости» конфликтных ситуаций. Поэтому межличностные конфликты в стоматологической практике действительно существуют как проблема.

Следует отметить тот факт, что 38% врачей-стоматологов полагают, что инициаторами конфликтов являются не сами пациенты, а их родственники. При этом сами врачи-стоматологи не знают того, что нормативные документы ограничивают возможность родственников пациентов быть участниками отношений, возникающих при оказании медицинской помощи (недееспособность пациента, дети до 15 лет). Исходя из этого, родственники пациентов могут стать лишь косвенными участниками конфликтов, способных усугублять динамику его развития.

Однако юридическая и медицинская практика убедительно свидетельствует: чем выше этико-правовая культура врачей, тем неукоснительнее исполняются профессиональные обязанности, тем выше качество оказания медицинской помощи, что обеспечивает высокий уровень бесконфликтности профессиональной деятельности врачей. Разработка социальных методов разрешения межличностных конфликтов в профессиональной деятельности врачей-стоматологов, несомненно, может повысить не только качество и безопасность оказания медицинской помощи, обеспечивая ее бесконфликтность, но и улучшить уровень этико-правовой культуры врачей и пациентов, основываясь на особенностях нормативной регуляции медицинской деятельности.

К великому сожалению, современные медицинские работники не обладают достаточным уровнем этико-правовых знаний. Врачи плохо знают этические и правовые принципы своей деятельности, не умеют пользоваться правовыми механизмами обеспечения своей автономии. При этом нет существенной разницы между вчерашними выпускниками лечебных и стоматологических факультетов медицинских вузов или врачами, имеющими за плечами значительный опыт медицинской деятельности.

Проведенные исследования подтверждают тот факт, что медицинская деятельность характеризуется высоким уровнем профессиональных и этических рисков, поскольку всегда связана с возможностью причинения вреда здоровью пациента. Даже выполняя свои профессиональные обязанности надлежащим образом, врачи действуют в состоянии риска,

который обусловлен применением новейших диагностических и лечебных технологий, современных лекарственных средств.

Наиболее остро в медицинской деятельности стоит вопрос о причинах увеличения количества этико-правовых конфликтов. Изменения, происходящие сегодня в медицине, показывают, что нам необходимо контактировать и усиливать междисциплинарные связи с юристами, социологами, психологами и экономистами. Разработка смежных научных проблем, стоящих на стыке различных наук, в том числе медицины и медицинского права, представляется актуальной в научном и практическом направлении. Сегодня мы понимаем, что от того, как юристы и медики поймут друг друга, во многом зависит эффективность использования научных результатов на практике, их ценность и значимость для общества, касается ли это медицины или медицинской юриспруденции.

Конфликты — неисчерпаемый объект познания, о котором нельзя узнать абсолютно все. Сегодня можно говорить только о тех закономерностях, сторонах, характеристиках конфликтов, которые в состоянии исследовать наука на данном этапе своего развития.

Однако все конфликты, возникающие в практике врача, можно разделить на две группы.

В первую очередь следует отметить **конфликты, возникающие на почве отсутствия доверия к врачу.**

Эти конфликты возникают тогда, когда врач не способен создать доверие к себе и продаваемой им технологии или метода лечения. Это происходит из-за того, что врачи просто не способны понять существенной разницы между понятиями «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Заключается она в том, что медицинская помощь оказывается бесплатно и предполагает лишь качественное и безопасное выполнение врачом своих профессиональных обязанностей, определенных должностной инструкцией.

Когда же медицинская помощь становится платной, она становится услугой, и, следовательно, в ее реализации принимают участие продавец (врач) и покупатель (пациент). В термин «продаваемое лечение» включается технология, используемая врачом, мануальные навыки, знания и умения. Врач, становясь продавцом своего лечения, должен уметь представить его пациенту, то есть показать «товар лицом», обосновать выбор и план лечения, убедив пациента в его необходимости, создать позитивную мотивацию к комплексному лечению заболеваний.

К сожалению, далеко не всегда менталитет врача соответствует менталитету продавца. Зачастую врач не способен вызвать доверие у па-

циента, не в состоянии убедить его в необходимости осуществления предлагаемого плана лечения. Все вышеизложенное врач нередко скрывает за демонстративной мотивировкой ненужности общения с пациентом. При этом врач, в большинстве случаев рассчитывая на свой опыт, уверен в том, что без пациентов он не останется, так как «я хороший специалист, и все эти душевные беседы с пациентом совершенно ни к чему», «мне некогда этим заниматься, нужно работать», «уговаривать пациента и разбирать конфликты — дело администрации». Подобная позиция врача совершенно неприемлема в условиях рынка медицинских услуг и приводит либо к отсутствию пациентов, либо к частым конфликтам, которые реализуются в претензиях на качество лечения и в судебных исках.

Во вторую очередь необходимо отметить **конфликты, возникающие из-за врачебных ошибок.**

Это достаточно распространенная группа конфликтов, которые возникают из-за невыполнения врачами стандартов применяемых технологий. Данные конфликты могут быть как осознанными (например, врач-стоматолог идет навстречу желанию пациента сделать лечение безболезненным и кратковременным и производит необоснованную анестезию либо сокращает время выполнения технологического этапа), так и неосознанными, происходящими либо по невнимательности, либо по незнанию и неумению. Как правило, такие конфликты в медицинской практике могут быть погашены на первом этапе развития — при общении врача и пациента, которое является основой получения положительного результата.

Анализ материалов комиссионных судебно-медицинских экспертиз, связанных со случаями дефектов оказания медицинской помощи в медицинской практике, свидетельствует, что конфликты, связанные с неумением общаться с пациентом и завоевывать его доверие, возникают в настоящее время гораздо чаще всех остальных.

Необходимо подчеркнуть и то, что нами не учитывались здесь конфликты, возникающие по вине психически нездоровых пациентов или заведомых квирулянтов, для которых конфликт — источник доходов. Поведение врачей в таких случаях должно быть строго регламентировано служебной инструкцией, основывающейся на этическом кодексе врача и российском законодательстве, а также подкреплено страхованием профессиональной деятельности медицинских работников.

С юридической точки зрения, конфликтной называется ситуация деструктивного состояния отношений и взаимодействий двух или бо-

лее сторон. Конфликтная ситуация возникает в результате нанесения материального ущерба, причиненного той или иной стороной. В медицинской практике причиной конфликта является нанесенный ущерб здоровью, психологическому или финансовому состоянию пациентов. Целью конфликта является предъявление претензий по возмещению нанесенного ущерба. Если претензия возникает по существу вопроса, участники конфликта, грамотные, конструктивно настроенные личности, удовлетворяют претензии по возмещению ущерба на основе взаимной договоренности. Заканчивается ситуация минимальными потерями для участников конфликта.

В случае несогласия сторон конфликт выносится на рассмотрение конфликтных комиссий различного уровня (от клинических и стихийно собравшихся митингов «групп поддержки» из родственников, знакомых и случайно присутствующих пациентов в коридоре до судебных инстанций). Если конфликт выходит за пределы контролируемой ситуации, то все ее участники, как виновные, так и пострадавшие, а также втянутые в разбор так называемые третьи лица, получают все перечисленные выше виды ущерба в полном объеме.

В последнее время конфликты стали переноситься из лечебных учреждений, из системы здравоохранения в судебные инстанции. Последние опросы, которые были проведены в США, показали, что каждый седьмой врач является уязвимым и может стать объектом судебного иска, по крайней мере, один раз в своей профессиональной жизни.

В случаях, когда медицинская помощь облекается в форму предоставления платных услуг, пациент автоматически подпадает под защиту Закона РФ «О защите прав потребителей». Потребитель же вправе предъявить требования не только к качеству лечения, но и к личности доктора, деонтологическим аспектам его поведения.

К великому сожалению, отсутствие четкого пути разрешения конфликтов между врачом и пациентом привело к тому, что в России состоялось уже множество процессов «медицинский работник—пациент» и «медицинская организация—пациент».

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости введения в процесс обучения студентов лечебных и стоматологических факультетов медицинских вузов, подготовки клинических ординаторов учебных дисциплин, способствующих формированию знаний и навыков в выстраивании алгоритмов взаимодействия медицинских работников и пациентов, в том числе и в правовом поле оказания медицинской помощи.

При этом следует помнить тот факт, что особенностями врачебного приема являются страх боли, боязнь предстоящего вмешательства, отсутствие обратной связи (невозможность вербального контакта между врачом и пациентом непосредственно в процессе лечения), да и просто нелюбовь к врачам вообще (неосознанная медикофобия).

Пациент бывает часто не готов к решению этих вопросов ни психологически, ни финансово, и свое негативное отношение к хирургическому вмешательству может выразить в виде жалобы на врача-хирурга. Помимо того, необходимо помнить и тот факт, что перед началом любого лечения психологическая подготовка необходима свыше 70% пациентов.

Принимая во внимание все вышеперечисленное, можно высказать о том, что наиболее частыми причинами конфликтных ситуаций в медицинской практике являются:

- 1) недостаточно внимательное отношение к пациенту;
- 2) отсутствие информированного согласия пациента на лечение;
- 3) отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации, коллегиальности в составлении плана лечения;
- 4) дефекты ведения медицинской документации;
- 5) профессиональная некомпетентность (например, необоснованное расширение показаний к хирургическому лечению);
- 6) характерологические особенности врача и пациента.

Пути предупреждения конфликтных ситуаций берут свое начало из приведенных выше положений. К путям предупреждения конфликтов следует отнести следующие пункты.

1. Воспитание врачей в традициях отечественной медицинской школы.

Необходимо отметить, что в настоящий момент целесообразно вновь вернуться к вопросам культуры врачебного приема, врачебной этики, врачебного профессионализма. Глобализация и другие негативные тенденции, которые, к сожалению, в последнее время набирают силу, размывают культурные традиции многих народов. Это, безусловно, пагубно сказывается и на деонтологии, которая является частью традиций отечественной медицины. Следует подчеркнуть, что врач должен проявить не только высокую компетентность, но и суметь общаться в приемлемой для данного больного форме, проявить внимание, доброжелательность и, в известной мере, даже артистизм. При этом не должно быть шаблона, так как больные нуждаются в сугубо индивидуальном подходе к ним.

2. Информирование пациента о сущности медицинского вмешательства, характере возможных осложнений.

Большинство больных не располагают объективной и достоверной информацией о сущности медицинского вмешательства, о его достоинствах и недостатках. Например, под влиянием коммерческой рекламы «супермастеров» у многих пациентов формируется мнение, что медицина гарантирует выздоровление от любой патологии на всю жизнь и без всяких осложнений. В этих случаях, соблюдая профессиональную этику, важно дать больному возможность принять самостоятельное решение на основе переданной ему информации. Врач, с учетом выявленных факторов риска, должен высказать обоснованное мнение о прогнозе лечения и ответить на все вопросы, возникшие у пациента, в частности, об альтернативных методах лечения.

3. Коллегиальное принятие плана лечения.

Пациенты, побывавшие на приеме у нескольких узких специалистов, часто испытывают тревогу, беспокойство, а иногда и раздражение из-за разноречивой информации и порой противоположных мнений этих специалистов о плане предлагаемого лечения. Такие пациенты нередко становятся источником устных и письменных жалоб и отнимают много сил и времени на их разборы. Причиной же конфликта является отсутствие документально оформленного мнения специалистов, передача информации в устной форме, что свидетельствует о невысоком уровне организации лечебно-диагностического процесса в данном учреждении. Такая ситуация, к сожалению, способствует развитию ятрогенных заболеваний.

Изучение всех разделов медицины с решением междисциплинарных проблем способствует накоплению знаний и формированию интегрального клинического мышления, позволяющего составлять согласованные планы лечения, грамотно документировать его.

4. Соблюдение стандартов и порядков оказания медицинской помощи.

Постоянное повышение квалификации медицинского персонала. В последние годы все чаще возникали вопросы о четких критериях оценки действий медицинского работника при конкретной патологии пациента, соответствующих действующим правилам отечественной медицины. Такие критерии — стандарты и порядки оказания медицинской помощи — позволили устранить субъективизм оценки.

Некомпетентность врача, которая проявляется в ошибках диагностики, недооценке тяжести состояния больного, переоценке своих возможностей, как правило, влечет за собой неадекватное лечение и низкий уровень оказания медицинской помощи (например, в поли-

клинике вместо стационара; в кабинете, а не в операционной). Медицинская помощь должна быть оптимальной, ее не должно быть больше или меньше, чем требуется данному пациенту при данной патологии. Необоснованное расширение показаний для хирургического лечения свидетельствует о нарушении главной заповеди врача: «Не навреди». Расширение показаний по материальным соображениям свидетельствует о безнравственности врача.

5. Контроль за качеством ведения медицинской документации.

Необходимо тщательное выполнение требований к заполнению медицинской карты стоматологического больного как юридического документа в строгом соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения РФ и правовой регламентацией врачебной деятельности.

Недочеты в этой работе становятся основанием не только для морального осуждения, но и привлечения медицинского персонала к различным видам юридической ответственности. Поэтому требуется контроль со стороны администрации лечебного учреждения за ведением первичной документации, которая может находиться на руках у пациентов.

Контроль качества оказания медицинской услуги основывается, в частности, на заключении экспертизы. Основными причинами назначения медицинской экспертизы являются жалобы пациентов или страхователей на качество оказания медицинской помощи, неблагоприятный исход заболевания, прямо связанный с недостатками в проведении медицинских мероприятий.

6. Экспресс-диагностика психологического типа личности пациента.

Успех проводимого лечения во многом зависит не только от мануальных навыков врача, но и от того, насколько врач умеет оценить социально-психологический статус пациента, провести экспресс-диагностику психологического типа личности пациента. Главная сложность заключается в том, что провести эту экспресс-диагностику необходимо при кратковременном контакте с больным, в условиях экстренной госпитализации или амбулаторного приема. Известно, что возникновение и развитие конфликта зависит не только от психологического типа личности пациента, но также и врача. Поэтому врач должен постоянно проявлять настороженность, выявлять при первой встрече потенциально конфликтных пациентов. Необходимо помнить, что оптимальным вариантом решения конфликта является сотрудничество, компромисс с пациентом. Недопустимо как соперничество, так и необоснованная уступчивость в отношениях с пациентом.

Все вышеизложенное позволяет высказаться о том, что основным направлением предупреждения и разрешения конфликтов является повышение правовой культуры и, как следствие, разработка адекватных моделей поведения медицинского работника в соответствии с существующими в настоящее время социально-экономическими условиями и нормативно-правовыми актами.

В качестве рекомендаций можно привести несколько положений, которые должны соблюдаться врачами любых специальностей.

1. Соблюдать культуру оказания медицинской помощи.
2. Следить за качеством ведения медицинской документации, так как хорошо документированная информация о пациенте является основным способом самозащиты врача. Необходимо информировать пациента о сущности предлагаемого лечения, характере и возможных осложнениях.
3. Согласовывать план лечения между врачами разных специальностей и оформлять его документально.
4. Придерживаться стандартов оказания хирургической помощи, принятых на региональном уровне или в конкретном медицинском учреждении.
5. Проводить экспресс-диагностику психологического типа личности пациента, помнить о необходимости «конфликтной настроенности».
6. Пытаться разрешать конфликт сразу же после его возникновения, не доводя ситуацию до судебного процесса.
7. Обязательно проводить разбор конфликтной ситуации в трудовом коллективе. Целесообразно иметь в коллективе сотрудника, являющегося не только высококвалифицированным специалистом, но и обладающего определенными характерологическими данными, которого можно было бы привлекать к участию в разрешении споров между пациентом и медицинским персоналом в досудебном порядке по соглашению сторон.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ИСХОДЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

В сложной профессиональной деятельности медицинских работников могут иметь место случаи неблагоприятного исхода лечебного вмешательства (невмешательства). Пациенты, как правило, не представляют себе возможности современной медицины и склонны обвинять во всяком неблагоприятном исходе заболевания врачей, а реклама, в том числе недобросовестная, способствует возникновению у людей необоснованных ожиданий и последующих претензий. С точки зрения пациентов и их родственников, неблагоприятным исходом считается смерть, угроза смерти (опасное для жизни состояние), значительная временная или стойкая утрата общей и/или профессиональной трудоспособности, прерывание беременности, бесплодие, появление нового заболевания, снижение качества жизни независимо от причин такого положения.

Как показывает практика, чаще всего такие исходы обуславливаются тяжестью самого заболевания и травмами, индивидуальными особенностями организма, однако иногда неблагоприятные исходы оказываются следствием неправильных действий медицинских работников.

Все неблагоприятные исходы по их причине можно условно разделить на следующие группы.

1. Неблагоприятный исход, вызванный тяжестью самого заболевания, патологического процесса.
2. Неблагоприятный исход, связанный с ненадлежащими действиями самого пациента (позднее обращение за медицинской помощью, самолечение, лечение у знахарей, отказ или уклонение от лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, аггравация, симуляция).
3. Несчастный случай в медицинской практике — неблагоприятный исход лечения, связанный со случайными обстоятельствами, при условии абсолютной правильности действий врача. Врач