

Амлаев К. Р., Бакунц С. А., Мажаров В. Н.

МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ КАК СЛЕДСТВИЕ ПЛОХОЙ КОММУНИКАЦИИ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет», 355017, г. Ставрополь

Статья посвящена медицинским ошибкам и жалобам пациентов, а также роли, которую в этом играют коммуникации заинтересованных сторон. Жалобы пациентов часто бывают вызваны неполучением информации, непрофессиональным подходом (отсутствием уважения к пациенту и отсутствием сочувствия, плохими коммуникативными навыками, злоупотреблением своим служебным положением). Описаны модели реагирования медицинских работников на совершенные ошибки. Предлагается алгоритм действий врача в случае совершения медицинской ошибки.

Ключевые слова: коммуникации в медицине; медицинская ошибка.

Для цитирования: Амлаев К. Р., Бакунц С. А., Мажаров В. Н. Медицинские ошибки как следствие плохой коммуникации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(6):1291—1294. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-6-1291-1294>

Для корреспонденции: Амлаев Карэн Робертович, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: kum672002@mail.ru

Amlaev K. R., Bakunts S. A., Mazharov V. N.

THE MEDICAL MISTAKES AS CONSEQUENCE OF POOR COMMUNICATION

The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University”,
355017, Stavropol, Russia

The article is devoted to medical errors and complaints of patients, as well as to role that communications of interested parties plays in this. The patients complaints are often caused by lack of information, unprofessional approach (lacking of respect to patient and lack of empathy, poor communication skills, abusing of one's official position). The models of response of medical workers to mistakes made are described. The algorithm of physician's actions in case of accomplishing medical error is proposed.

Keywords: communications; medicine; medical errors.

For citation: Amlaev K. R., Bakunts S. A., Mazharov V. N. The medical mistakes as consequence of poor communication. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(6):1291—1294 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-6-1291-1294>

For correspondence: Amlaev K. R., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care, Medical Prevention and Informatics with the Course of Additional Professional Education of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Stavropol State Medical University”. e-mail: kum672002@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 15.03.2022

Accepted 23.06.2022

Медицинские работники все чаще не получают заслуженного уважения, время от времени подвергаются словесным атакам, эмоциональным конфликтам, получают травмы и даже погибают.

Так, в США на рабочем месте 76% медсестер подвергались нападению со стороны пациентов или членов их семей. В 2017 г. в Германии нанесено 288 физических травм и около 2600 психологических оскорблений, почти 40% врачей стали участниками физических конфликтов [1]; ситуацию усугубляют тенденциозные сообщения в СМИ [2]. Конфликты и противоречия между врачами и пациентами перестали быть индивидуальными, а постепенно перешли в широкий спектр социальных проблем [3, 4]. Ситуации в здравоохранении к тому же зачастую подогреваются третьей стороной, например публикациями в СМИ [5].

Уязвимыми бывают не только врачи, но и их пациенты. В результате получения неожиданного вреда реакция пациентов на это может быть травмиру-

ющей. Выделяют физические, эмоциональные и финансовые травмы или их сочетание вследствие как самого события, так и последующей реакции на него вовлеченных лиц. Эмоциональная травма часто связана с финансовой, поскольку нередко приводит к временной или постоянной нетрудоспособности либо дорогостоящему длительному лечению [6, 7].

Часто к жалобам пациентов приводят следующие причины:

- неполучение информации или возможности участия;
- непрофессиональный подход (отсутствие уважения к пациенту и отсутствие сочувствия);
- плохие коммуникативные навыки;
- злоупотребление своим служебным положением;
- недостаточная эмоциональная поддержка;
- дискриминация;
- дефицит медсестер (недостаточный уход и отсутствие практической поддержки) [8—10].

Мнения практикующих врачей и общественности о медицинских ошибках

Сообщили, что столкнулись с ошибкой при лечении их самих или члена семьи, 35% врачей и 42% населения; 18% врачей и 24% населения сообщили об ошибке, которая имела серьезные последствия для здоровья, включая смерть (7% врачей и 10% населения), длительную нетрудоспособность (6 и 11% соответственно) и сильную боль (11 и 16% соответственно); около 1/3 респондентов в обеих группах, сообщивших об ошибке, указали на то, что причастные к ней работники здравоохранения извинились перед ними.

Если половина врачей считали причинами ошибок только нехватку медсестер в больницах и переутомление, стресс или усталость, то пациенты отметили в числе причин то, что врачи не проводят достаточно времени с пациентами; стресс или переутомление медицинских работников; их неспособность работать вместе или общаться в команде, штатную недоукомплектованность медсестрами [11]. Одной из наиболее распространенных ситуаций, когда проблемы с коммуникацией приводят к медицинским ошибкам, является передача пациента другому медицинскому работнику, например между медсестрами или врачами при завершении смены или между врачами и медсестрами. Во время этих передач также должна сообщаться важная информация, связанная с уходом за пациентами.

Медицинская ошибка — «невыполнение запланированного действия по назначению или использование неправильного плана для достижения цели» [12]

Адекватный способ реагирования на медицинские ошибки — выявить их, когда они происходят, незамедлительно сообщить о них заинтересованным сторонам, а также найти и исправить причины ошибок. Однако существует ряд препятствий на пути внедрения практики выявления, раскрытия и расследования ошибок.

Барьеры для врачей

Когда происходит ошибка, врачи как руководители медицинской команды часто испытывают глубокое чувство неудачи. После медицинских ошибок, причинивших серьезный вред пациентам, врачи часто испытывают чувство стыда, профессиональной несостоятельности и серьезные сомнения в своей компетентности, что может заставить их крайне неохотно раскрывать факт медицинской ошибки.

Другой причиной является угроза ответственности. В связи с этим важно выработать привычку раскрывать ошибки. Незначительные ошибки, которые встречаются гораздо чаще, чем серьезные, могут стать тренировкой для приобретения коммуникативных навыков и уровня комфорта, необходимого для признания ошибки. Об ошибке следует сообщать в кратчайшие сроки с учетом физического и

эмоционального состояния пациента в данный момент, а также масштабов и последствий ошибки.

При обнаружении ошибки врач должен начать с простого и четкого заявления о том, что произошла ошибка. Иногда врачи обнаруживают ошибки, которые произошли при оказании пациенту помощи другим врачом. Сообщение пациенту об ошибке другого врача или ее раскрытие может привести к обострению профессиональных отношений. В этом случае врач должен обсудить ситуацию с предыдущим врачом и, если обнаружена ошибка, убедить этого врача обсудить ее с пациентом [13].

Врачи и медицинские организации могут предпринять ряд шагов, чтобы лучше удовлетворить потребности пациента после выявления ошибки. Врачи должны раскрывать следующую минимальную информацию об ошибках, нанеших вред пациенту, независимо от того, спрашивает ли о них пациент:

- явное заявление о том, что ошибка произошла;
- базовое описание того, в чем заключалась ошибка, почему она произошла и как предотвратить ее повторение;
- извинения.

Врачи должны поощрять вопросы пациента и прямо отвечать на них, а также стремиться поддерживать эмоции пациента. Учреждения должны обеспечивать, чтобы в их политике раскрытия информации учитывались предпочтения пациентов быть полностью информированными об ошибках, и поощрять врачей раскрывать такую информацию пациентам. Стандартное извинение врача за ошибку может выглядеть следующим образом: «Извините, но из-за ошибки в написании инструкций и несоответствующей коммуникации возникло недопонимание, которое привело к передозировке препарата. Выражаю Вам мои глубочайшие соболезнования из-за проблем, которые мы Вам создали. Тем не менее мы делаем все, что в наших силах, чтобы исправить эту ошибку, и можем заверить Вас, что эта проблема больше не повторится, потому что я не только собираюсь решать ее, зафиксировав информацию, но я также собираюсь сообщить об этом, чтобы медсестра поняла, что следует.... Я могу сесть и подробно обсудить с Вами, что произошло, и еще раз извините» [14].

Самый простой алгоритм действий врача в случае ошибки выглядит следующим образом:

- признайте разочарование пациента и его возможный страх;
- признайте собственное чувство разочарования и беспокойства;
- не паникуйте, сохраняйте открытость для общения;
- выражайте сожаление по поводу неблагоприятного результата, но удержитесь от того, чтобы придраться или обвинять других;
- объясните, что произошло, и предложите план действий понятным пациенту языком;
- держите пациента и его семью в курсе и вовлекайте их в последующие планы лечения и об-

суждения, задокументируйте обсуждение в медицинской карте.

Однако даже после извинений пациенты могут подать жалобу, чаще всего из-за желания предотвратить повторение аналогичного инцидента, получить объяснение того, как и почему произошла травма, желания финансовой компенсации для возмещения реальных потерь, боли и страданий или для обеспечения будущего ухода за травмированным пациентом, намерения привлечь врачей к ответственности за их действия.

Часто в основе подачи жалоб лежат коммуникативные проблемы: врачи не слушали пациентов, не говорили открыто, пытались ввести их в заблуждение или не предупреждали о долгосрочных проблемах, создалось впечатление, что врачи бросили пациентов или были недоступны по иным причинам, плохо предоставили информацию или не смогли понять точку зрения пациента. Установлено, что пациенты не подают в суд на тех врачей, которые им нравятся и которым они доверяют, даже если пациенты получили серьезные травмы в результате медицинской ошибки или неверной оценки.

Трудные встречи после медицинских ошибок

Одна из худших ошибок, которую может допустить врач при общении с разгневанными пациентами или их семьями, — это избегать их. Это также самый верный способ ускорить визит пациента к адвокату. Каким бы трудным и неприятным это ни было, самый эффективный способ разрядить гнев — это выслушать, посочувствовать и извиниться за то, что все сложилось не так, как ожидал или надеялся пациент.

При столкновении с кем-то, кто расстроен или рассержен, может быть благоразумным промолчать и позволить этому человеку поговорить о проблеме. Любой человек, столкнувшийся с сердитым, жалующимся пациентом, скорее всего, почувствует себя оскорбленным. В такие моменты у человека есть естественная склонность к защите или враждебности. Это особенно актуально, когда жалоба необоснованна. Самая легкая и естественная реакция — нанести ответный удар, однако лучшая практика — избегать споров, слушать без перерыва, избегать защиты, выражать сочувствие, задавать вопросы, определять, чего хочет пациент, объяснять, что можно, а что нельзя делать, обсудить альтернативы [15].

Каковы бы ни были причина или вид ошибки, первое, что нужно сделать, — это извиниться, а потом проявлять постоянное внимание к нуждам пациента и его семьи. Стоит отметить, что зачастую гнев пациентов вызван больше тем, как с ними обращались, а не самим событием [16, 17].

Что сообщать о побочных эффектах?

Побочные эффекты не являются врачебной ошибкой, тем не менее следует предупредить пациента о вероятности их возникновения. Полезен краткий диалог с пациентом, в котором врач обыч-

но описывает более частые и серьезные побочные эффекты назначенных лекарств, а затем напоминает пациенту, что могут быть другие редкие побочные эффекты, которые он не упомянул. В случае просьбы пациента узнать все побочные эффекты следует предоставить печатную информацию [18].

Причинами большого количества жалоб пациентов является отсутствие или дефицит эмпатии со стороны медработников. Так, 85% пациентов сменили или рассматривали возможность смены врача из-за плохих коммуникативных навыков или недостаточного сопереживания с его стороны.

Заключение

Медицинские ошибки являются распространенным явлением в медицине, и неэффективные коммуникации медицинских работников друг с другом, с одной стороны, а также медицинских работников и пациентов — с другой, являются их частой причиной. Результатом плохого коммуникативного процесса могут стать жалобы пациентов, что подтверждается данными научной литературы. Понимание возможности совершения медицинской ошибки не должно приводить к разочарованию специалиста в профессии и последующему эмоциональному выгоранию. Вместо этого следует сосредоточиться на выяснении причин появления медицинской ошибки, особенно если она носит системный характер, и предпринять меры по недопущению ее в дальнейшем. В случае же совершения медицинской ошибки постфактум следует, во-первых, ее признать, а затем реализовать весь алгоритм действий врача в соответствующей ситуации, представленный в данной статье.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. China Minutes: German «Medical Dispute»: Nearly 40 Percent of Doctors Have Been Beaten. 2018. Режим доступа: <http://www.oushinet.com/europe/germany/20180510/290943.html>
2. Zhao K. D., Zhang W. Exploration on the Reform of Humanistic Quality Education for Medical Students from the Perspective of Improving Doctor-Patient Relationship. *J. Jinzhou Med. Univ. (Soc. Sci. Ed.)*. 2020;18:28—30.
3. Li Z. X., Zhang J., Zhu L. Y. Time Attribute of China's Doctor-patient Conflict and Social Governance Strategies. *Chin. Hosp. Manag.* 2019;39:18—24.
4. Wang Z. J., Zhang P. W., Liu M. C. Outpatient experiences: Major findings from the third-party evaluation of the China Healthcare Improvement Initiative. *J. Chin. Res. Hosp.* 2020;7:51—6.
5. Mao Y., Ning W., Zhang N. The Therapeutic Relationship in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021;18:3460.
6. Mazor K., Simon S., Gurwitz J. Communicating with patients about medical errors: a review of literature. *Arch. Intern. Med.* 2004;164:1690—7.
7. Kuzel A., Woolf S., Gilchrist V. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann. Fam. Med.* 2004;2:333—9.
8. Britten N., Stevenson F. A., Barry C. A. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ.* 2000;320:484.
9. Jangland E., Gunningberg L., Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Educ. Couns.* 2009;75(2):199—204.

10. Luff D., Martin Jr E. B., Mills K. Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Educ. Couns.* 2016;99(9):1461–6.
11. Blendon R. J., DesRoches C. M., Brodie M. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N. Engl. J. Med.* 2002;347(24):1933–40.
12. Moskop J. C., Joel M. Geiderman, Hobgood C. D. Emergency Physicians and Disclosure of Medical Errors. *Ann. Emerg. Med.* 2006;48(5):523–31.
13. Gallagher T. H., Waterman A. D., Ebers A. G. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA.* 2003;289(8):1001–7.
14. Huntington B., Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proc (Bayl Univ. Med. Cent.)*. 2003;16(2):157–61.
15. Fordyce J., Blank F., Pekowe P., Smithline H. Errors in a busy emergency department. *Ann. Emerg. Med.* 2003;42:324–33.
16. Lamb R. Open disclosure: the only approach to medical error. *Qual. Saf. Health Care.* 2004;13:3–5.
17. Duclos C. W., Eichler M., Taylor L. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *Int. J. Quality Health Care.* 2005;17(6):479–86.
18. Ziegler D. K., Mosier M. C., Buenaver M. How Much Information About Adverse Effects of Medication Do Patients Want from Physicians? *Arch. Intern. Med.* 2001;161(5):706–13.
5. Mao Y., Ning W., Zhang N. The Therapeutic Relationship in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021;18:3460.
6. Mazor K., Simon S., Gurwitz J. Communicating with patients about medical errors: a review of literature. *Arch. Intern. Med.* 2004;164:1690–7.
7. Kuzel A., Woolf S., Gilchrist V. Patient reports of preventable problems and harms in primary health care. *Ann. Fam. Med.* 2004;2:333–9.
8. Britten N., Stevenson F. A., Barry C. A. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ.* 2000;320:484.
9. Jangland E., Gunningberg L., Carlsson M. Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: evidence for quality improvement. *Patient Educ. Couns.* 2009;75(2):199–204.
10. Luff D., Martin Jr E. B., Mills K. Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Educ. Couns.* 2016;99(9):1461–6.
11. Blendon R. J., DesRoches C. M., Brodie M. Views of practicing physicians and the public on medical errors. *N. Engl. J. Med.* 2002;347(24):1933–40.
12. Moskop J. C., Joel M. Geiderman, Hobgood C. D. Emergency Physicians and Disclosure of Medical Errors. *Ann. Emerg. Med.* 2006;48(5):523–31.
13. Gallagher T. H., Waterman A. D., Ebers A. G. Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA.* 2003;289(8):1001–7.
14. Huntington B., Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proc (Bayl Univ. Med. Cent.)*. 2003;16(2):157–61.
15. Fordyce J., Blank F., Pekowe P., Smithline H. Errors in a busy emergency department. *Ann. Emerg. Med.* 2003;42:324–33.
16. Lamb R. Open disclosure: the only approach to medical error. *Qual. Saf. Health Care.* 2004;13:3–5.
17. Duclos C. W., Eichler M., Taylor L. Patient perspectives of patient-provider communication after adverse events. *Int. J. Quality Health Care.* 2005;17(6):479–86.
18. Ziegler D. K., Mosier M. C., Buenaver M. How Much Information About Adverse Effects of Medication Do Patients Want from Physicians? *Arch. Intern. Med.* 2001;161(5):706–13.

Поступила 15.03.2022
Принята в печать 23.06.2022

REFERENCES

1. China Minutes: German «Medical Dispute»: Nearly 40 Percent of Doctors Have Been Beaten. 2018. Available at: <http://www.oushinet.com/europe/germany/20180510/290943.html>
2. Zhao K. D., Zhang W. Exploration on the Reform of Humanistic Quality Education for Medical Students from the Perspective of Improving Doctor-Patient Relationship. *J. Jinzhou Med. Univ. (Soc. Sci. Ed.)*. 2020;18:28–30.
3. Li Z. X., Zhang J., Zhu L. Y. Time Attribute of China's Doctor-patient Conflict and Social Governance Strategies. *Chin. Hosp. Manag.* 2019;39:18–24.
4. Wang Z. J., Zhang P. W., Liu M. C. Outpatient experiences: Major findings from the third-party evaluation of the China Healthcare Improvement Initiative. *J. Chin. Res. Hosp.* 2020;7:51–6.