

«Тянет наброситься на них и задушить»

Американский врач о войне между российскими докторами и пациентами



В России растет количество уголовных дел против врачей. По данным Следственного комитета, если в 2012 году было возбуждено 311 дел, то в 2017-м — уже 1791. В начале этого года у всех на слуху была история московского гематолога Елены Мисюриной. Ее приговорили к двум годам колонии за врачебную ошибку, повлекшую смерть пациента. После протестов пользователей соцсетей и коллег врача отпустили под подписку о невыезде. Дело сейчас на доследовании. Но «посадки» врачей не закончились. В начале марта за аналогичную ошибку получил два года колонии гематолог из Перми. В Астрахани психиатра приговорили к двум годам условно за «незаконную госпитализацию». Разобраться в

тонкостях отношений между врачами и пациентами нам помог директор отделения хирургической онкологии Mercy Medical Center в Балтиморе, США, Вадим Гуцин. Всплеск судебных исков и потребительского экстремизма Америка уже пережила несколько лет назад. Как врачи научились выживать в «военных» условиях? Как спасаются от нападков? И что ждет российских коллег?

Любая мелочь взрывоопасна

«Лента.ру»: У нас многие считают, что в России между пациентами и врачами началась чуть ли не война. Как ситуация видится со стороны?

Гуцин: В один из приездов в Россию я консультировал семью мальчика. Он попал в онкологическую клинику в Москве, очень хорошую по отзывам. В ординаторской я разговаривал с докторами. Шла профессиональная беседа о медицинской стороне вопроса. Тут постучали, и в кабинет робко заглянула мама другого пациента. Молодые ординаторы — двое или трое — хором приказали: «Закройте дверь с той стороны». Они даже не задумывались, что сказали. Все получилось мгновенно, как рефлекс.

В госструктурах, которые ведут прием населения, это в общем-то обычные вещи.

Если это так, то подобная рутина создает негатив. На его фоне любая мелочь может стать взрывоопасной. Даже та, на которую в нормальной обстановке просто никто бы внимания не обратил. Возможно, с чьей-то точки зрения, я говорю глупости. Но я хорошо помню свое бешенство тогда.

В детском онкологическом центре очень обостренное чувство незащитности. Я тоже родитель. И как отец могу живо представить, что и с твоим ребенком может произойти все что угодно. Я сам врач и в общем-то на стороне врачей. Но сцена меня тогда просто потрясла. Потому что почувствовал, как меня тоже тянет наброситься на них и задушить. Это настолько инстинктивно, что надо себя сдерживать. Не удивлюсь — если для пациентов упростится возможность подать в суд, то жалоб будет больше.

Но так всегда общались. А всплеск негатива почему-то идет именно сейчас?

Думаю, требования со стороны пациентов изменились. Многие съездили на Запад, посмотрели, как там все устроено. Объективно оценить качество лечения за границей и в России неподготовленному человеку сложно. Но зато можно увидеть отношение к клиенту в отечественных клиниках и в иностранных.

Если, как вы говорите, в таких условиях нарастание «военных действий» между врачами и пациентами неизбежно, то что делать?

Врачам нужно учиться правильно выстраивать общение с пациентами. Я защищаю себя именно этим. В Америке ситуация с врачебными исками развивалась почти так же, как сегодня в России. Когда количество претензий стало расти лавинообразно, врачи стали думать, а как остановить это безумство? В Америке ведь общество чистогана. А иски — это вопрос денег. Компенсации, которые суд может присудить, составляют от нескольких тысяч до нескольких миллионов долларов.

Но почему вы рекомендуете именно врачам работать над отношениями? Пациенты разве не должны этого делать?

Пациенты в своей пациентской деятельности образования не получают, нет институтов для подготовки профессиональных больных. Зато есть институты, готовящие профессионалов докторов. Значит, это дело доктора понимать цели общения и что-то делать в этом направлении. Именно поэтому умение общаться с

пациентами — такая же часть профессионализма, как знать, какие таблетки выписывать и надо ли назначать лабораторные анализы.

Хотя в Америке поначалу раздавались точно такие же возмущенные крики о неблагодарности пациентов. «Как же так, мы стараемся для больных, а они этого совсем не ценят, — говорили американские доктора. — Кто несчастных спасать будет, если всех врачей засудят?» Но это все разговоры в пользу бедных. Всегда найдутся те, кто сможет лечить.

Только лишь общение эффективно? А как же корректные законы, врачебные страховки?

У меня есть врачебная страховка. Но думать, что она от чего-то спасает, — это глупость. От самих исков страховка не уберезет. Если иск подан, то разбирательство может тянуться многие месяцы и годы. В течение этого времени чувствуешь себя ничтожеством с профессиональной точки зрения. Адвокаты рассказывают тебе, какой ты ужасный врач и человек, которого не следует допускать близко к больным людям. Страховка раз или два может выплатить сумму иска, но при этом значительно повышаются страховые взносы. И страховка может не покрыть присужденный ущерб. Страховка не защищает от потери репутации — после иска приходится каждый раз письменно объяснять, почему на тебя подали в суд. Также она не защитит от потери лицензии, если найдут твою вину. То есть страховка помогает с одним из последствий судебного иска. От этой помощи трагедия для врача уменьшается незначительно.

На мой взгляд, все неприятности у российского врачебного сообщества в связи с повышением внимания правоохранительных структур к ятрогенным преступлениям, находятся на юридическом поле. У врачей нет ни времени, ни образования разбираться в юридических вопросах. Когда жалоба уже написана и подключились правоохранительные органы — [врачу] уже поздно действовать. Юристы переиграют врачей на своем, юридическом поле. У врачей в этом случае почти нет возможности повлиять на ситуацию. На эту тему есть множество исследований.

Это он виноват!

Врачам нужно работать на опережение? Профилактировать конфликты?



Научные работы идут по двум направлениям. Во-первых, рассматривается вопрос, почему происходят врачебные ошибки. Большинство — из-за сбоев медицинской системы.

Вы, наверное, встречали в прессе упоминание ежегодных отчетов американского госпиталя Джонса Хопкинса (университетская клиника и научно-исследовательский центр) и Mayo Clinic. В них говорится, что по статистике каждая третья смерть происходит в результате врачебной ошибки. Это данные регулярных исследований. Они нужны, чтобы понять проблему.

Второе направление научных работ по этой теме — как повысить эффективность профессионального

общения. Например, американское сообщество хирургов выпустило бесплатный курс «Как себя вести с пациентом».

Как помогает правильное общение?

Существуют технологии построения бесед с пациентами: как рассказать о неприятностях; как собрать анамнез и так далее. И это не просто набор советов и алгоритмов, а настоящий медицинский учебный курс. Ты сидишь за компьютером и решаешь реальные ситуационные задачи. Если набрал правильное количество баллов, тебе дают обычный образовательный кредит. Точно такой же, как если бы я повышал квалификацию, читая про рак желудка.

Российские врачи боятся, что как только они начнут сообщать больным о том, что в их лечении начались осложнения, пациент тут же начнет «качать права». Или прямиком побежит в полицию.

В первую очередь пациент, если у него случилось осложнение, хочет услышать от врача прогноз, чем это может ему грозить. Пациент хочет знать, что происходит и как это можно исправить. Второй вопрос — почему это с ним происходит. И только в последнюю очередь — кто виноват. Это обычная последовательность. Пациенту, которому плохо, хочется побыстрее из этого состояния выкарабкаться. У врача точно такое же желание побыстрее вылечить человека. Наши цели тут полностью совпадают.

Потом, когда мы оба вышли из беды и все закончилось с тем или иным результатом, тогда и вопрос возникает: подавать ли в суд? Иск подают не потому, что случилось что-то, а из-за чувства несправедливости. Количество судебных исков на несколько порядков меньше, чем количество ошибок. Так происходит во всех без исключения странах, где проводились такие исследования.

То есть пациент поступает в ответ точно так же, как и с ним обошлись?

Этот феномен хорошо описан исследователями. Если у человека осталась обида, что с ним плохо поступили, он может что-то сделать по этому поводу. Даже если и видимых причин нет, из пальца высосет ситуацию. Часто это и происходит. Соответственно, доктору надо обратить внимание, чтобы у пациента не осталось чувства несправедливости.



Но если врач действительно ошибся и пациент умер — при чем тут чувство несправедливости? Разве врач не должен за это ответить?

Я говорю с вами не с позиций морали, не с точки зрения того, что такое хорошо, а что — плохо. Речь исключительно о профессиональной стороне общения. Она подразумевает меркантильные вещи. Моя задача — прежде всего жить и радоваться здесь, а не попасть под суд. И я более чем уверен, что это разделяют все мои российские коллеги.

Одна из громких историй, которая до сих пор еще не закончена в России, — это дело гематолога Елены Мисюриной. Суд осудил ее на два года, посчитав, что пациент умер в результате осложнений после

выполненной ею процедуры трепанобиопсии.

Вы действительно считаете, что кому-то есть дело — повредила Мисюрина сосуды больного или нет? Нет конечно. И даже родственники умершего не это хотели бы знать. В первую очередь они хотят, чтобы их чувство справедливости было удовлетворено. Скорее всего, вначале даже и вопрос-то не вставал — идти ли в суд. Но их как обычно отпинывали: «Да это не я сделал. Это все он виноват».

Но сейчас как эту ситуацию можно исправить?

Это безвыигрышное дело, потому что оно находится в юридической плоскости. Как исправить — это уже вопрос к юристам, а не к докторам. Поэтому надо работать на опережение. Из истории с Мисюриной можно сделать два организационных вывода. Когда ты проводишь инвазивную процедуру, то обязательно надо иметь какую-то форму учета, где фиксировать все, что потом произошло с пациентом. На то, чтобы позвонить и узнать, уходит 15 секунд. Обычно даже не доктор этим занимается, а медсестры.

В американских больницах такие звонки обязательны?

Везде по-разному. Просто я не хочу иметь судебных исков, поэтому поступаю так. Если узнал, что с пациентом что-то не то, включаюсь в процесс, поддерживаю связь с родственниками или с самим пациентом: «Мне жаль, что так вышло, но я приложу все усилия, чтобы исправить ситуацию. Обязательно звоните, я во всем помогу».



Такой звонок можно расценить как признание собственной вины.

Мы сейчас говорим не о том, кто виноват. Осложнение произошло после моей процедуры. В первую очередь, я забочусь все же не о себе, а о своем пациенте. И этот тезис — опять не из области морали, а исключительно практические соображения. У доктора, который беспокоится о своем клиенте, вероятность попасть в беду, вероятность отвечать по судебному иску — на несколько порядков ниже.

Правильное общение, контроль за системными медицинскими проблемами помогают снизить

количество судебных исков в Америке?

В многочисленных исследованиях показано, что помогают. Но статистика по судебному преследованию все равно удручающая. За карьеру хирурга-онколога вероятность получить иск к 65 годам имеют девять врачей из десяти. То есть это практически гарантировано каждому.

Может, тюрьма?

Минное поле. Но врачей в Европе и Америке хотя бы в тюрьму не сажают за врачебные ошибки, как в России.

Мне действительно трудно сравнивать, что хуже — уголовная или гражданская ответственность. Но один мой приятель, посмотрев на сумму исков, предъявляемых врачам, сказал: «Может, я лучше посижу в тюрьме?»



рабочем месте».

Допустим, все американские врачи овладели техникой гашения конфликтов. Выходит, за свои действия они вообще никак не отвечают?

Администрация медучреждения, сам пострадавший пациент или его представители могут обратиться в профессиональное сообщество или в то учреждение, которое выдает лицензию на врачебную деятельность. И вполне вероятно, что доктора могут лишиться этой лицензии.

Жалобу могут также подать не только руководство, но и коллеги врача. Это делается просто, без всяких бюрократических проволочек. Достаточно обычного письма: «Я заметил то-то и считаю, что он поступил непрофессионально». Или: «Я увидел его пьяным на

Коллегами это не будет расценено как стукачество?

У меня как у врача ответственность в первую очередь перед больными.

Вы хотите сказать, что корпоративная порука в США отсутствует?

Я так не говорил. Систематическая ошибка — когда члены одного сообщества покрывают друг друга — широко известна. И врачей еще в вузе учат не поддаваться этому. Наставники всегда говорят: если ты считаешь, что интересы больного ущемлены, ты должен действовать.

Первая заповедь резидентуры, которую я усвоил: если среди ночи твой напарник-хирург повел себя не так, как ты считаешь нужным, позвони главному хирургу. У тебя обязательство прежде всего перед больным. И обоснованная критика считается нормальным профессиональным поведением.

Я знаю, что в России во многих больницах подобное трактовалось бы как предательство.

Если ходить на службу из-за того, что есть больницы, то есть здания, а работа получается ради работы, может так выйти. Естественно, в такой ситуации коллеги более ценны, чем пациенты.

Уровень величия

У нас сейчас идет много дискуссий вокруг щекотливого момента. Допустим, врач совершил ошибку и пациент погиб. Но это был безнадежный пациент. Он и так бы умер. Пусть не через два дня, а через месяц. А если врача накажут, пострадают еще 200-300 больных, которых этот гениальный доктор мог бы вылечить. Может действительно следует в таких случаях учитывать «масштабы»?

Если так рассуждать, в медицине вообще нечего делать. Тогда я закрываю свой кабинет и ухожу заниматься чем-то другим. В медицине штучное производство: один пациент в одну единицу времени. А если думать категориями «сейчас не получилось, но ничего, у меня там еще 300 пациентов на очереди» — то это просто смешно.

Мания величия действительно присуща врачам, особенно хирургам. Нужно просто иметь в виду, что такое поведение со стороны неприятно. И более того — вредит. Ты постепенно начинаешь прощать себе ошибки. Сначала маленькие, а потом большие. Это известная дорога под откос. И я стараюсь ее избежать.

Доктора работают для пациентов. А не в целом для развития медицинской отрасли или какой-то больницы. В утилитарном представлении для меня важен не прогресс медицины как таковой, а что я могу сделать для моего конкретного клиента. И пациенты очень хорошо это чувствуют. У нас в клинике отделение называется «Служба онкологии». Мы служим пациенту, если сказать по-простому.

При доходах, которые имеют американские врачи, они могут и послужить.

В России уровень доходов у всех врачей тоже разный. И не в деньгах дело — если доктору увеличить зарплату, профессионализма от этого автоматически не прибавится. Служа пациенту, я получаю гораздо больше удовольствия от работы. У меня нет постоянного конфликта, что меня недооценивают, что больные на меня жалуются, что уровень моего величия никто не понимает. Моя цель — сделать все для пациента. И если получается положительный результат, то мы вместе радуемся. Если отрицательный результат — вместе печалимся.

Долго ли нужно учиться профессиональному общению?

Все зависит от того, насколько подготовлено общество. Когда я начал заниматься с врачами-ординаторами из России, то думал, что семинара по общению будет достаточно. Но ошибался. В российских больницах нет среды для этого. Многие практикующие врачи не понимают нужности коммуникаций.

Когда ребята на практике начинают применять то, чему мы их учили, разговаривать с пациентом по всем канонам — выглядят, как гадкие утята. То есть необычно, диковато. И я даже удивляюсь, как они меня не послали с этими тренингами. Но, думаю, единственное, почему они продолжали этим заниматься, — чувствовали очевидную отдачу от пациентов. Если не иметь среды, то обучение может длиться долго — год-два.

Может, все затягивается из-за того, что западные методы в России не работают?

Возможно. Но это опять же гипотеза, точно такая же, как моя о том, что люди везде одинаковы. В России на тему общения врачей и пациентов мало научных исследований.

Каких, например?

Например, спросить пациентов, что им важно, по каким принципам они оценивают работу докторов, что им хочется услышать при общении с врачами, что их раздражает. Это просто научные вопросы, которые были бы интересны, из которых можно было бы слепить гипотезу, чтобы потом ее протестировать.

В России эти вопросы пациентам тоже задаются, но в рамках социологических исследований.

Какая разница социологам, как врач будет разговаривать с больными? Что социологи понимают в медицине или хирургии? Это я как хирург заинтересован в том, какие приемы использовать, чтобы побыстрее закончить неудобный разговор, не обижая при этом пациента. Подобные научные исследования на самом деле — отличная работа для студентов и ординаторов. Но им кто-то должен эту идею подать.