

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. Тактика сообщения «плохих новостей» пациенту	6
Информационный блок	6
1.1. Плохие новости: понятие, классификации, как сообщить пациенту (протокол SPIKES).....	6
1.2. Предложения по сообщению плохих новостей.....	15
Вопросы и задания для самоконтроля	18
Практический блок	18
Упражнения на самосовладание	18
Анализ сообщения плохих новостей – сценарии.....	19
Тренинг «Сообщение плохих новостей»	25
Контрольно-оценочный блок.....	25
Задание 1. Тема «Сообщение плохих новостей»	26
Задание 2.....	27
Сценарии для тренировки коммуникативных навыков сообщения «плохих новостей».....	32
Сценарий для тренировки коммуникативных навыков сообщения «плохих новостей»	40
Список рекомендуемой литературы.....	42
Глава 2. Врачебная ошибка: как сообщить пациенту	44
Информационный блок	44
2.1. Что такое врачебная ошибка?	44
2.2. Двухэтапный план раскрытия медицинских ошибок	46
2.3. Протокол CONES/КОПЭС: как сообщать о врачебной ошибке пациенту	52
Вопросы и задания для самоконтроля	56
Практический блок	57
Интервью «О врачебной ошибке».....	57
Тренинг по формированию коммуникативных умений, направленных на сообщение пациенту о врачебной ошибке	68
Контрольно-оценочный блок.....	99
Список рекомендуемой литературы.....	103
Приложение 1.....	104

Глава 1. Тактика сообщения «плохих новостей» пациенту

Быть коммуникатором, проводником, т.е. главным человеком, сообщающим неприятные новости пациенту и его родственникам, – непростая задача с психологической точки зрения. Как подготовиться к ее решению? Об этом и пойдет речь в данной главе. Актуальность темы усиливается еще и тем, что согласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **врач обязан сообщать информацию о здоровье пациенту лично** (статья 22 «Информация о состоянии здоровья») [7, 8]. Для этой ситуации необходимы специальные коммуникативные навыки, которые требуют от врача непрерывного совершенствования.

В результате изучения информационного блока и выполнения упражнений, представленных в практическом блоке главы, вы:

узнаете:

- в чём состоит разница между плохой и неприятной новостью;
- классификацию плохих и неприятных новостей с учётом своей врачебной специальности;

- протокол SPIKES для сообщения плохих новостей,

научитесь:

- следовать протоколу SPIKES при сообщении пациенту (родственнику пациента) плохой или неприятной новости.

Информационный блок

1.1. Плохие новости: понятие, классификации, как сообщить пациенту (протокол SPIKES)

Справка. Статья 22. Информация о состоянии здоровья

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о

прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, признающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в ч. 3 ст. 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.

(в ред. Федерального закона от 25.11.2013 № 317-ФЗ)

5. Пациент либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (часть 5 в ред. Федерального закона от 29.07.2017 № 242-ФЗ) [8].

Плохие новости – это новости, когда врач должен сообщить пациентам, партнерам и членам семьи о смертельной болезни, неизлечимой болезни, увечье, внезапной или прогнозируемой смерти [3].

Плохие новости содержат:

- сообщение о тяжелых заболеваниях, но с обратимыми процессами (например, сифилис, туберкулез и т.д.);

- сообщение о смертельных заболеваниях с необратимыми процессами (например, ВИЧ, СПИД, лейкемия, рассеянный склероз, злокачественные опухоли с метастазами и т.д.);

- сообщение о неизлечимых заболеваниях с тяжелыми или необратимыми последствиями (например, сахарный диабет, болезнь Дауна, гемофилия, шизофрения, эпилепсия и т.д.);

- сообщение об инвалидизации пациента (например, в результате резекции нижней челюсти);

- сообщение родственникам о смерти пациента, как о свершившемся факте [3].

Неприятные новости – это новости, в ответ на которые у пациента могут возникнуть такие эмоциональные реакции, как страх, тревога, волнение, печаль, огорчение.

Неприятные новости содержат сообщение врачом пациенту:

- о предстоящей операции;
- о хроническом заболевании (например, бронхит, артериальная гипертензия и т.д.);
- о переломе конечности, которое вызывает у пациента переживание неприятного характера (тревога, страх, огорчение и т.д.) [3].

Сообщение плохих новостей пациентам: как это делать

Сообщение плохих новостей является сложной коммуникативной задачей. Помимо вербального компонента необходимы и другие навыки, включая реагирование на эмоциональные реакции пациента; вовлечение пациента в процесс принятия решения; работа со стрессом, созданным ожиданиями пациента о лечении; участие в беседе нескольких родственников пациента, а также дилемма о том, как дать надежду пациенту в том случае, когда ситуация безнадежная. Сложность коммуникации и взаимоотношений могут иногда создавать серьезные проблемы, такие как недопонимание пациентом прогноза заболевания и цели лечения. Плохое общение также может препятствовать цели понимания пациентом ожидания от лечения или вовлечения пациента в планирование будущего лечения.

В литературе и медицинской практике предложено и опробовано несколько протоколов ведения сложных разговоров при коммуникации врачей с пациентами (*Buckman, FineRabow, McPhee* и др.) [2, 3, 10]. Они дополняют друг друга, предлагают учитывать другие факторы, которые надо иметь в виду при сообщении плохих новостей, включают в себя физические и социальные условия и специфику самого сообщения. В частности, место должно быть тихим, удобным и изолирован-

ым. Что касается структуры, то плохие новости должны быть сообщены тогда, когда это удобно пациенту, без каких-либо перерывов, с достаточным запасом времени и лично. В идеале тому, кто получает плохие новости, должно быть предоставлено право выбора быть с кем-то вместе, кто может поддержать. Если говорить о человеке, приносящем плохие новости, то он должен быть подготовлен: понимать, какой информацией пациент уже владеет, вселить немного надежды, позволить случиться эмоциональной реакции, выслушать вопросы и подвести итоги встречи. Новости следует сообщать с эмпатией и уважением на языке, понятном пациенту, без медицинского жаргона и специальных терминов [2].

Мы предлагаем ординаторам овладеть протоколом SPIKES для сообщения плохих новостей. Он состоит из шести шагов. Цель протокола состоит в том, чтобы позволить врачу выполнить четыре наиболее важные задачи при сообщении «плохих новостей»:

- получение информации от пациента;
- передача пациенту медицинской информации;
- оказание психологической поддержки пациенту;
- просьба о дальнейшем сотрудничестве пациента при обсуждении стратегии лечения [5, 9].

The S-P-I-K-E-S (O-B-P-3-Э-С) Протокол [1] O-B-P-3-Э-С Протокол

- O** – обстановка для беседы;
- B** – восприятие;
- P** – приглашение;
- 3** – знание;
- Э** – эмоции;
- С** – стратегия и обобщение.

O – Обстановка – Обеспечьте подходящее место для беседы

- Ведите беседу в тихом месте.
- Подготовьтесь к беседе и предвосхитите реакцию пациента (семьи).
- Пусть присутствуют ключевые фигуры (по желанию пациента).
- Усадите пациента как можно ближе к себе, без барьеров.
- Сядьте, постарайтесь быть спокойным, установите контакт на уровне глаз.

B – Восприятие – Оцените понимание пациентом серьезности состояния

- Спросите, что пациент и его (её) семья уже знает (знают):
–«*Расскажите мне, что вы понимаете о своем состоянии*»
–«*Что вам говорили другие врачи?*»
–«*Я хотел (-а) бы знать, что правильно понимаю ваше состояние, так, расскажите мне ...*»

- Оцените уровень понимания пациента и членов семьи.
- Запишите несоответствия между пониманием пациента и истинным положением дел.
- Следите за признаками отрицания.

II–Приглашение – Получите разрешение вести беседу СПРОСИТЕ, перед тем, как ГОВОРИТЬ.

- Определите цели беседы – спросите пациента, хочет ли он (а) знать детали медицинского состояния (лечения):
–«*Я бы хотел (а) обсудить результаты, хорошо?*»;
–«*Сегодня я планирую обсудить ... Хорошо?*»
- Примите право пациента не знать.
- Предложите ответить на любые вопросы пациента (члена семьи).

3–Знание – Объясняя факты

- Избегайте медицинского жаргона, объясняя факты так, чтобы пациент понял.

НЕЛЬЗЯ: «*У вас очаг деструкции костной ткани в области корней зубов 4.6, 4.7 размерами 2 на 2 см.*»

НУЖНО: «*У Вас большая доброкачественная опухоль нижней челюсти справа величиной 2 сантиметра.*»

- Заполняйте любые паузы, которые были на этапе «Восприятие».
- Давайте информацию малыми порциями.
- После каждой порции спрашивайте пациента, слушает ли он (она).

Э – Эмоции – Эмпатийный ответ – Поддерживайте

- Работайте с эмоциями по мере того, как они появляются (пациенты, находящиеся в крайне эмоциональном состоянии, не понимают, что Вы говорите).
- Используйте вопросы открытого типа и прямые вопросы для исследования чувств пациента:
–«*Расскажите мне, как Вы себя чувствуете?*»;

«*Ничего это огорчило Вас?*»

• Отвечайте на эмоции с эмпатией и твёрдо:

«*Я понимаю, Вы это не ожидали*»

«*Многие бы расстроились, узнав об этом.*»

• Не используйте фразу «Давайте поговорим об этом»:

пациент: «*Я не знаю, как сказать моим детям.*»

врач: «*Давайте поговорим об этом.*»

• Старайтесь, чтобы эмоции не овладели и вами.

• **ИЗБЕГАЙТЕ** ложных заверений:

–«*Все будет хорошо*»

–«*Вы обязательно поправитесь.*»

Примечание: ваши чувства могут отличаться от чувств пациента.

Вам не нужно соглашаться с чувствами пациента.

С – Стратегия и Обобщение – Завершение интервью Стратегия

- Решите, какой план лечения будет наилучшим для пациента.
- Мысленно оцените ожидания пациента от лечения и исход или внесите ясность в них.
- Порекомендуйте стратегию, как продолжать.
- Сотрудничайте и согласуйте план.
- Попросите пациента повторить вам, как он (она) понял (- а) план.
- Напишите план для пациента, чтобы он (она) мог (-ла) взять домой.

Обобщение

- Подведите итог беседы.
- Предложите ответить на вопросы (будьте готовы к жестким вопросам).

Пациент: «*Значит ли это, что я буду постоянно принимать лекарства?*»

Врач: «*Давайте обсудим, что Вас беспокоит.*»

Пациент: «*Меня можно вылечить?*»

Врач: «*К сожалению, это маловероятно.*»

Пациент: «*Как долго я проживу?*»

Врач: «*Мы можем это обсудить, но сначала скажите, почему Вы спрашиваете?*»

Комментарий к Протоколу

Шаг 1: Настройте беседу (S–SETTING UP the interview)

Ментальная репетиция является полезным способом для подготовки к стрессовой ситуации. Это может быть достигнуто путем обзора плана будущей беседы с пациентом, а именно: каким образом вы будете реагировать на эмоциональное состояние пациента и его трудные вопросы. Как вестник плохих новостей, вы должны ожидать, что будете испытывать негативные эмоции, отчаяние и ответственность. Полезно напомнить, что сообщение плохих новостей может расстроить пациента, но в то же время данная информация будет очень важна для планирования будущего пациента.

Несколько полезных рекомендаций.

Организируйте общение наедине. Если беседа с пациентом в отдельной комнате невозможна, то можно отгородить постель/кресло пациента при помощи шторы (ширмы).

Задействуйте в разговоре значимых для пациента людей. Большинство пациентов желают присутствие в разговоре кого-то еще, однако этот выбор должен сделать пациент. Когда членов семьи очень много, попросите пациента оставить одного или двух ближайших родственников.

Присядьте. Тот факт, что вы присели рядом с пациентом, ослабит его, а также говорит о том, что вы не будете спешить в разговоре. Когда вы сидите, вы не должны иметь барьеров между вами и пациентом (например, в виде стола). Если вы только что обследовали пациента, то перед началом разговора предложите ему одеться.

Наладьте связь с пациентом. Поддержание зрительного контакта может быть некомфортно, однако, это важный способ создания взаимопонимания между вами. Прикоснитесь к руке пациента, держите его за руку (если, конечно, ему это комфортно), либо используйте другие методы для достижения взаимопонимания.

Управляйте ограничением времени и отвлекающими факторами. Сообщите пациенту о том, у вас ограниченное время и вы ожидаете, что вас могут отвлекать от разговора. Отключите на время разговора свой мобильный телефон и попросите коллег вас не беспокоить.

Шаг 2: Оценка восприятия пациента (P – Assessing the Patient's PERCEPTION)

Шаги 2 и 3 протокола SPIKES являются точками в беседе, где вы осуществляете аксиому «прежде чем сказать – спроси», т.е. прежде чем обсуждать медицинские данные, врач при помощи открытых вопросов создает точную картину того, как пациент воспринимает ситуацию – что он понял и насколько важно это для него. Например: «*Что Вы расскажете о своей болезни до этого момента?*» или «*Как Вы думаете,*

какие вы возможности вам КЛКТ?». Основываясь на полученной информации, вы сможете скорректировать имеющуюся у пациента дезориентацию и сообщить плохие новости пациенту с учетом того, что пациент не понимает. Это также поможет выполнить важную задачу – определить есть ли у пациента какая-нибудь форма отрицания болезни: игнорирование желаемого за действительное; пропуск существенных, но незначительных деталей своей болезни или нереальные ожидания от лечения.

Шаг 3: Получение приглашения пациента (I – Obtaining Patient's INVITATION).

В то время как большинство пациентов желает получить полную информацию о своем диагнозе, прогнозе и деталях своей болезни, некоторые пациенты не хотят видеть полную картину. Когда врач слышит желание пациента получить полную информацию о своей болезни, это способствует снижению волнения при сообщении плохих новостей. Однако избегание информации является действенным механизмом психологической защиты и проявляется более вероятно при тяжелом течении заболевания. Примеры вопросов, задаваемых пациенту врачом: «*Как бы Вы хотели, чтобы я сообщил Вам о результатах исследований?*» или «*Вы хотели бы получить полную информацию о результатах исследования или кратко обозначить результаты и подробно обсудить план лечения?*». Если пациенты не хотят знать детали, предложите ему ответить на любые интересующие его вопросы, которые появятся в будущем или поговорить с родственниками и друзьями.

Шаг 4: Дайте информацию пациенту (K – Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient).

Предупреждение пациента о том, что вы сообщаете ему плохие новости, может уменьшить шок от их последующего получения и способствовать более легкому пониманию полученной информации. Примеры фраз, которые могут использоваться для этих целей: «*К сожалению, у меня для вас плохие новости*», «*Я сожалею о том, что должен вам сообщить*».

Сообщение медицинской информации – одна сторона диалога между врачом и пациентом – может быть лучше, если придерживаться нескольких рекомендаций.

Во-первых, начинайте разговор на уровне понимания и словарного запаса пациента.

Во-вторых, используйте общедоступные слова вместо специальных терминов, таких, как «распространение» вместо «иррадиации» или «кусочек ткани» вместо «фрагмент».

В-третьих, не используйте чрезмерного «затупления» («У вас очень плохой рак, и если Вы не получите немедленного лечения, то умрете»), так как это приведет к отстранению пациента, а впоследствии он будет зол на вас, обвиняя вас как посланника плохих новостей.

В-четвертых, сообщайте информацию небольшими частями и периодически проверяйте, понимает ли вас пациент или нет.

В-пятых, если прогноз плохой, при общении избегайте таких фраз, как «Мы ничего больше не можем сделать для вас». Такая позиция не учитывает тот факт, что пациенты часто имеют другие цели лечения, такие как отсутствие боли и других симптомов болезни.

Шаг 5: Относитесь к эмоциям пациента с сочувствием (Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses).

Реагирование на эмоции пациента – одна из наиболее сложных задач при сообщении плохих новостей. Эмоциональные реакции пациента могут быть различны, от молчания до неверия, плача, отрицания или гнева. Когда пациенты узнают плохие новости, их эмоциональные реакции проявляются в виде шока, изоляции и горя. В этой ситуации врач может поддержать пациента, быть солидарным с ним при помощи эмпатии (сочувствия). Эмпатия состоит из четырех шагов.

Во-первых, смотрите на любые эмоции со стороны пациента. Это могут быть слезы, печальный взгляд, тишина или шок.

Во-вторых, определите эмоции, которые испытывает пациент, назвав их для себя. Используйте открытые вопросы для того, чтобы узнать, что пациент думает или чувствует.

В-третьих, определите причину этих эмоций. Обычно это связано с плохими новостями. Но, если вы не уверены в этом, снова спросите об этом пациента.

В-четвертых, после того как вы дали пациенту короткий период времени для выражения своих эмоций, позвольте пациенту понять, что вы связаны с причиной этих эмоций. Например: «Я знаю, что это не то, что вы хотели бы услышать. Я хотел бы, чтобы новости были лучше», «Я вижу эти новости печальные для вас».

Шаг 6: Стратегия и резюме (S– STRATEGY and SUMMARY).

Пациенты, ясно представляющие свое будущее, с меньшей вероятностью чувствуют тревогу и неопределенность. До обсуждения плана лечения важно спросить пациента, готов ли он сейчас к этому обсуждению. Это создаст впечатление, что врач считает желание пациента важным. Проверка понимания пациентом ситуации и цели лечения

позволит ему реально оценивать эффективность лечения. Разделение ответственности за принятие решения с пациентом может также снизить любое чувство неудачи со стороны врача, когда лечение не эффективно [5, 9].

1.3. Предложения по сообщению плохих новостей

В ситуации сообщения плохих новостей полезными могут оказаться Предложения по сообщению плохих новостей, сформулированные в «Калгари-Кэмбриджских руководствах» [2].

Подготовка.

- Назначьте встречу как можно скорее.
- Отведите достаточно времени для разговора без помех; удостоверьтесь, что вам не мешают.
- Проведите встречу в уютной, знакомой обстановке.
- Предложите пациенту пригласить с собой супруга, родственника или друга.
- Тщательно подготовьте все касающееся медицинской ситуации, всю документацию; проверьте, что вы знаете о пациенте.
- Насколько это, возможно, отставляйте в сторону собственный «груз» и чувства.

Начало встречи (подготовка).

- Опишите сложившуюся к этому моменту ситуацию; сверьтесь с пониманием пациента.
- Выясните, что произошло после последней встречи.
- Попробуйте определить, что думает (чувствует) пациент.
- Согласуйте план разговора.

Обмен информацией.

- Первым делом оцените осведомленность пациента; что он уже знает, что думает, что ему говорили.
- Оцените, как много пациент хочет знать.
- Сначала предупредите путем «пробного выстрела», что сейчас последует трудная информация, например: «Боюсь, нам предстоит поработать...» или «Боюсь, дело хуже, чем хотелось бы...».

Глава 2. Врачебная ошибка: как сообщить пациенту

Врачебная ошибка – это самая сложная, деликатная и «закрывающаяся» тема для обсуждения в медицинской среде. Факт врачебной ошибки тяжело переживается каждым врачом и часто становится его личной проблемой и даже трагедией. Об ошибках редко говорят с коллегами и, тем более, с ординаторами, а если это и случается, то в узком кругу и в доверительной обстановке.

Что считать врачебной ошибкой? Как и с кем обсуждать врачебную ошибку? Сказать пациенту правду об ошибке или не сказать? Нужно ли? В каких случаях? Как это сделать? Об этом и пойдет речь в данной главе. Конечно, не на все вопросы вы найдете ответы сразу, но и понятно. Нужно время, и немалое, для осмысления проблемы и собственной практики.

В результате изучения информационного блока и выполнения заданий, представленных в информационном и практическом блоках главы, Вы

знаете:

понятие врачебной ошибки с медицинской и юридической точки зрения;

различные классификации ошибок и виды причин, приводящих к ошибке врача;

двухступенчатый план сообщения пациенту о врачебной ошибке и протокол CONES/КОПЭС для сообщения пациенту/родственнику пациента о врачебной ошибке;

умеете:

выбирать тактику взаимодействия с пациентом при сообщении ему о врачебной ошибке.

Информационный блок

2.1. Что такое врачебная ошибка?

В медицинской литературе высказано несколько мнений по поводу понятия «врачебная ошибка». Одни специалисты считают, что это ошибка врача в профессиональной деятельности вследствие добросовестного заблуждения при отсутствии небрежности, халатности или невежества [1]. Согласно другому взгляду это – непра-

вильное действие (или бездействие) врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике [11]. С юридической точки зрения среди врачебных ошибок необходимо различать противоправные виновные деяния медицинских работников и случаи причинения вреда пациенту при отсутствии вины. Противоправные, виновные деяния квалифицируются как преступления или проступки и влекут уголовную, дисциплинарную, гражданско-правовую ответственность [11].

Если в причинении вреда здоровью пациента нет вины медицинского персонала, то нет и конкретного состава правонарушения, а значит, нет и ответственности. То есть, необходимо говорить о наличии субъективных и объективных причин ошибок при оказании медицинской помощи.

Субъективными причинами наказуемых врачебных ошибок, которые приводят к причинению вреда здоровью пациента или его смерти являются, например, невнимательное или неполное обследование пациента, небрежное выполнение операций, неадекватная оценка клинических и лабораторных данных, неправильная формулировка диагноза, небрежный уход за пациентом. Они совершаются вследствие неосторожности или недостаточного уровня знаний.

В стоматологии принято выделять следующие виды врачебных ошибок:

- 1) диагностические (в диагностике заболеваний и их осложнений, не выявленное заболевание, либо ошибочный диагноз заболевания или осложнения);
- 2) лечебно-тактические (являются как следствие диагностических ошибок);
- 3) манипуляционные (просчеты в проведении лечебных манипуляций, процедур, методик);
- 4) организационные (недостатки в организации тех или иных видов медицинской помощи, необходимых условий функционирования той или иной службы);
- 5) деонтологические (в поведении врача, его общении с больными и их родственниками, средним и младшим медперсоналом);
- 6) ошибки в заполнении медицинской документации (малопонятные, неточные записи в амбулаторной карте стоматологического больного, неправильное ведение повторных посещений, вы-

писки при направлении больного в другое медицинское учреждение) [1].

2.2. Двухэтапный план раскрытия медицинских ошибок

Раскрытие медицинских ошибок этически и юридически обосновано. Понимание этого растет сейчас все больше. Однако осведомление пациента о медицинских ошибках осложняется стереотипами например, это приведёт к судебным разбирательствам, либо осложнится собственными эмоциональными реакциями врачей. Поэтому доктора не стремятся применять в своей практике стратегию раскрытия медицинских ошибок [7].

В качестве первичного руководства при общении с пациентом на тему медицинских ошибок предлагается теоретически обоснованный, удобный к применению двухступенчатый план, который врачи могут использовать в своей практике [7]. В основе плана *лежит коммуникационная теория управления конфиденциальностью*.

Она фокусируется на критических проблемах раскрытия медицинских ошибок, таких как:

- – преодоление эмоций,
- – поиск информации,
- – сроки сообщения,
- – эффективность,
- – совместное владение конфиденциальной информацией,
- – контекст,
- – последовательность сообщения информации о медицинских

ошибках.

Предложенный план обязательно должен применяться с учетом контекста, медицинского аспекта и тяжести медицинской ошибки.

Двухэтапный план раскрытия медицинских ошибок

План управления раскрытием медицинских ошибок состоит из двух этапов (табл.2.1) – подготовки врача и стратегии диалога о медицинских ошибках.

Таблица 2.1

Компоненты плана управления раскрытия ошибки

Шаг	Первичный бенефициар	Компоненты	Обсуждаемые вопросы
1. Подготовка врача для раскрытия ошибок	Врачи	Задача 1: Признание и обсуждение эмоций	Преодоление стыда; преодоление неопределенности; борьба с тревогой; борьба с угрозой ответственности
		Задача 2: Первичный поиск информации	Понимание предварительного масштаба проблемы
2. Формулирование и диалог об ошибке	Пациенты/ члены семьи, врачи	Задача 1: Контекст раскрытия информации	Время раскрытия; присутствие других людей
		Задача 2: Содержание сообщений раскрытия информации о медицинской ошибке и последовательность	Укрепление доверия. Последовательность сообщений. Прогнозирование

Зачем нужны два этапа?

Правом на владение информацией о медицинской ошибке обладают в равной степени и врач, и пациент. Без адекватной подготовки врача на первом этапе могут возникнуть сложности с раскрытием информации на втором этапе.

Если доктор сам не принял ситуацию и сообщил пациенту о случившемся без подготовки, это может причинить больше вреда, чем пользы. Скорее всего, это приведет к тому, что врач будет просить прощения у пациента, вместо того чтобы помочь ему разобраться, почему ошибка произошла.

Более того, медики, пытаясь избавиться от бремени информации о медицинской ошибке, склонны говорить быстро и уходить от темы до того, как пациент начнет задавать вопросы. Если врачи в достаточной степени готовятся к разговору, то они с большей вероятностью сместят акцент в сторону потребностей пациента, а не своих. Это обеспечит более эффективное и сострадательное сообщение о медицинских ошибках.

Шаг 1: подготовка врача к раскрытию информации о медицинской ошибке.

На первом этапе существуют две задачи, которые помогут более эффективно поговорить с пациентом о случившемся: 1) врач обсуждает и принимает собственные эмоции, 2) ищет необходимую информацию.

Признание и обсуждение эмоций

Для этой задачи нужно рассмотреть два вопроса. Во-первых, полезно признать, что существуют потенциальные эмоциональные барьеры, которые доктора должны принять во внимание. Это нужно, чтобы подготовиться к разговору с пациентом о случившемся. Во-вторых, чтобы преодолеть эти эмоциональные барьеры, их необходимо обсудить. Часто врачам сложно рассмотреть и удовлетворить личные потребности при подготовке к диалогу с больным о медицинских ошибках. Эмоции часто окружают медицинские ошибки, и они могут стать препятствием для эффективного разговора.

Потенциальные эмоциональные барьеры

В основном, врачи могут столкнуться с четырьмя основными эмоциональными и когнитивными барьерами, препятствующими эффективному раскрытию медицинских ошибок: 1) стыд, 2) неопределенность, 3) тревога, 4) угроза юридической ответственности. Каждый из этих барьеров может быть ожидаемым, воспринимаемым и реальным. Тем не менее, контроль над ними может облегчить потенциальное негативное влияние, как на эмоциональную реакцию врача, так и на процесс раскрытия информации.

Обсуждение для преодоления эмоциональных барьеров

Врачу важно преодолеть негативное отношение к разговорам с коллегами о личных чувствах, сопровождающих медицинские ошибки, поскольку уже определено, что эти стрессовые ситуации могут создать эмоциональные барьеры. Диалог с другими медиками может помочь как в работе с этими эмоциями, так и с пониманием смысла произошедшего инцидента, который привел к ошибке. Это нужно сделать перед раскрытием информации пациенту. Этот тип разговора преодолевает препятствия, возникающие в результате неопределенности относительно причины возникновения медицинской ошибки. Атмосфера открытости создает условия для обсуждения эмоций врачей.

Поиск информации

Медицинские ошибки, как правило, не являются изолированными инцидентами. Чаще они оказываются кульминацией «цепи событий и большого разнообразия сопутствующих факторов, ведущих к событию». На ранних этапах после ошибки врачи не способны сделать глу-

бкий анализ основных причин. Однако, несмотря на это, необходимо выделить основные причины, которые привели к ошибке. Лучше это делать как можно быстрее, чтобы об ошибке можно было сообщить пациенту. Уточнение событий, приводящих к ошибке, часто имеет решающее значение для рассказа пациентам о событиях, ее вызвавших. Это помогает убедить пациентов в том, что будут предприняты конкретные меры для предотвращения этих ошибок в будущем.

Шаг 2: Стратегии раскрытия ошибок

Стратегии раскрытия ошибок призваны помочь врачам управлять общением с пациентами. Они также нужны, чтобы сосредоточиться на сообщении, раскрывающем информацию о медицинской ошибке пациенту. Стратегии могут решить две задачи: 1) контекст, в котором сообщается информация об ошибке 2) содержание сообщения об ошибке, последовательность сообщения и извинения.

Контекст раскрытия информации

Для решения этой задачи необходимо учитывать два фактора: 1) сроки раскрытия информации об ошибке 2) наличие и отсутствия других людей.

Сроки раскрытия информации об ошибке

Согласно рекомендациям, раскрыть информацию об ошибке нужно как можно скорее после ее возникновения. Обычно пациенты не ожидают того, что может случиться ошибка. Следовательно, срок раскрытия информации важен. Нужно помнить, что у таких открытий обычно неожиданный характер. Врач должен принимать во внимание тот факт, что эта информация является не только сюрпризом для пациента, но и, вероятно, приведет к нестабильности эмоций. Эти новости могут быть угрозой для жизни и кардинально менять жизнь людей. Исследования показывают, что сроки раскрытия влияют на понимание раскрываемой информации, особенно в неожиданных ситуациях.

Присутствие других людей

Поскольку раскрытие информации о медицинской ошибке является неожиданным и личным событием для пациентов, они могут желать или не желать присутствия других людей во время разговора с врачом. Лучше всего, если врачи скажут, что у них есть важная информация о состоянии пациента, которую они хотят сообщить. Также стоит спросить пациента о том, комфортно ли для него присутствие членов семьи или друзей. Этот вопрос связывает открытость медика и уважение к пациенту, членам семьи и прочим, вовлеченным в процесс людям. В случае, когда пациент не способен анализировать информа-

цию или недееспособен по различным причинам, те же вопросы нужно задать членам семьи или опекунам.

Содержание сообщений об ошибках их последовательности раскрытия

Для решения этой задачи необходимо решение двух проблем: 1) стратегии сообщения информации, влияющие на доверительные отношения между врачом и пациентом 2) логическая последовательность разговора для эффективной беседы об ошибке.

Укрепление или подрыв доверия

Построение сообщений для раскрытия ошибок должно учитывать как их содержание, так и взаимоотношения между врачом и пациентом. Следовательно, есть стратегии сообщения информации о медицинских ошибках, которых следует избегать (табл.2.2). Уход от них может помочь преодолеть препятствия и с большей вероятностью сохранить доверительные отношения между доктором и пациентом.

Таблица 2.2

Стратегии диалога о раскрытии ошибки, которые следует избегать

Стратегия сообщения	Пример
Блокирование вопросов	«Давайте не будем беспокоиться об этом сейчас»
Перенаправление разговора на менее значимые аспекты ошибки	«Я хочу сосредоточиться на том, что сейчас лучше, а не на том, что вызвало проблему»
Пренебрежение ответами на вопросы	«Не беспокойтесь об этом. Завтра мы начнем лечение»
Возложение вины на пациента/членов семьи	«К сожалению, если бы Вы хорошо ухаживали за полостью рта. Чистили зубы два раза в день, меньше употребляли углеводов, то не пришлось бы лечить кариес зубов».
Перегрузка пациента/членов семьи информацией	«Перед стоматологическим лечением Вы были проинформированы о наличии в зубе глубокой полости, подписали информированное согласие на лечение кариеса. В процессе препарирования стенка зуба была истончена, поэтому не выдержала давления бора и скололась, обнажив при этом нерв. Возможно, бор был закреплен в наконечнике не совсем точно...»
Обвинение системы	«Если бы нам выделяли больше средств на закупку качественных пломбирочных материалов, то не пришлось бы устранять дефекты пломб так часто»

Последовательность сообщения информации об ошибках

Чтобы правильно сообщить о медицинской ошибке пациенту, необходимо соблюдать логическую последовательность. Это согласуется с лучшими доказательными практиками. Последовательность формирования об ошибке:

- 1) прогнозирование;
- 2) пошаговое раскрытие информации;
- 3) принесение извинений.

Важно спрогнозировать первоначальное заявление о том, что что-то пошло не так. Это позволит ментально и эмоционально подготовить пациента к получению информации о медицинской ошибке. Например, при подготовке к встрече врач-стоматолог может позвонить и сказать: «*Нина Ивановна, после проведенного обследования появилась новая информация, позволяющая скорректировать лечение и спрогнозировать течение вашего заболевания. Нам с Вами необходимо поговорить об этом.*»

Этапность – следующий шаг в логической последовательности информирования. Другими словами, врач должен разработать последовательность сообщений, которая содержит детали о причине медицинской ошибки, используя простой язык. Последовательность предполагает, что врач должен сообщать дополнительную информацию, когда понимает, что пациент понял предыдущую информацию. Это даст пациентам время, чтобы понять предыдущие дополнительные детали, которые могут быть упущены в предыдущих сообщениях. Стресс от услышанной информации о медицинской ошибке требует «времени принятия». Сообщая информацию поэтапно, вы с большей вероятностью преодолеете возможные недопонимания. Исследования говорят о том, что люди судят об общении на основании того, является ли информация негативной или позитивной, а также о степени ее актуальности. Сообщение о медицинских ошибках является негативной и неожиданной информацией. Она имеет прямое отношение к пациенту, и потому требует от пациентов когнитивных усилий. Поэтому пациентам необходимо предоставить возможность обдумать информацию без ощущения того, что врач должен перейти к обсуждению других вещей.

Если говорить о содержании информации об ошибке, исследования показывают, что пациенты хотят услышать от врачей данные целиком. В соответствии с коммуникативной теорией управления конфиденциальностью, любое раскрытие информации об ошибке должно признавать права пациента на полную информацию, связанную с инцидентом. Необходимо также подробно говорить о вреде, связанном с