

МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ: ПРИЧИНЫ И ЦЕНА «Основное – не причины вреда...»

Невзорова Диана Владимировна, главный внештатный специалист
Министерства здравоохранения РФ по паллиативной помощи
Главный врач ГКУЗ хоспис №1 ДЗМ

Максимов Кирилл Владимирович, Зам. Главного врача по лечебной работе
ГКУЗ хоспис №1 ДЗМ

Ибрагимов Ариф Ниязович, заведующий стационаром
ГКУЗ хоспис №1 ДЗМ

Медицинские ошибки:

➤ Ведущая причина смерти (> СПИД, ДТП, рак груди)

➤ 2 миллиона приобретаемых инфекций в год

➤ Постоянно растущее несоответствие качества медицинского обслуживания, предоставляемого населению с особыми потребностями (престарелые, меньшинства, сложные хронические больные, иностранцы, бедные)

Институт медицины Национальных академий США

Безопасность авиакомпании в сравнении с системой здравоохранения

Отчет ИОМ (институт медицины Национальных академий (США))

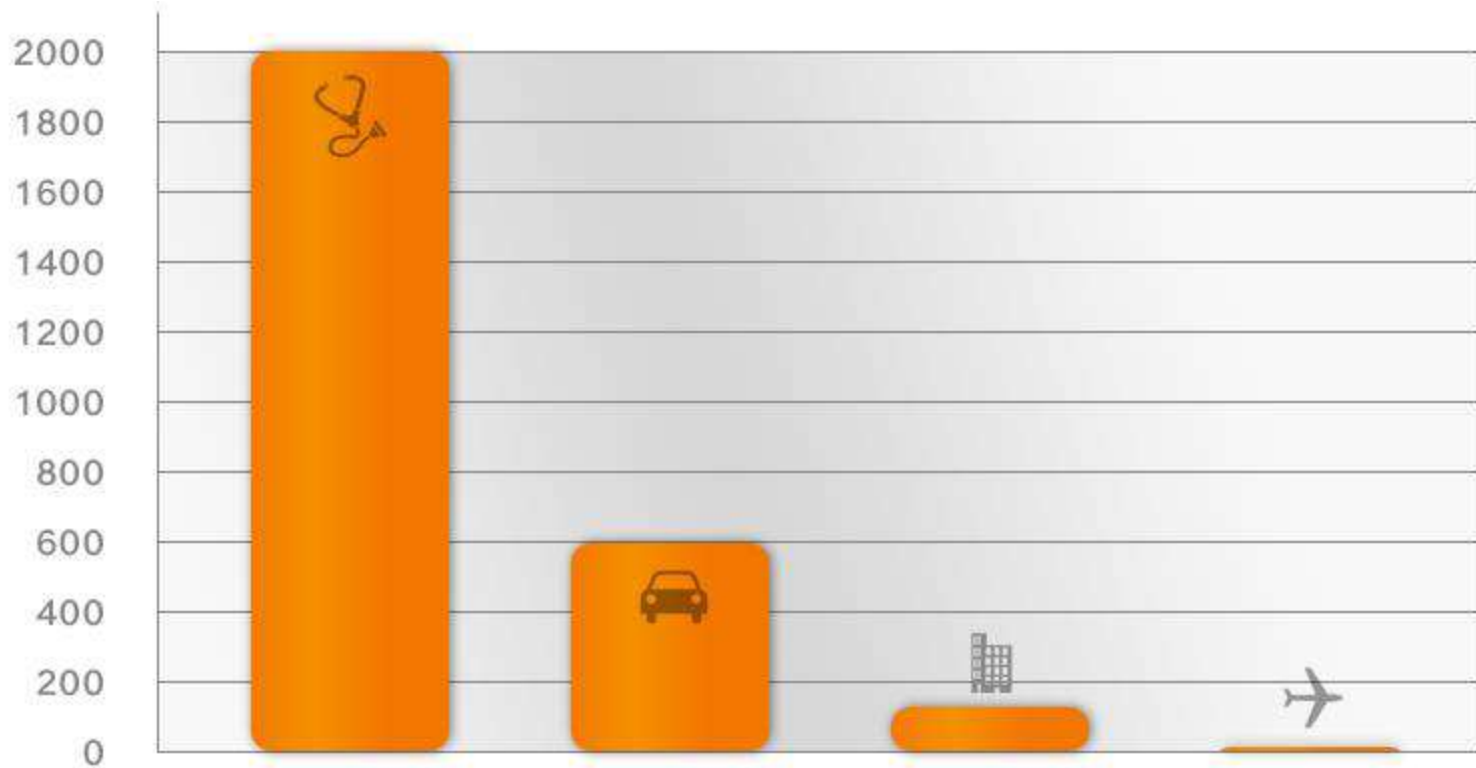
44000-98000 смертельных случаев в год происходит в больницах из-за ошибок медицинского персонала – «целый реактивный лайнер в день» (34,4млн. госпитализаций в год)

1300 -2800 смертей на миллион госпитализированных пациентов

На Американских авиалиниях: 2002-2011 гг. **1,6 смертей** на миллион рейсов

Больничное лечение в **800-1750** раз опаснее

Причины несчастных случаев



Факторы риска чрезвычайных происшествий

➤ **Пациент** — старше 64 лет

➤ **Характеристики заболевания**

Серьезное / с риском для жизни

Сочетание нескольких медицинских проблем

➤ **Продолжительная госпитализация / длительное наблюдение**

➤ **Процедура** - новаторские и сложные инвазивные процедуры

➤ **Лицо, ухаживающее за больным**

Отсутствие специализации и опыта, долгие часы работы

Чрезмерная уверенность в себе (стаж? рутина?)

➤ **Отделение** –

неотложной медицинской помощи

отделение реанимации

операционная

Клинический случай

Пациент: мужчина, 1947 г.р. (66 лет) Инвалид I гр.

Диагноз: Рак головки поджелудочной железы T3N1M0. Состояние после комплексного лечения (хирургическое + химиолучевое лечение СОД 60 Гр. в 2012-13гг.+ 4 курса химиотерапии февраль - март 2013г). Прогресс заболевания в декабре 2013г: продолженный рост опухоли, mets в печень, асцит, раковая кахексия, хронический болевой синдром.

Сопутствующая патология: Гипертоническая болезнь, гастродуоденит

Находился под наблюдением выездной службы ПМХ
с **30.01.2014 г.** по **10.02.2014 г.**

Жалобы при поступлении: На общую слабость, отеки ног, боли жгучего, опоясывающего характера в верхней половине живота, усиливающиеся преимущественно в ночное время, отрыжку, частые позывы на тошноту и рвоту, снижение аппетита, запоры.

Принимает:

в течении 1 месяца получает ТТС Дюрогезик 50 мкг/ч,
НПВС в течении 1 года (при болях до 3-4 р/сут)
Ферменты (креон, панкреатин не регулярно)

Анамнез заболевания:

11.2011г. диспансеризация:

данные УЗИ: опухолевое образование в поджелудочной железе.

Заключение: псевдотуморозный панкреатит.

Дальнейшее обследование не проводилось.

09.2012г. появление болей в животе, прогрессирующая потеря веса,

Диагноз: опухоль поджелудочной железы (УЗИ), опухолевая инфильтрация головки поджелудочной железы, метастазы в лимфатические узлы ворот печени

09.2012г. гепато-панкреато-дуоденальная резекция

До 07.2013г. химиолучевое лечение, с дальнейшими курсами химиотерапии

10.2013г. прогресс болезни: продолженный рост опухоли, множественные метастазы в печень, асцит.

Больной признан паллиативным

С 10.2013г. по 01.2014г. Пациент наблюдался районным онкологом и терапевтом без привлечения специалистов паллиативной помощи

28.01.2014г. районный онколог выдал направление в Хоспис №1 (в округе, где проживал больной нет отделений ПМП, кабинетов или хосписа)

30.01.14г. (четверг) заведена медицинская карта, документы принесла жена пациента,.

03.02.2014г. (понедельник) Осмотр врача хосписа на дому, в связи с имеющимися жалобами на прорывы болей в животе, обсуждено увеличение дозы ТТС Дюрогезик до 75 мкг/ч, (пациент отказался, так как боли прорывного характера).

Рекомендовано:

ТТС Дюрогезик в прежней дозировке 50мкг/ч + морфина гидрохлорид 1%-1,0 п/к 2-3 раза в сутки при усилении болей

Дексаметазон 8 мг через рот в 10.00 после еды

Ранитидин 250 мг 2 раза в день *(утром и на ночь через рот)

Верошпирон (спиронолактон) 50 мг утром

Фуросемид 40мг 1 т. натошак 3 дня) контроль диуреза

Натрия аспарагинат 3 таб в день

Гутталакс 7,5 мг (1 мл) натошак

Церукал (метоклопрамид) 10 мг по 1 таб до еды

04.02.2014г. 15.00 визит медицинской сестры хосписа: состояние больного без динамики, болевой синдром сохраняется

04.02.2014 г. 16.00 осмотр районного терапевта, рекомендовано прийти в поликлинику за рецептом на морфин **20 мг/сут.**

Ночь с 04.02.2014 на 05.02.2014 г. Пациент не спал из-за выраженных болей, 2 р вводился кеторол 2,0 в/м

05.02.2014 г. Прием с 15.00, Рецепт, выданный жене на руки в 18.50, не принят в аптеке, в связи с отсутствием печати организации

КОНЕЦ рабочего дня

Ночь с 05.02 на 06.02 больной плохо спал из-за выраженных болей, вводился в/м 3 р кеторол

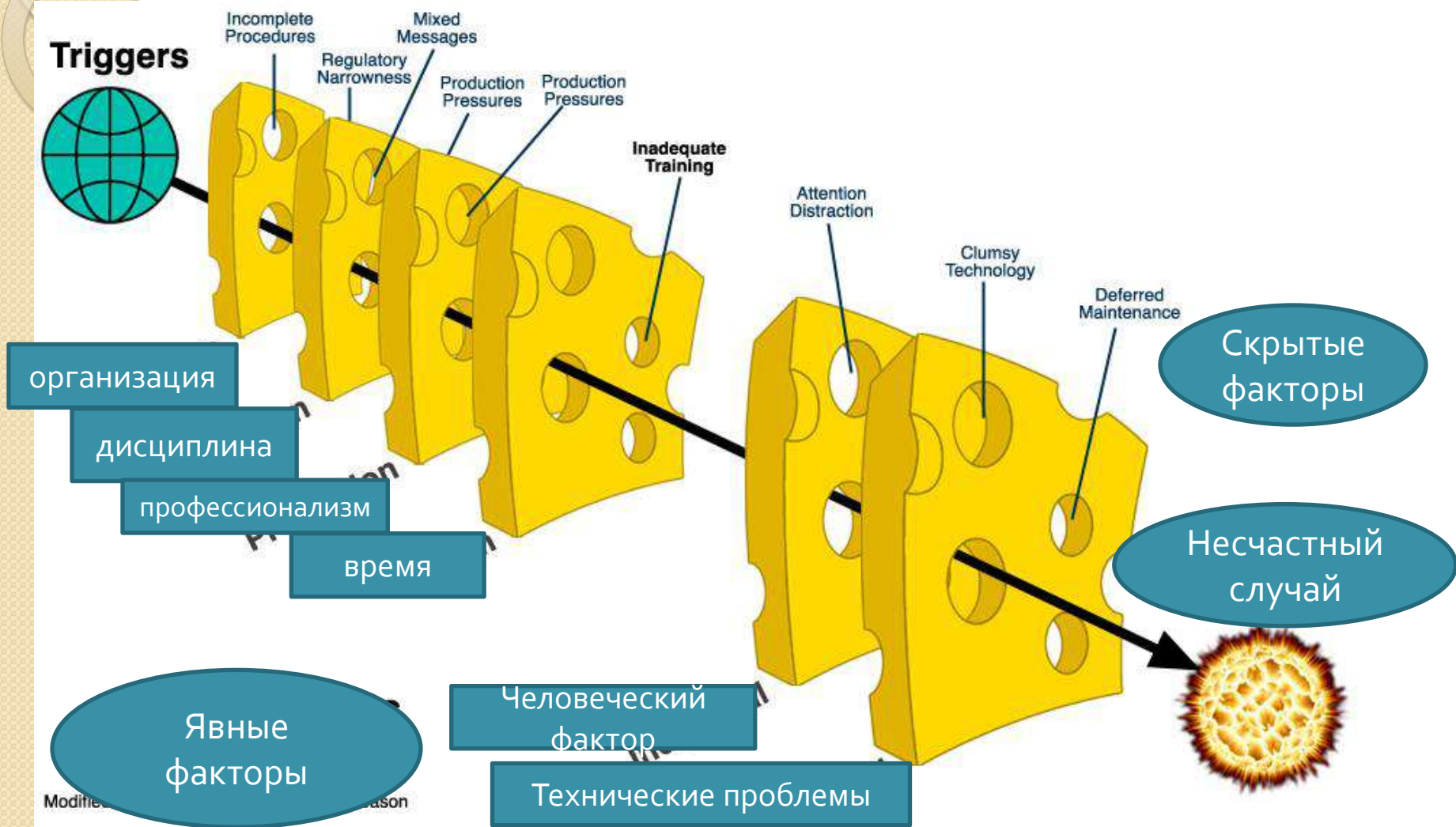
06.02.2014г. 10.00 Телефонный разговор с врачом хосписа, у больного рвота «кофейной гущей», болевой синдром

06.02.2014 г 10.30 пациент совершил попытку суицида, выстрелив из табельного оружия в голову.

Бригадой «03» в крайне тяжелом состоянии доставлен в реанимационное отделение ГКБ №1 г.Москвы

10.02.14г. Пациент скончался в реанимации ГКБ№1 г. Москвы

Модель Швейцарского сыра



Медицинская ошибка «Апанасенко»

Пациент старше 64 лет с
– Серьезным хроническим
заболеванием с риском для
жизни.

Лицо, ухаживающее за
больным с отсутствием
специализации и опыта

Отсутствие коммуникации:

- ✂ пациентом и семьей
- ✂ коллегами
(врачи хосписа, врачи в
поликлинике, аптека)

Отсутствие профессионализма:

- ✂ ошибка диагноза и
неверное ведение
больного
- ✂ неверная оценка и
ведение болевого
синдрома,
- ✂ позднее назначение
лекарственных
средств

Отсутствие культуры:

- ✂ культуры
отчетности
- ✂ культуры
оповещения и
коммуникации
- ✂ культуры
порядочности/
справедливости

Опасность

Техническое
оснащение

Учреждение/организация

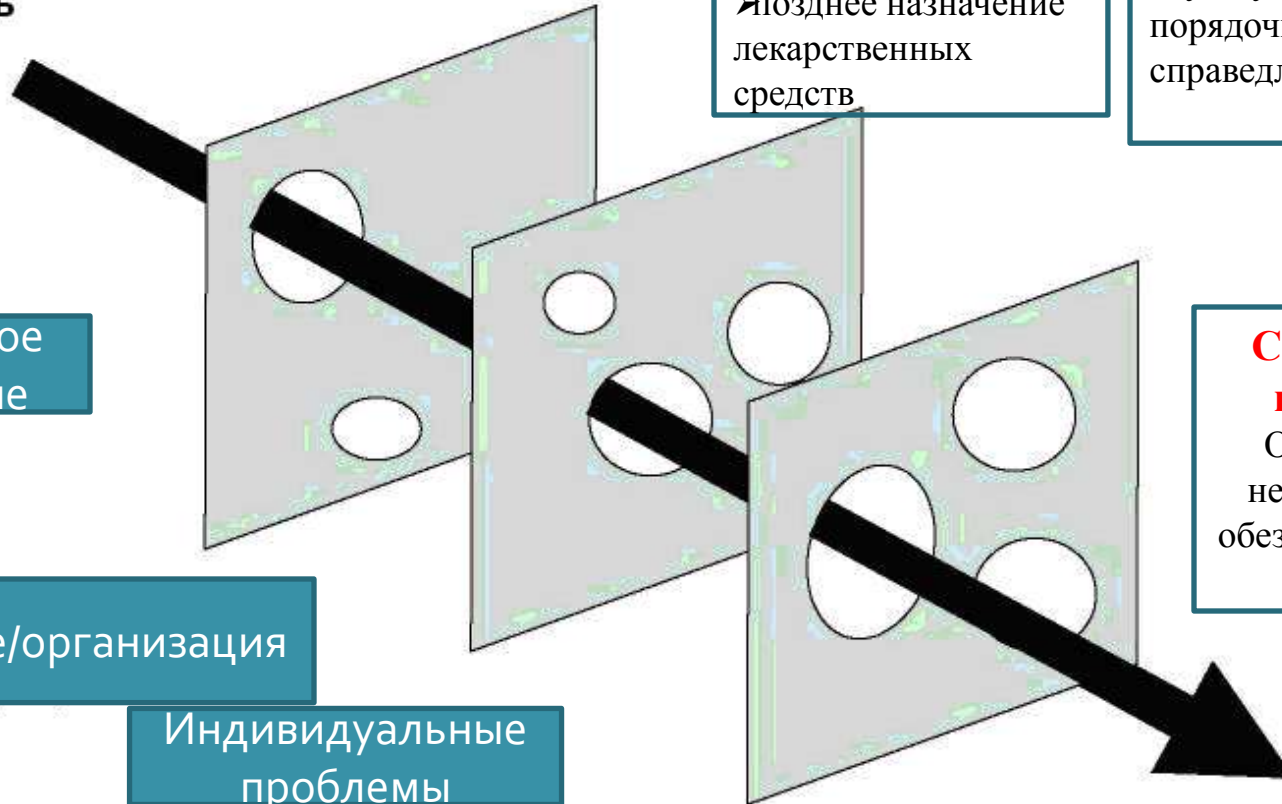
Индивидуальные
проблемы

коллектив

Спусковой крючок:

Отсутствие
необходимых
обезболивающих
средств

несчастный
случай



Речь не идет о злом умысле

От **50% до 60%** происшествий можно было бы избежать!!!!

Пациент имеет право как на получение лечения надлежащего уровня качества и профессионализма, так и на нормальное человеческое отношения

Лечащий медработник и лица, присматривающие за пациентом, а также любые другие сотрудники медицинского учреждения обязаны уважать достоинство и личность пациента на всех этапах предоставляемого ему лечения

Коллективная организационная культура –

- культура отчетности**
- культура расследования происшествий**
- культура профессиональной этики**
- культура обучения**

Инцидент «Апанасенко»

Основные факторы:

- Нормативные документы- сложная система назначения, списывания, составления заявок;
 - Отсутствие коммуникации на всех уровнях медицинского обслуживания: онкологический диспансер, амбулаторный центр, хоспис
 - Несколько этапов на которых работают разные специалисты
 - Недостаточный профессионализм медицинского персонала
 - Нехватка кадров
 - Отсутствие системы отчетности и контроля за качеством медицинской помощи
-
- Недостаточные клинические и коммуникационные навыки
-
- Низкий профессионализм
-
- Сбой на уровне системы / на личном / межличностном уровнях

Жоллективная культура

культура отчетности

культура расследования происшествия

культура порядочности

культура лидерства

культура обучения

Усиление влияния пациента

обучение персонала и членов семьи

доверительная атмосфера

пациент в качестве соучастника

особое внимание к ранним осложнениям,

прислушиваться к мнению пациента и жалобам

Заключение:

«Человеку свойственно ошибаться»

«Необходимо преодолеть пропасть в качестве помощи»

«Существующие системы здравоохранения не способны преодолеть пропасть. Более усердная работа не решит проблему. Проблему решит изменение системы здравоохранения».



**«Страшно, очень страшно испытывать
грубость, грязь и боль.
И я беззастенчиво молюсь, чтобы Господь
когда позовет меня, не давал их....»**

Н. Л. Трауберг