

АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ З ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ БЕЗПЕЧНОГО ЛІКАРНЯНОГО СЕРЕДОВИЩА

Баєва О. В., Зеленцова С.М., Коваленко О.О.

Кафедра громадського здоров'я та мікробіології

ПВНЗ «Київського медичного університету»

м. Київ, Україна

Вступ: Стратегічним завданням держави, в тому числі і сфери охорони здоров'я є надання якісної медичної допомоги із створенням безпечного лікарняного середовища.

Таким чином, дефектом надання медичної допомоги є не тільки суб'єктивне ставлення пацієнта але і медичного персоналу до результату надання медичної послуги та допомоги.

Вектор направленості в розвитку та осучасненої медицини дає змогу застосовувати на практиці лікарські препарати, які відносяться до генериків різних поколінь, та вакцини, що забезпечує зниження терміну перебування пацієнтів під спостереженням лікаря, це стимулює видужування більшої кількості пацієнтів, зниження інвалідизації та летальності населення. Водночас невміле та необдумане використання технологічної та фармацевтичної продукції збільшує рівень ризиків в наданні медичної допомоги, в розвитку кількості ятрогенії та смертності від них.

Результати: Ятрогенія – це будь-які несприятливі або небажані результати профілактики, діагностики або лікування та процедур, які спричиняють порушення функцій організму, обмежують діяльність та призводять до інвалідизації та смерті пацієнта [1]. У структурі госпітальної смертності 10% припадає на ятрогенію, а саме вона зустрічається в 20% хворих (за даними ВООЗ). До основних причин ятрогенії відносять: неможливість вилікувати патологію наявним асортиментом медичних засобів; недосконалість медицини; подекуди низький кваліфікаційний рівень медичних працівників; не володіння технікою збору повноцінного анамнезу захворювання та життя пацієнта; інші чинники, які повністю залежать від втручань лікаря [1, 2, 3].

У відповідності до чинного законодавства України ятрогенії – це «визнання ступеню шкоди здоров'ю», «шкода здоров'ю», «неналежне подання медичної допомоги», які сформульовані в ЗУ «Основи Законодавства України про охорону здоров'я», ЦК України та Кримінальному Кодексі України.

Історично склалося, що в древніх державах було перші постулати законопроектів, щодо правових засад нанесення шкоди здоров'ю з боку лікаря. А саме, Кодекс царя Хаммурапі (законодавство давнього Вавілопу) зазначав, що високий матеріальний та громадський статус лікаря тісно переплітається із відповідальністю, за його втручання й працю. Основними вимогами були, при нанесенні шкоди здоров'ю пацієнта в результаті лікарських втручань та будь-яких маніпуляцій необхідно було сплатити великий грошовий штраф. Тобто, «При проведенні лікарем серйозної операції «бронзовим ножом» та призведенні пацієнта до смерті або видаленні пацієнту катаракти з ока – призведе до порушення функції ока, то лікар карається відтинанням руки» (Кодекс царя Хаммурапі, параграф 218) [3, 4].

Бамбергський кодекс (1507р.) та кримінальний кодекс (укладення) Карла V, «Кароліна» (1532 р.) вміщували норми судочинства за лікарські помилки [4, 5].

Один із ключових засобів світового досвіду – це правовий контроль за наданням медичної допомоги/послуг, а саме, відповідальність накладається на медичну установу та/або лікаря перед пацієнтом за прогресування захворювань, також будь-якого патологічного процесу як наслідок медичних втручань.

Судова система США спрямована на реалізацію соціальної задачі: забезпечення справедливості в суспільстві – винний зобов'язаний відшкодувати потерпілому за заподіяну шкоду і попереджає небажану для суспільства поведінку: необережному, некомпетентному, недбалому наданню медичної допомоги [6, 7, 8].

Суди Сполучених Штатів Америки схилиються на користь позовів, а саме, це професійна недбалість та ятрогенія, але при цьому невелика кількість пацієнтів звертається до суду через ряд причин:

- 1) При специфіці позову тяжко довести вини відповідача;
- 2) довготривалий розгляд справ (середня тривалість до 23 місяців);
- 3) дорога вартість, всієї процедури позову (в чистому вигляді сума компенсації зменшується на 50%) [6, 7].

В останні роки моральний акцент спрямовується на профілактику ятрогенії й професійної недбалості та забезпечення надійності відшкодування за нанесені моральні збитки, а також заподіяну шкоду здоров'ю. Перевага надається «практиці страхування» – відповідальність при наданні медичної допомоги/послуг. При страхових випадках виплата відшкодування відбувається із знеособлених страхових фондів і не належить до санкцій в повному розумінні цього терміну. Але, внески страхувальників-лікарів можуть збільшуватися, та сприяти негативно, як наслідок припинення лікарської практики [8].

За умови вдосконалення професійного саморегулювання та підвищення вимог при видачі ліцензій на ведення лікарської діяльності сприяє розвитку профілактики розвитку ятрогенній різного генезу, а саме, в наслідок недостатньої компетентності лікарів та професійної недбалості.

Позитивний досвід (30 років) використання механізму компенсації за нанесену особисту шкоду здоров'ю у випадку медичної помилки (mishap – погіршення здоров'я пацієнта внаслідок медичного втручання) має Нова Зеландія.

Медична невдача є більш широким поняттям ніж ятрогенія, вона вміщає й професійну недбалість, погіршення здоров'я внаслідок допущених помилок лікарем при постановці діагнозу та лікуванні. Виплачується за медичну невдачу надаються з Фонду соціального страхування. Існує фонд за рахунок внеску осіб, які проводять індивідуальну трудову діяльність; власників автомобілів; підприємців; та бюджетних коштів. Відшкодування надається в розмірі – 80% від утраченого заробітку, також окремо оплачують витрати на реабілітацію, лікування, догляд за хворим.

При ятрогенному захворюванні пацієнтам Фондом соціального страхування в Новій Зеландії здійснюють одноразову виплату, за біль, страждання, та інше. Вимоги, які висуваються для відшкодування завданої шкоди здоров'ю пацієнта опрацьовуються в порядку адміністративного судочинства, з подальшою можливістю оскаржити рішення в суді [8].

Одна із сильних сторін новозеландської моделі це надання можливості пацієнту отримати відшкодування (без витрат на позов та експертів). Різниця між американською та новозеландською моделями, полягає в тому що відшкодування шкоди при виникненні ятрогенного захворювання, новозеландська модель гарантує відшкодування заподіяної шкоди пацієнту в повному обсязі.

Недоліками є:

- 1) при виникненні ятрогенії компенсацію надається тільки пацієнту. При смерті пацієнта – родичам компенсація не надається;
- 2) відшкодування медичною установою або лікарем збитків пацієнту при формуванні ятрогенного захворювання є одним із механізмів контролю якості медичного обслуговування, профілактики лікарської недбалості.

Висновки: Таким чином можна сказати, що процес вивчення та аналізу зарубіжного досвіду та концепцій ятрогенії, дає можливість удосконалити правове регулювання лікарських помилок та відповідальності за неї медичних працівників та закладів.

Також запорукою безпеки лікарняного середовища – є в тому числі й показник захищеності медичного персоналу на робочому місці. А саме від здоров'я медиків і їхньої впевненості у завтрашньому дні залежить і здоров'я та життя їхніх пацієнтів.

Література:

1. Клодчик М. Р. Ятрогенії: основна їх причина, наслідки і профілактика. Лікарська помилка: визначення, суть, види лікарських помилок / М. Р. Клодчик, Т. В. Ащеулова, К. В. Кисиленко // Сучасні методи діагностики в клініці внутрішніх хвороб та їх етичні аспекти : матеріали VI наукової студентської конференції, присвяченої 60-річчю клінічної бази кафедри пропедевтики внутрішньої медицини № 1, основ біоетики та біобезпеки, Харків, 10 листопада 2016р. / ХНМУ. – Харьков, 2016. – С. 40–41.
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: Навч. посібник.- К.: Центр учбової літератури, 2008.- 640 с.
3. Шевчук С.В., Рудий В.М. До питання про приведення законодавства України про охорону здоров'я у відповідність з правовими стандартами Ради Європи // Проблеми гармонізації законодавства України з міжнародним правом. Матеріали науково-практичної конференції, жовтень 1998 року. – К., Інститут законодавства Верховної Ради України. – С. 434-436.

4. Турак Й.А. Етичні та правові засади медичного втручання.-Ужгород:Закарпаття.- 2002.-189 с.
5. Сенюта І. Етичні гарантії і права на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування / www.lawyer.org.ua/?w=r&i=12&d=417].
6. Meessen, B.; Zhenzhong, Z.; Van Damme, W.; Devadasan, N.; Criel, B.; Bloom, G. (2003). «Iatrogenic poverty». *Tropical Medicine & International Health*. 8 (7): 581–4.
7. Bell D, Iatrogenic disease. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 26 May 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-61858>
8. Liese KL, Davis-Floyd R, Stewart K, Cheyney M. Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropol Med*. 2021 Jun;28(2):188-204. doi: 10.1080/13648470.2021.1938510. Epub 2021 Jul 1. PMID: 34196238.

Ключові слова: медична допомога, лікарські помилки, ятрогенія, міжнародний досвід.

ОЦІНКА ПРОФЕСІЙНОГО РИЗИКУ З УРАХУВАННЯМ ГІГІЄНИЧНОГО НОРМАТИВУ ПЕСТИЦИДІВ НА ШКІРІ

Бардов Г.П., Вавріневич О.П.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Вавріневич О.П.

Кафедра гігієни та екології № 1

Завідувач кафедри: член-кор. НАМН України, д.мед.н., професор Бардов В.Г.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

м. Київ, Україна

Вступ: Проблема контактних дерматитів і інших проблем зі шкірою у працівників є найбільш поширеною патологією професійного характеру. Саме безпосередній контакт з хімічними речовинами може зумовити зазначені проблеми професійного характеру. Контакт з пестицидами в процесі виконання виробничих операцій є однією із основних причини виникнення проблем із шкірою. Актуальним залишається питання профілактики шкірної патології, зокрема, нормування пестицидів на поверхні шкіри.

Мета: оцінка професійного ризику з урахуванням гігієнічного нормативу пестицидів на шкірі для зменшення пестицидного навантаження на професійні контингенти.

Матеріали і методи: Виконано натурний експеримент із застосуванням фунгіцидів Орондіс Ультра 280 SC, КС (діюча речовина (д.р.) мандіпропамід, оксатіапіпролін), Світч 62,5 WG, ВГ (д.р. ципродиніл, флудіоксоніл), Спліт, КЕ (д.р. дифеноконазол), Циделі Топ 140 DC, КД (д.р. дифеноконазол, цифлуфенамід), Кітч, ВГ (д.р. ципродиніл, флудіоксоніл), Ріас 300 EC, КЕ (д.р. дифеноконазол, пропіконазол) для штангової обробки культур. Визначали вміст д.р. в змивах з відкритих ділянок шкіри і нашивках на спецодязі персоналу після виконання робіт з аналізованими фунгіцидами методами високоефективної рідинної і газорідинної хроматографії. Гігієнічний норматив на шкірі визначали згідно рекомендацій Фахівців ДУ Інститут медицини праці імені Ю.І. Кундієва НАМНУ з урахуванням допустимого рівня пестициду (AOEL) та фізико-хімічних властивостей аналізованих пестицидів (молекулярна маса, розчинність у воді та органічних розчинниках та ін.).

Результати: Як впливає з отриманих у процесі проведених досліджень не було виявлено забруднення досліджуваними д.р. відкритих шкірних покривів заправника та тракториста, що виконували роботу з обробки посівів сільськогосподарських культур препаратами Орондіс Ультра, Світч, Циделі Топ, Ріас, Кітч, Спліт. Проте, на рукавичках та спецодязі заправника було виявлено вміст мандипропаміду у кількості 0,0055 мг, ципродинілу – 0,0035-0,0077 мг, флудіоксонілу – 0,003 мг, дифеноконазолу – 0,0028-0,005 мг, пропіконазолу – 0,0066 мг.