

## Лекція 15

### Дефекти надання медичної допомоги: лікарська помилка, нещасний випадок

Лектор

к.м.наук, доцент кафедри патологічної анатомії, ННМІ СумДУ  
зав. курсом «Судова медицина. Медичне право України»

Будко Ганна Юрївна

**Дефект надання медичної допомоги** – це неналежне здійснення діагностики, лікування хворого, організації медичної допомоги, яке призвело або могло призвести до несприятливого результату медичного втручання.

#### **Причини виникнення дефектів надання медичної допомоги**

- 1) пізні звернення за отриманням медичної допомоги;
- 2) короткотривалість перебування хворого у лікувальному закладі;
- 3) некомпетентність лікаря;
- 4) атиповий перебіг захворювання;
- 5) труднощі діагностики у хворих із супутніми захворюваннями;
- 7) недостатній обсяг огляду;
- 8) переоцінка даних лабораторних та інструментальних методів і консультацій;
- 9) невиправдана гіпердіагностика;
- 10) поспішність у обстеженні пацієнта;
- 11) недоліки у організації лікувального процесу.

**Узагальнена класифікація дефектів надання медичної допомоги згідно з критеріями медичного втручання:**

1. Умисні ятрогенії (умисні дефекти) пов'язані з умисним злочином;
2. Необережні ятрогенії (необережні дефекти) містять ознаки необережного злочину;
3. Помилкові ятрогенії (медичні помилки) пов'язані із добросовісною оманю медичного працівника, що не містить ознак злочину чи необережності;
4. Випадкові ятрогенії (нещасні випадки) пов'язані з непередбачуваним збігом обставин при правомірних діях медичних працівників.

#### **Критерії класифікації дефектів надання медичної допомоги:**

- причини несприятливих результатів;
- аспекти відповідальності медичних працівників.

#### **Класифікація дефектів надання медичної допомоги за Сенютою І. Я. (2021)**

##### **1. За етапами надання медичної допомоги:**

- дефекти догоспітального періоду;
- дефекти амбулаторного періоду;
- дефекти стаціонарного періоду.

#### **Дефекти надання медичної допомоги догоспітального періоду**

- неправильне транспортування хворого;
- несвоєчасна протишокова терапія;
- доставлення хворих до лікарень з перевищенням, так званих, лімітів «золотої години» (доставленням протягом першої години після травми) та доставлення у більш пізній період;
- неналежне здійснення знеболювальних заходів, застосування яких є об'єктивно необхідним у переважній більшості випадків при екстреній та домедичній допомозі;
- несвоєчасне проведення швидкого первинного обстеження на тлі надання невідкладних лікувальних заходів із подальшою терміновою госпіталізацією потерпілих до стаціонара.

#### **Дефекти надання медичної допомоги догоспітального періоду:**

- неправильне транспортування хворого;
- несвоєчасна протишокова терапія;
- доставлення хворих до лікарень з перевищенням, так званих, лімітів «золотої години» (доставленням протягом першої години після травми) та доставлення у більш пізній період;
- неналежне здійснення знеболювальних заходів, застосування яких є об'єктивно необхідним у переважній більшості випадків при екстреній та домедичній допомозі;

- несвоєчасне проведення швидкого первинного обстеження на тлі надання невідкладних лікувальних заходів із подальшою терміновою госпіталізацією потерпілих до стаціонара.

**Дефекти надання медичної допомоги стаціонарного періоду:**

- необґрунтована відмова у госпіталізації хворого на стаціонарне лікування;
- неправильний вибір методу та способу лікування;
- неналежне ведення документації хворого;
- дефекти написання кінцевого діагнозу хворого;
- відсутність інформованої добровільної згоди на проведення операційного втручання;
- несвоєчасне скликання консилиуму лікарів.

**2. За складовими медичної допомоги:**

- дефекти профілактики;
- дефекти діагностики;
- дефекти лікування;
- дефекти реабілітації.

**Види дефектів профілактики:**

- відсутність дій щодо активного виявлення хворих, що призводить до пізнього звернення за отриманням медичної допомоги;
- неправильна організація амбулаторного прийому та лікування (чи їх не проведення);
- недоотримання регламентованої системи діагностики захворювання та його лікування;
- необґрунтована багатоетапність лікування;
- самоусунення лікаря від огляду та лікування хворого;
- відмова від консультацій спеціалістів та консилиуму;
- відсутність допустимості (згоди) у обстеженні та лікуванні;
- недотримання хворим (пораненим) призначеного лікувального режиму.

**Види дефектів діагностики:**

- відсутність обов'язкових та додаткових діагностичних досліджень;
- хибна інтерпретація результатів досліджень;
- невиявлення основного захворювання або ускладнення;
- гіпердіагностика;
- неналежне ведення документації;
- пізнє встановлення діагнозу;
- недостатній обсяг проведеного обстеження пацієнта;
- недооцінка важкості стану хворого;
- несвоєчасне проведення консультацій лікарями.

**Види дефектів лікування:**

- пізнє лікування;
- недостатній рівень контролю та нагляду за хворим;
- дефекти оперативного втручання;
- недостатній рівень терапії;
- неправильний вибір методів лікування;
- дефекти анестезіології й реанімаційних заходів;
- порушення методики введення препарату;
- необґрунтовані переведення та несвоєчасна виписка з лікарні;
- помилковий вибір методу хірургічного втручання;
- технічні дефекти при підготовці до операції.

**Види дефектів реабілітації:**

- внутрішньолікарняні інфекції;
- недоступність реабілітаційних послуг за межами міст та тривалий час очікування;
- фінансування значної частини затрат на послуги реабілітації за власний кошт;
- недостатність спеціалістів у сфері реабілітації;
- недостатність ресурсів, асистивних та допоміжних технологій;
- неефективність та недостатність використання механізмів направлення пацієнтів на реабілітацію;

- нераціональна організація медичної допомоги;
- зміна особи внаслідок різних медичних і життєвих подій.

### **3. За оцінкою юридичного наслідку:**

- лікарські помилки;
- нещасні випадки;
- професійні злочини.

Оцінюючи дефекти лікування, у першу чергу необхідно встановити правильність або неправильність надання такої допомоги. Важливо керуватися положеннями нормативно-правових актів і медичними канонами (стандартами надання медичної допомоги).

Особлива роль належить судово-медичній експертизі, яка визначає правильність надання медичної допомоги.

При дослідженні дефектів надання медичної допомоги основні принципи рішення у медицині ухвалюються колегіально, проте відповідальність у випадках невдач покладається на певних медичних працівників.

Важливий чинник правової кваліфікації дефектів надання медичної допомоги - наявність причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника і негативними наслідками для здоров'я пацієнта. У разі несприятливого результату лікування необхідно окремо враховувати стан здоров'я пацієнта до медичного втручання і після лікування. Це виправдано метою з'ясування причинно-наслідкового зв'язку між діями медика і результатом, що наступив, а також для вирішення питання про відповідальність медичного працівника.

Сучасний розвиток медичної діяльності, що веде до появи вузькоспеціалізованих видів надання медичної допомоги, обумовлює становище, при якому в лікуванні одного хворого беруть участь декілька фахівців. Це також свідчить про необхідність чіткого визначення причинно-наслідкового зв'язку дій (бездіяльності) кожного лікаря, що брав участь у лікуванні пацієнта.

**Лікарська помилка** – це дефект надання медичної допомоги, що пов'язаний з неправильними діями медичного персоналу, що характеризується добросовісною помилкою за відсутності ознак злочину.

В основі помилок знаходяться об'єктивні та суб'єктивні чинники.

#### **Об'єктивні чинники:**

- відсутність належних умов надання медичної допомоги;
- недосконалість існуючих способів лікування захворювань;
- тяжкість стану хворого.

#### **Суб'єктивні чинники:**

- недостатній практичний досвід медичного працівника;
- недостатнє обстеження хворого, неправильне трактування лабораторних та інструментальних досліджень;
- недооцінка або переоцінка результатів консультацій інших фахівців й лабораторних, інструментальних методів дослідження;
- моральні недоліки лікаря.

**Типологізація дій та подій у виникненні лікарських помилок за Т. Родзієвичем, Б. Хаусманом та Дж. Хінскіндом:**

1. **Активні помилки** – це помилки, що відбуваються між людиною та суб'єктом більшої системи під час виникнення між ними правовідносин (*допускаються на першій лінії допомоги, а саме клініцистами та медичними сестрами*).

2. **Побічний ефект** – це варіант ушкодження, що найчастіше виникає через помилку консервативного або хірургічного лікування, а не через медичний стан пацієнта (*може включати ненавмисне поранення або фізичну інвалідність, що є наслідком лікування*).

3. **Латентні помилки** – це помилки, що виникають у межах координації медичної системи або окремого процесу, неправильної установки або обслуговування обладнання чи взагалі внаслідок неефективної організаційної структури.

4. **Медична помилка**, до якої відносять невиконання запланованого плану дій або реалізація неправильного плану для досягнення мети; непередбачені медичні дії або ті, що не можуть привести до досягнення запланованого результату; відхилення від процесу догляду, що може

призвести або не призвести до шкоди; при плануванні чи виконанні процедури наявний так званий «акт бездіяльності» або вчинення дій, що спричиняють чи можуть сприяти настанню ненавмисного наслідку.

5. **Недбалість**, тобто ненадання пацієнту належного рівня допомоги середнім та/або спеціалізованим медичним працівником за певних обставин (*пропущення онкології, помилкове ушкодження нерву*).

6. «**Near miss**» – будь-які дії, що могли б мати несприятливі наслідки для пацієнта, але не призвели до їх настання.

7. «**Дія, що не мала бути вчинена**» – помилки, що ніколи не повинні траплятися (*виникнення пролежнів*).

8. «**Шкідлива дія**» – невдалі дії, ускладнення та нещасні випадки, що є результатом виконання показаних діагностичних або терапевтичних заходів (*направлення гемодинамічно нестабільного травмованого пацієнта на тривале рентгенологічне обстеження, що може призвести до травматичного шоку й смерті пацієнта*).

9. «**Дія, що потенційно вимагає компенсації**» – помилка, що потенційно може призвести до подання позову з приводу професійної придатності та компетенції медичного працівника (*дії, що призводять до втрати працездатності та подовження терміну госпіталізації*).

10. **Першопричина виникнення помилки** – недолік або рішення, виправлення або уникнення якого могло б призвести до ускладнення небажаних наслідків (неправильне застосування медичним працівником професійного досвіду; відсутність звернень за порадою (за потреб) до колег; неврахування найбільш вірогідного діагнозу; відсутність належного рівня комунікативних навиків: недотримання ієрархії, непокора керівництву, відсутність здатності розпізнати проблему та вирішити її тощо).

#### **Види лікарських помилок**

- діагностичні;
- лікувальні;
- тактичні;
- технічні;
- деонтологічні;
- помилки в організації лікувальної допомоги.

Багатьма фахівцями в галузі медичного права обґрунтовано висловлюється пропозиція про необхідність визнати лікарську помилку юридичною категорією, внести її до чинного медичного законодавства. При цьому є необхідність визнати помилки медичного персоналу, які сталися внаслідок об'єктивних обставин (недосконалість медицини, відсутність необхідних лікарських засобів і медичної техніки та ін.) такими, за які медичні працівники не притягаються до відповідальності. Такі несприятливі результати повинні розбиратися з позицій відповідальності лікувальних установ, їх керівників.

Коли ж мова йде про лікарські помилки, в основі яких лежать суб'єктивні причини (неправильна інтерпретація результатів лабораторно-інструментальних досліджень, недостатній досвід), необхідно передбачити персональну відповідальність медичних працівників. В даному випадку мова може йти також про відшкодування збитку і компенсації моральної шкоди пацієнтові. Тут також може йти мова про цивільно-правову відповідальність лікувальних установ, але вже з можливістю регресного позову до певного лікаря. Важливе місце в детальному аналізі і профілактиці лікарських помилок повинні зайняти клініко-анатомічні і лікувально-контрольні комісії.

**Нещасний випадок** – це дефект надання медичної допомоги, пов'язаний з випадковим збігом обставин, які лікар, діючи правомірно, в рамках посадових інструкцій і відповідно до прийнятих у медицині методів і способів лікування, не міг передбачити і запобігти.

Характерна особливість нещасного випадку в порівнянні з лікарською помилкою - правомірність дій лікаря, тобто відсутність в його діях критерію помилковості. В той же час, за результуючим чинником, це все ж таки дефект надання медичної допомоги.

Нещасних випадків, на жаль, не можна уникнути навіть при дуже кваліфікованому і добросовісному відношенні медичних працівників до виконання своїх професійних обов'язків.

Важливим чинником при цьому є обставина, відповідно до якої відповідальність медика, через об'єктивні обставини, не настає. Підставою звільнення від відповідальності медичних працівників при нещасних випадках є відсутність вини, оскільки при добросовісному відношенні до виконання обов'язків медичний працівник не передбачав і не міг передбачати можливості настання несприятливих наслідків.

***Приклади нещасних випадків***

- незвична анатомічна будова або вроджені аномалії будови того або іншого органу;
- рефлекторна зупинка серця під час операції;
- смерть від жирової емболії під час операції остеометалосинтезу;
- атипове протікання захворювання у пацієнта, пов'язане з індивідуальними особливостями організму;
- алергічні й токсичні реакції на діагностичні маніпуляції та перше введення лікарських засобів;
- раптові зміни показників артеріального тиску (шок, колапс) у результаті індивідуальної психологічної або емоційної реакції на оперативне втручання.

**Питання, що повинні бути з'ясовані у випадках дефектів надання медичної допомоги:**

- причина смерті або несприятливого результату;
- наявність або відсутність недоліків у діях лікаря;
- конкретні причини неправильних дій медичного працівника;
- чи була можливість у лікаря передбачати несприятливі наслідки своїх дій;
- можливі причини несприятливого результату у разі правильного лікування;
- чи є порушення в організації медичної допомоги в певній лікувальній установі.