

Эплтон У., доктор права, врач

Отделение неотложной помощи больницы Евегрин, Медицинский центр Киркленда, г. Вашингтон, США

Юридические аспекты неотложной медицинской помощи

Медицина – одновременно и искусство, и наука, имеющая дело с профилактикой, лечением заболеваний и облегчением страданий. Закон – это строго установленные и связывающие людей общественные правила, цель которых – социальный порядок и мир.

Профессиональные медики хорошо знают о все большем проникновении юридических принципов в их деятельность. Возрастающая роль государства в регулировании врачебной помощи, недавний всплеск процессов по поводу неправильного лечения и постоянное увеличение административных функций, возлагаемых на врачей, демонстрируют глубину взаимосвязи медицины и юриспруденции. В статье рассматриваются специфические аспекты их взаимодействия: общие принципы, неправильное лечение, медицинская документация как юридическое свидетельство, конфиденциальность, сообщаемость случаев, юридическое оформление факта смерти и умирания, требование экспертизы и взаимоотношения медицинского персонала.

Цель статьи – дать представление об основных концепциях и терминах, необходимых для понимания юридических сторон работы врача в отделении неотложной медицинской помощи.

Отказ от права. Отказ от права – это юридическая концепция, означающая добровольное снятие с себя определенной юридической ответственности. В контексте этой статьи отказ от права означает следующее: читателю разъясняется, что исход дела зависит от конкретной комбинации фактов; изменение хотя бы одного из них может привести к иному юридическому решению. Кроме того, читатель должен понимать, что правительственные положения и юридические правила могут существенно изменяться. Так что данная статья имеет чисто ознакомительную цель и не носит характер юридической консультации. В случае необходимости читатель должен обращаться за советом к профессиональному юристу.

Отказ от права подразумевает контрактные отношения и не распространяется на случаи небрежности или халатности. Нельзя составлять контракт, снимающий с подписавшего его лица ответственность за преступную небрежность.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Закон делится на две крупные части: гражданское право и уголовное право. В последние два десятилетия отмечается расширение одного из разделов гражданского права – права административного.

В уголовном праве независимой стороной является истец, который обязан предъявить неопровержимые доказательства вины ответчика. Ответчик может признать виновным в уголовном преступлении той или иной тяжести, что обычно влечет за собой наказание в виде штрафа либо лишения

свободы. Критерии оценки вины и определения тяжести наказания должны устанавливаться статьями уголовного кодекса.

Врачу отделения неотложной помощи (ОНП) приходится сталкиваться с уголовным законодательством в различных ситуациях: это правила обращения с заключенными и жертвами, сообщения о происшествиях, а также правила применения наркотиков и реализации регулируемой государством компенсации медицинских расходов.

В гражданском праве одна сторона, которая чаще всего не является независимой (хотя возможен и противоположный вариант), стремится разрешить конфликт, возникший во взаимоотношениях с другой стороной. Истцу не требуются неопровержимые доказательства вины ответчика: достаточно установить, что тот «скорее всего виновен». Ущерб компенсируется материально либо иным способом (по решению суда). Размеры компенсации определяются контрактом, законом, установленными правилами либо обычаями.

Административное право точнее всего характеризуется как процессуальное. Оно базируется на определенных процессуальных принципах, вытекающих из конституции, правил, положений, законов и подзаконных актов, которым следуют все государственные и многие частные (в соответствии с контрактом) учреждения и организации. Эти принципы используются как для обоснования и оценки уже существующих правил, так и для принятия новых.

Согласно административному праву, законодательная власть, принимая законы, делегирует исполнительной власти управленческие функции. Судебные власти следят за исполнением законов, определяя, укладываются ли конкретные распоряжения в законодательные рамки и правильно ли они реализуются. Суд стремится к оптимальному разрешению проблем управления, а истец обычно должен доказать, что исполнительная власть действовала не по закону либо применяла его произвольно и непоследовательно.

Административное право касается, например, привилегий больных, а также медицинского страхования и лицензирования врачебной деятельности.

В основе и одновременно выше этих областей юриспруденции находятся определенные конституционные гарантии. Главная из них состоит в том, что человека можно лишить жизни, свободы или имущественных прав только в результате судебного процесса. Это означает право субъекта выразить свое несогласие с угрозой такой потери и право быть выслушанным непредвзятым трибуналом.

Количество анализируемых в ходе процесса фактов зависит от размеров ожидаемого ущерба и его влияния на индивида и общество. Чем больше угрожающая потеря, тем больше доказательств вины требуется. Судебное разбирательство – одна из важнейших процедур при нарушении гражданских обязательств, утрате государственных медицинских привилегий и возникновении административных споров.

Во время суда часто проводится слушание сторон. Этот процесс можно считать выяснением достоверных фактов и их соответствия существующим законам. При установлении вины субъекта определяется мера наказания. Соответствие фактов закону устанавливается судьей и присяжными.

НЕПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Раньше проведение лечения (в том числе неправильного) базировалось на контрактной основе; теперь же профессиональная деятельность врача оценивается с точки зрения теории преступлений. Преступление –

это приводящее к ущербу нарушение обязанностей, возлагаемых на стороны общественными нормами. Преступления классически разделяются на три категории:

- умышленные преступления;
- профессиональная небрежность (халатность);
- безусловно наказуемые деяния.

Умышленные преступления

Особый интерес для врача ОНП представляют четыре типа умышленных преступлений.

Оскорбление действием – это преднамеренное рукоприкладство без согласия избиваемого. Угроза оскорбления действием – это выраженное в той или иной форме намерение совершить оскорбление действием. Незаконное лишение свободы – третий вид рассматриваемых здесь умышленных преступлений. По определению, это полное ограничение прав человека, которое совершается против его воли и не отвечает соответствующим общественным нормам. Врач может совершить такое преступление, сталкиваясь с пациентами, имеющими психическое заболевание, сенсорные либо наркологические нарушения. Правила лишения свободы в общих чертах оговариваются действующими в каждом штате кодексами психического здоровья. Противоправные действия трех указанных типов могут повлечь за собой не только гражданскую, но и уголовную ответственность.

Четвертый тип умышленного преступления – причинение эмоциональных страданий или оскорбление словом. Обвинение в нем исходит из принципа, согласно которому люди должны быть защищены не только от физического, но и от морального ущерба. Пример такого проступка в случае неотложной медицинской помощи – неправильное опознание жертвы с оповещением о ней другой семьи, результатом чего является нервный стресс у предполагаемых родственников.

Аргументы защиты

Умышленные преступления предполагают существование различных оправдывающих обстоятельств или исключений. Примером может служить необходимость определенных действий (допустим, при агрессивном поведении сердечной деятельности больного), а также самозащита или защита окружающих от буйных пациентов. В подобных случаях общество отдает предпочтение сохранению человеческой жизни и самозащите.

Согласие является волеизъявлением, одобряющим проведение той или иной процедуры; наличие согласия снимает обвинение в умышленном преступлении. Согласие может быть явным или подразумеваемым. Явное согласие – это устное или письменное выражение одобрения какого-либо действия; например, положительный ответ («да») на вопрос: «Брать ли на анализ кровь?»

Согласие может подразумеваться на основании действия, логически выражающего волю человека к совершению какого-либо акта (например, закатывание рукава для противостолбнячной прививки). В некоторых ситуациях подразумеваемое согласие определяется обществом. Например, у пациентов без сознания или помутненным сознанием согласие на медицинскую помощь подразумевается в целях спасения их жизни (или, допустим, конечности).

Вопрос о согласии несовершеннолетних особенно труден. В принципе закон не признает за ними права на компетентное согласие; следовательно, когда лечение необходимо для спасения жизни (или конечности) несовершеннолетнего пациента, врач ОНП должен постараться получить согласие у его родителей (или опекуна). Если же несовершеннолетний является практически беспризорным, то ответственность за подобное решение возлагается на врача. В спорных ситуациях лучше ошибиться в отношении диагноза и лечения, нежели оставить пациента без всякой помощи. За эмансипированными несовершеннолетними, которые в связи с браком или определенным образом жизни не контролируются родителями, может признаваться право на компетентное согласие и самостоятельное решение.

В ситуациях, связанных с несовершеннолетними, а также с пациентами без сознания или с помутненным сознанием, оптимальным (для врача) решением является информирование ближайших родственников пациента и получение от них согласия на его лечение. Однако если это невозможно или слишком затруднительно, приоритет отдается спасению жизни или конечности.

На основе права личности на самоопределение сформировалась доктрина информированного согласия. В свободном обществе каждый человек имеет право знать, зачем и в каком объеме ему требуется медицинское вмешательство. В общих словах, информированное согласие требует от пациента не только компетентного волеизъявления, но и понимания риска и пользы предлагаемой процедуры, а также последствий альтернативных методов лечения либо полного отсутствия лечения.

Судами штатов используются два подхода к определению адекватности информированного согласия: оценка рассудительности больного и рассудительности врача. В некоторых штатах требуется, чтобы врач сообщал больному все то, что в подобных обстоятельствах ожидал бы услышать от него рассудительный пациент. В других штатах врач обязан говорить больному то, что в аналогичной ситуации пациент ожидает услышать от рассудительного врача.

Поскольку доктрина информированного согласия вытекает из права личности на самоопределение, более логичным представляется требование рассудительности больного. Прежде чем получить согласие пациента на такие процедуры, как внутривенная пиелография, наложение гипса или пункция прямокишечно-маточного углубления, необходимо проинформировать его достаточно подробно. Такое согласие обычно оформляется письменно, однако это не заменяет откровенного разговора врача с больным по поводу особенностей процедуры, ее возможного исхода и альтернатив.

Неполучение четкого информированного согласия может означать для врача обвинение в оскорблении действием, а также его ответственность за любой ущерб, причиненный пациенту в результате проведенного лечения. В этих условиях последний вправе требовать возмещения ущерба, не доказывая присутствия четырех составляющих профессиональной небрежности. Оправдывающая врача концепция согласия больного применима только к умышленному преступлению, но не к преступлениям по небрежности или безусловно наказуемым деяниям.

Больные вправе отказаться от определенных лечебно-диагностических мероприятий. Однако их компетентность в данном случае – вопрос клинический. При отказе пациента от лечения его компетентность оценивается с учетом жизненно важных показателей, психического состояния (как остро-го, так и хронического), возраста и возможной интоксикации. В случае от-

каза больного от лечения врач не должен исключать возможности последующего изменения этого решения. Он должен постараться получить письменное свидетельство об отказе и зарегистрировать это в истории болезни.

В тех ситуациях, когда пациент не в состоянии понять необходимость проведения жизнепасающего лечения, согласие на него предопределяется действующим законодательством. Наиболее трудная ситуация часто возникает при столкновении с остро интоксигированным индивидом, отказывающимся от медицинской помощи. Каждый такой случай требует конкретного анализа. Общее «правило буравчика» здесь таково: чем тяжелее интоксикация и опаснее ее потенциальный вред, тем более оправдана ориентация на подразумеваемое согласие.

Такие случаи трудны в отношении оценки качества лечения; они требуют детального документирования рассуждений, приведших к врачебному решению, а также специфических нужд пациента и соответствующего наблюдения (если оно возможно).

Профессиональная небрежность

Профессиональная небрежность (халатность) – это деяние (или его отсутствие), не соответствующее критериям медицинской помощи, которые установлены общественными нормами, призванными защитить человека от неоправданного риска или вреда. Эти критерии различны и зависят от роли сторон (гражданин, персонал неотложной помощи, врач), обстановки (место происшествия, машина скорой помощи, травматологический центр) и прогноза при выявленных симптомах (сильный насморк, одышка, ноющая боль в груди и т. д.). Чем выше медицинская квалификация ответчика, удобнее условия оказания помощи и опаснее прогноз, тем выше критерии оценки профессиональной небрежности.

При оценке небрежности предполагается наличие трех основных элементов: юридической ответственности, причинной связи и ущерба.

Ответственность

Потенциальная юридическая ответственность врача возникает при его взаимоотношениях с пациентами в том случае, когда нарушается его профессиональный долг. С практической и юридической точки зрения исполнение врачебного долга подразумевается при поступлении пациента в ОНП или при получении вызова по телефону службы спасения (911). Классическим примером в этой области может служить известный случай – дело Главной уилмингтонской больницы против Мэнлава (174 A2d 135).

Случай Мэнлава касается младенца с лихорадкой и диареей, который был доставлен родителями в отделение неотложной помощи. Ребенок раньше наблюдался семейным врачом (в тот момент недоступным по каким-то причинам). Больничная сестра отправила ребенка домой, основываясь на действующем в данной больнице правиле: не оказывать медицинскую помощь лицам, лечащимся у частного врача, ввиду возможного столкновения интересов. Вскоре ребенок умер от пневмонии. Главным в деле Мэнлава стал следующий вопрос: обязана ли была больница оказать неотложную медицинскую помощь. Верховный суд штата, быстро отвергнув аргумент о семейном враче, сделал следующее заключение: за отказ от обслуживания уже доставленного пациента, явно нуждающегося в неотложной помощи, больницу следует считать ответственной на основании строго установленного правила оказания помощи в

подобных случаях. Отсюда вытекает современное определение «неотложного состояния»: любое состояние, которое, по мнению пациента, требует неотложного медицинского вмешательства (в любое время дня и ночи). Особое внимание необходимо в том случае, когда поступивший в ОНП пациент располагает страховкой, предусматривающей бесплатное обслуживание. Последний факт не освобождает ОНП от обязанности лечения пациента по медицинским показаниям (а не по финансовым соображениям). Прием таких «бесплатных» больных порой избавляет от лишних исковых заявлений, позволяя вместе с тем установить хорошие отношения с общественностью.

Коль скоро обязанность врача в отношении проведения диагностики и(или) лечения установлена, пациент вправе ожидать, что ему окажут определенную медицинскую помощь и не оставят в опасном состоянии.

Критерии рациональной помощи обычно весьма относительны. Долг врача – помочь больному таким образом, как это сделал бы любой рассудительный врач в аналогичных обстоятельствах. Что касается системы неотложной помощи, эти критерии ввиду тяжелого прогноза в ряде случаев могут быть сформулированы более определенно. Долгом врача является строгое соблюдение самоконтроля и самодисциплины при проведении стандартной дифференциальной диагностики и осторожное применение необходимых лечебных мероприятий. Это так называемый критерий осторожности. Оба термина используются в судебных разбирательствах.

Иногда стандарты медицинской помощи устанавливаются законом. Во всех штатах существуют законы, касающиеся жестокого обращения с детьми; во многих штатах есть аналогичные законы в отношении взрослых инвалидов. В них оговорены вполне определенные действия врача. Нарушение этих законов автоматически признается преступлением, так что медику необходимо хорошо знать местное законодательство.

Небрежность врача может иметь место при некачественном оказании помощи (преступное действие) или при непроведении необходимых медицинских мероприятий (преступное бездействие).

В том случае, когда отношение пациент – врач в одностороннем порядке и преждевременно прекращается или не соблюдается врачом ОНП либо его помощниками, речь может идти о неоказании помощи (оставлении пациента без помощи). Подобные действия могут квалифицироваться как профессиональная небрежность (и, следовательно, требуют экспертизы) или являются юридически оформленным состоянием, не требующим экспертной оценки. Врач скорой помощи должен сознавать свою ответственность за оставление пациента без помощи и предпринимать соответствующие меры во избежание подобных ситуаций. Особенно критические в этом отношении ситуации возникают в приемном покое больницы, когда вызов врача долго остается без ответа, а также при транспортировке пациентов и консультациях по телефону.

До тех пор, пока больной не осмотрен специалистом, ответственность за его состояние несет вызвавший консультанта врач ОНП. Получение консультаций и распоряжений по телефону (без проведения осмотра) не снимает этой ответственности.

Во избежание конфликтных ситуаций следует разработать эффективную схему взаимодействия отделения неотложной помощи и основного клинического персонала.

Риск оставления пациентов без помощи возникает также при их перемещении из ОНП в другое больничное отделение. Как правило, за начальное

лечение и стабилизацию состояния пациента отвечает прежде всего направляющее его ОНП. Обычно транспортировка не допускается, пока нет уверенности, что пациент способен ее перенести. За безопасную транспортировку пациента из одной больницы в другую обычно отвечает направляющая сторона. Транспортировка не допускается до тех пор, пока вторая клиника не даст согласия на прием пациента. Вместе с пациентом направляются соответствующая документация, результаты рентгенографии, необходимые медикаменты и оборудование. Если больной серьезно пострадает во время транспортировки, то перевозящий его врач ОНП и направляющая больница могут быть привлечены к ответственности за «оставление без помощи». Более того, в случае несоблюдения соответствующих правил транспортировки врачу и больнице угрожает также обвинение в «профессиональной небрежности при направлении пациента».

Оставление без помощи возможно и при телефонных консультациях. Например, у больного, выписанного из ОНП, дома начинается рецидивирование симптомов; он звонит в ОНП, где ему отвечают, что до утра волноваться не стоит. Если состояние пациента ухудшится, то персонал этого отделения может быть привлечен к суду за «небрежность и оставление без помощи». Общее правило для персонала ОНП – никогда не ставить диагноз и не назначать лечение по телефону. Иногда это является немалым искушением для врача, однако следует помнить и о риске для больных, и о собственной юридической ответственности.

Причинно-следственная связь

Нарушение врачебного долга должно не только присутствовать, как таковое, но и быть причиной ущерба. Различают непосредственную причину ущерба и его первопричину. Юристы и судьи часто используют эти понятия неправильно, говоря только о первопричине ущерба.

С точки зрения доказательства вины врача непосредственная причина означает, что нарушение профессионального долга является более вероятной причиной ущерба, чем что-либо иное. При наличии нескольких непосредственных причин вреда (например, доктор А. забыл в ране тампон, а затем доктор В. назначил не тот антибиотик) суд сопоставляет факторы, оценивая их относительную значимость. В приведенном примере оба фактора можно признать одинаково важными; таким образом, оба нарушителя причинили вред здоровью.

Истинная первопричина определяется с точки зрения общественных интересов. Это понятие касается в основном ограничения судебной ответственности субъекта за нарушение им своих обязанностей. Классическим примером анализа первопричины может служить решение вопроса о том, должен ли хозяин катера, по небрежности повредивший переправу, компенсировать ущерб, причиненный им людям, которые теперь не могут пересечь реку в данном месте. Первопричинность означает прогнозируемость последствий действия либо упущения. Временами суды умозрительно определяют предсказуемость опасности, пользуясь понятием «зона риска».

Дело Тарасова против властей штата Калифорния (551 P2d 334) отчасти связано с установлением первопричины. Верховный суд Калифорнии, руководствуясь общественными интересами, постановил, что врач мог предвидеть возможность нападения душевнобольного, одержимого мыслью об убийстве, на человека, имя которого он сам назвал. По мнению су-

дей, врач обязан был информировать данного человека о потенциальной опасности; не сделав этого, он стал первопричиной ущерба.

Логика порочного круга, просматривающаяся в связи первопричины и долга, широко обсуждается в юридической литературе и часто приводит к путанице.

Анализ причинно-следственной связи играет важную роль в предупреждении опасности для здоровья больного. При некоторых заболеваниях (ввиду их природы либо изначально ошибочной диагностики) пациенты иногда выписываются из ОНП с потенциальными осложнениями. Если такие случаи (например, выписка пациента с за грудиной или абдоминальной болью) своевременно выявляются и обеспечивается быстрое возвращение пациента в стационар или хотя бы постоянный «телефонный контроль» его состояния, то потенциальный неблагоприятный исход может быть спрогнозирован раньше, чем данное осложнение приведет к определенному ущербу. Если ущерб таким образом предупреждается, то не возникает и основания для возбуждения судебного дела.

Ущерб

Нанесенный ущерб классически подразделяется на общий и специфический. По определению, общий ущерб настолько естественно вытекает из преступного действия (или бездействия), что ответчик автоматически признает его наличие. Специфический ущерб должен быть количественно оценен в исковом заявлении, чтобы ответчик понимал, какая конкретно компенсация от него требуется. Боль и другие страдания – это общий ущерб; потеря заработка и расходы на лечение представляют специфический ущерб. Суд вправе распределять ответственность за причиненный ущерб между несколькими ответчиками. Ущерб может быть признан меньшим, чем указано в исковом заявлении, если он отчасти связан с действиями самого истца.

Аргументы защиты

Судебная защита при обвинении врача в профессиональной небрежности базируется на следующем:

- 1) лобовая атака с отрицанием вины и достоверности претензий;
- 2) обходные пути, например, аргументы в пользу ограничения ответственности, акцентирование определенной неподсудности и права доброго самаритянина;
- 3) ограничение предъявленного в исковом заявлении объема ущерба ввиду нерациональности действий самого пациента.

Путем лобовой атаки защита преследует цель снятия обвинения в профессиональной небрежности, пытаясь продемонстрировать недостоверность претензий, отсутствие причинно-следственной связи либо ущерба. Такой метод защиты часто спотыкается на отсутствии у врача рационального подхода к дифференциальной диагностике. Вирусный гастроэнтерит или головная боль вследствие нервного напряжения – примеры диагнозов, ставящихся методом исключения; предъявление таких диагнозов противоречит самой концепции дифференциальной диагностики и, следовательно, потенциально нивелирует усилия защитника, проводящего лобовую атаку.

Основанное на евангелистской логике право доброго самаритянина (Евангелие от Луки, 10: 30–37) существует в каждом штате. Поскольку это право не избавляет обвиняемого от судебного преследования, апелляция к

нему относится к обходным путям защиты. Наряду с законом об ограничении ответственности оно может служить оправданием поспешно принятого врачебного решения.

Цель использования права доброго самаритянина – защитить ответчика от гражданской или уголовной ответственности за действия, совершенные в специфических экстремальных ситуациях, к которым относится работа и персонала ОНП, и лиц, оказывающих неотложную медицинскую помощь. Кодексы законов в каждом штате имеют определенные различия в этом плане, которые следует учитывать. Эти законы и подзаконные акты являются чисто политическими документами и ни в коем случае не освобождают от обязанности обеспечения рациональной и осторожной помощи больному. В настоящее время многие из этих законов теряют свою силу на фоне общего законодательства.

Два типа третьего подхода к защите (требования в отношении ограничения размеров ущерба) способствуют профессиональной небрежности и повышению риска; действительно, если они еще и существуют, то обнаруживают явную тенденцию к отмиранию. Третий тип – сравнительная небрежность или сравнительный ущерб – представляет действующую в настоящее время концепцию. Нередко судом определяется процентное отношение ответственности истца и ответчика за результат лечения (в данном случае – ущерб).

Инструкции, даваемые больному при выписке, если они достаточно осторожны и рациональны с точки зрения его возможностей, могут использоваться защитой в качестве аргументов в пользу такого разделения ответственности (сравнительный ущерб). Идентифицируя некоторые признаки и симптомы, указывающие на необходимость повторного обследования или поддержания контакта, врач практически ставит больного в известность относительно обязанностей последнего (выполнение определенных требований ухода за собой).

Многие отделения неотложной помощи пытались снять с себя ответственность за последующее наблюдение, используя соответствующие письменные инструкции, подписываемые пациентом. Данный способ защиты имел определенный успех, но не стал панацеей. Пациент всегда может заявить суду, что никто не объяснил ему, как следовать полученным инструкциям. Более того, подобные инструкции являются просто еще одним клиническим инструментом врача ОНП. В случае их неправильного использования их наличие не освобождает от ответственности за профессиональную небрежность.

Каждый пациент, выписываемый из ОНП, должен быть приглашен для повторного обследования в отделении в случае ухудшения состояния здоровья; кроме того, следует проинформировать всех пациентов в отношении адекватного проведения последующего наблюдения.

Безусловно наказуемые деяния

Некоторые действия настолько опасны сами по себе, что автоматически требуют компенсации потенциального ущерба. Отсутствие должной осторожности в таких случаях не требует особых доказательств в суде. Типичный пример – несанкционированное взрывание динамита. Наблюдается тенденция к расширению диапазона деяний, относимых к этой категории.

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ КАК ДОКАЗАТЕЛЬСТВО

Доказательством, по определению, является то, что в законном порядке предъявляется компетентному трибуналу как подтверждение истинности

того или иного утверждения. Степень приемлемости доказательств зависит от их релевантности и специфических исключений. Эта приемлемость определяется судом.

Рамки медицинской документации определяются Объединенной комиссией по сертификации больниц (Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)); эти рамки и записи рассматриваются многими группами специалистов как доказательство предшествовавших фактов. К таким группам относятся врачи, эксперты, прокуроры, присяжные и пациенты. Анализируемые записи включают все относящиеся к делу документы, в том числе инструкции, даваемые пациентам при выписке из стационара.

Как установлено JCAH, «медицинский документ должен быть заверен практикующим врачом, который отвечает за его клиническую точность». Прочие записи ОНП относятся к обычной практике учреждения и в этом качестве признаются исключением из правила «чужих слов» и, следовательно, адекватным юридическим доказательством.

Правила JCAH (стандарт VII) определяют также основное содержание медицинских записей. Регистрация включает данные идентификации пациента, время и средства его доставки, жизненно важные объективные признаки и точно установленные субъективные жалобы, а также информацию о догоспитальном лечении, терапевтические и диагностические назначения, результаты анализов и процедур, клинические наблюдения, результаты лечения, диагноз, состояние пациента при выписке, полученные им инструкции и документацию, касающуюся отказа от лечения.

Отсутствие перечисленных выше записей считается нарушением стандартов медицинской помощи, требуемых для сертификации больницы со стороны JCAH.

Медицинская документация используется как юридическое доказательство и анализируется именно с этой точки зрения. Пометки или подчеркивания, казавшиеся уместными во время регистрации, могут выглядеть при последующем пристальном изучении едва ли не подстрекательскими. В глазах судьи четкие, лаконичные записи заслуживают более благосклонной интерпретации, чем малоразборчивые каракули.

Записи врача неотложной помощи должны содержать и значимые отрицательные сведения. Например, основная жалоба на за грудиною боль в случае задокументированного отрицания пациентом кардиопатологии в семейном анамнезе при отсутствии курения, гипертонии и иррадиации боли качественно отличается от аналогичной жалобы без упоминания вышеперечисленных факторов. Рекомендуется спрашивать больного, нет ли у него других жалоб, и документировать даже их отсутствие.

Ошибки

Иногда в медицинских документах встречаются ошибки. Адекватный метод их исправления – зачеркивание неверной записи одной или двумя чертами с проставлением инициалов исправлявшего, даты и времени исправления. Рекомендуется также объяснить причину исправления (например, путаница при получении истории болезни либо лабораторных данных).

Перевозка

При перевозке больного обязательно прилагается необходимая медицинская документация. Потенциально важны записи о его состоянии во время

транспортировки. Сведения о контактах с другими медучреждениями и о достигнутой договоренности о перевозке и приеме пациента (включая фамилии медперсонала и хронологические данные) также включаются в документацию отделения неотложной помощи, поскольку это является формой передачи ответственности. Следует помнить, что отправляющая сторона (ОНП) отвечает за безопасность пациента и уход за ним до прибытия в принимающее учреждение. Сейчас во многих штатах принимаются законы, регулирующие условия транспортировки больных. Они должны соблюдаться работниками ОНП.

Предшествующие записи

Если предыдущие записи, сделанные в ОНП, в стационарах или лечашими врачами данного пациента доступны и могут прояснить имеющиеся жалобы, следует приложить необходимые усилия для получения этой информации. Очень важное значение для лечения пациентов ОНП имеет сравнение ранее полученных и последних электрокардиограмм, рентгенограмм и (иногда) прочих данных. Больные часто обращаются в одни и те же отделения неотложной помощи ввиду того, что они располагают наибольшей информацией об их состоянии. Врач, не воспользовавшийся уже имеющимися источниками медицинской информации о пациенте, может быть обвинен в профессиональной небрежности.

Типичны случаи с пациентами, обращающимися по поводу «мигрени» в несколько медучреждений. Один из таких больных умер от субарахноидального кровоизлияния через 10 часов после посещения третьего консультировавшего его врача. Два телефонных звонка (частному лечащему врачу пациента и в отделение неотложной помощи, где он раньше лечился) с целью получения уже имеющихся данных показали бы, что мигрень у этого интенсивно работавшего специалиста по компьютерам еще никогда не продолжалась в течение 3 дней.

Изменение записей

Если регистрация медицинских данных заверена подписью или другим принятым способом, она может быть дополнена последующими записями, но ни в коем случае не изменена.

Изменение записей, в том числе их уничтожение, в любом случае следует осудить как по этическим соображениям, так и с точки зрения реалистичности получаемой картины. На практике изменение медицинской документации чревато серьезными последствиями, включая судебное преследование. Аргументов в защиту такого действия не существует.

Res ipsa loquitur

Латинское выражение «res ipsa loquitur» означает «вещь, говорящая сама за себя», и относится к одной из форм косвенного доказательства. Для использования доктрины «res ipsa loquitur» истец должен доказать три специфических положения. Во-первых, что он не понес бы ущерба, если бы не чья-то небрежность; во-вторых, что средства, причинившие ущерб, постоянно находились в ведении исключительно ответчика; в-третьих, что сам пациент не делал ничего, что могло бы способствовать его ущербу.

Пример такого рода – полностью функциональный пациент, поступивший в больницу из ОНП по поводу обычной аппендэктомии и пришедший в себя после наркоза с парализованной конечностью.

Юридическое следствие эффективного применения доктрины «res ipsa loquitur» – перенесение обязанности доказывания с истца на ответчика. Истец уже не должен доказывать, что ответчик проявил профессиональную небрежность. Теперь от ответчика требуются доказательства ее отсутствия. Таким образом, в тех случаях, когда имеется несколько ответчиков, один из них, защищая себя, вынужден доказывать небрежность остальных.

ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА

Содержание бесед с медперсоналом, как и содержание медицинских записей является конфиденциальным. Существует основанное на медицинской этике и законе право больного на их неразглашение врачом. Обсуждение этих конфиденциальных данных (устное или письменное) в прессе, со случайными телефонными абонентами, полицией или любопытными наблюдателями без согласия пациента является нарушением его прав и преследуется по закону.

Но существует и ряд исключений из этого правила. Это касается, например, несовершеннолетних и душевнобольных; врачу нередко приходится обсуждать состояние таких пациентов с другими лицами. Законы, требующие сообщать о страдающих эпилепсией водителях автомобилей, о жестоком обращении с детьми, о венерических и некоторых других заболеваниях, а также об укусах животных, автоматически предполагают согласие больного и позволяют медику разглашать определенные сведения о его здоровье.

Определенные трудности часто возникают в связи с общением с соседями или сильно встревоженными родителями взрослого пациента. Хотя обсуждение с ними состояния его здоровья формально является нарушением врачебной тайны, практически это порой требуется для обеспечения нормального лечения. Близость отношений пациента с третьей стороной и необходимость информирования третьей стороны – главные факторы, определяющие рамки такого обсуждения.

Пациенты имеют право ознакомиться с содержанием касающихся их медицинских записей, но не обладают правом собственности на эти документы. Для получения копии медицинских записей пациент должен юридически оформить ее передачу себе либо третьей стороне.

СВЕДЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ОГЛАСКЕ

В каждом штате существуют свои законы и правила, касающиеся неврачебной регистрации случаев жестокого обращения с детьми и инвалидами, а также инфекционных заболеваний, включая венерические болезни; кроме того, регистрируются сведения о получении насильственных ран, о водителях-эпилептиках и лицах, доставленных в ОНП уже умершими. Многие из этих законов дают врачу право на нарушение врачебной тайны и на лечение пациента без его согласия, но не снимают с медика ответственности за профессиональную небрежность. Утаивание вышеуказанных сведений нередко расценивается как правонарушение.

Насилие или жестокое обращение

В США ежегодно регистрируется более 2 млн случаев жестокого обращения с детьми. В общезаконотательных рамках общество допускает определенную степень физической или эмоциональной конфронтации с детьми «в воспитательных целях», но выступает против «серьезного физического прикосновения или плохого ухода» за ними. Поскольку исследования показывают,

что многие случаи жестокого обращения с детьми или их запущенности остаются невыявленными и незарегистрированными, законы в этой области обычно касаются двух основных моментов. Во-первых, работники здравоохранения юридически защищены от гражданского иска, предъявляемого недовольным их вмешательством взрослым. Во-вторых, в некоторых штатах требуется обязательное сообщение о подобных случаях и предусматриваются определенные санкции при их утаивании, что фактически устанавливает нормы поведения медика. Нарушение данных норм может расцениваться не только как профессиональная небрежность (халатность), но и как уголовное преступление. Важно знать закон штата, где работаешь.

На практике врач ОНП должен сознавать, что некоторые дети испытывают непосредственную угрозу здоровью и требуют защиты путем незамедлительного их изъятия из опасной среды. В тех случаях, когда потенциальное насилие в будущем не может быть исключено, врач должен привлечь соответствующие органы штата к принятию необходимых мер. Врач неотложной помощи призван защитить пациента от ущерба. Родительские права в данном случае не ставятся выше права ребенка на защиту от насилия. Врач должен избегать конфронтации, но в экстремальных обстоятельствах ему рекомендуется не отдавать ребенка опасным для него родителям до принятия соответствующего решения властей.

Является ли несообщение врача о жестоком обращении с детьми причиной последующего ущерба для них, зависит от конкретных факторов; этот вопрос решается судом. Прецеденты привлечения врача к ответственности в такой ситуации известны.

В ряде штатов правила информирования властей о случаях жестокого обращения распространяются и на некоторые группы инвалидов. Хотя в отделениях неотложной помощи часто отмечаются факты насилия по отношению к родителям или одному из супругов, в настоящее время сообщение о них редко предусматривается законом. Однако потенциальная гражданская ответственность за нераспознавание попытки убийства в последствиях оскорбления действием вполне реальна. Следует по крайней мере проинформировать предполагаемые жертвы о потенциальной угрозе либо поставить полицию в известность о возможном насилии.

Насильственные раны

Об огнестрельных и колотых ранах следует сообщать местным властям. Врач обязан связаться с соответствующими местными органами для регистрации подобных случаев.

Инфекционные заболевания

Пациенты с инфекционными заболеваниями часто обращаются в ОНП – отчасти ввиду постоянной доступности лечения в таких медучреждениях, а также ввиду относительной анонимности обслуживания в них. Во всех штатах существуют законы, касающиеся венерических заболеваний и требующие от врачей ОНП и другого медицинского персонала обязательного сообщения о подобных случаях соответствующим органам здравоохранения. Что касается информации о венерических болезнях, более подходящим в этом отношении агентом представляется такое подразделение больницы, как лаборатория. Именно клиническая лаборатория окончательно устанавливает, положительны или отрицательны направляемые ей пробы. Посколь-

ку лаборатория определяет наличие у пациента венерической болезни, вполне логичным было бы направление ею данной информации в соответствующие органы. В каждой больнице следует установить четкие правила подобного информирования с разграничением обязанностей.

Во многих штатах требуется сообщать и о других инфекционных заболеваниях, в том числе об остром инфекционном гепатите, а также о пищевом отравлении, менингите и пятнистой лихорадке скалистых гор. В разных штатах списки этих болезней неодинаковы, поэтому врач ОНП должен быть ознакомлен с местным законодательством.

Укусы животных

Во всех штатах существуют также законы, обязывающие врачей сообщать о случаях укусов животных. От врача неотложной помощи и другого персонала ОНП обычно требуется срочное (в пределах нескольких часов) информирование соответствующих местных органов о каждом случае обнаружения укуса. Это очевидная мера предосторожности, призванная защитить общество от опасных животных и от распространения трансмиссивных заболеваний.

ДОСТАВЛЕНИЕ МЕРТВЫХ

Случаи доставки в отделение неотложной помощи мертвого пациента относятся к автоматически сообщаемым полиции либо медицинскому эксперту. Почти все штаты требуют, чтобы о таких случаях немедленно информировалась полиция или медицинский эксперт для возможного начала следствия и определения необходимости вскрытия трупа.

Врачи и другой персонал ОНП должны как можно меньше прикасаться к телу умершего. Манипуляции с ним в отделении неотложной помощи следует свести к минимуму, чтобы не помешать сбору данных полицией или медицинским экспертом. Нельзя каким-либо образом изменять внешний вид трупа, поскольку это лишь затруднит последующую судебно-медицинскую экспертизу. Все образцы крови и тканей в таких случаях должны браться полицией или медицинским экспертом без участия врача либо другого персонала отделения неотложной помощи.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТИ И УМИРАНИЯ

С расширением возможностей медицины в поддержании основных жизненных функций организма возникают сложные социальные, этические и экономические вопросы, касающиеся смерти и умирания. Стандартное определение смерти в отделении неотложной помощи таково: необратимое прекращение кровообращения и дыхания или необратимое прекращение функционирования головного мозга, включая его стволочную часть, у человека с температурой тела выше 36 °С. Принятие решения об отмене реанимации в настоящее время не относится к ведению ОНП; такие вопросы лучше обсуждать в более контролируемой больничной атмосфере.

С другой стороны, решение не начинать реанимацию либо ограничить ее проведение определенными мероприятиями и методами – один из важнейших аспектов, приобретающих все большее значение в ОНП и на догоспитальном этапе оказания медицинской помощи. Здесь следует учитывать юридически признаваемые и правильно оформленные завещания «на случай выживания» (при их наличии) и другие имеющиеся распоряжения по поводу естественной смерти данного человека.

Умирание в отделении неотложной помощи оформляется специальным протоколом, соответствующим больничным, местным и региональным стандартам. В сомнительных случаях рекомендуется начинать реанимацию и лишь после этого ставить вопрос о ее отмене.

ТРЕБОВАНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ

Пациенты обращаются в отделения неотложной помощи с просьбой о проведении экспертизы в двух случаях: при изнасиловании и при необходимости определения алкоголя в крови.

Сообщения о фактах изнасилования требуются лишь в немногих штатах. Фактически «экспертиза на изнасилование» является ответом ОНП на обращение за медицинской помощью, а также на требование пациента и общества провести определенное обследование для сбора прямых доказательств. По завершении обследования и сбора доказательств пациент получает копию медицинского заключения для ее передачи в полицию. В отношении результатов экспертизы должна соблюдаться врачебная тайна.

Юридическое определение изнасилования в разных штатах неодинаково. Изнасилование определяется как противозаконное плотское познание другого. Гетеросексуальное изнасилование наказуемо во всех штатах, а гомосексуальное – во многих штатах. Кроме того, насилием считается половой акт с лицом, не достигшим установленного законом совершеннолетия (независимо от согласия жертвы).

Важно, чтобы врачи и другой персонал ОНП сознавали, что «изнасилование» является юридическим заключением, а не медицинским диагнозом. Юридическое заключение о факте изнасилования обычно выносится после судебного разбирательства с анализом доказательств и аргументов обвинения и защиты.

Отделению неотложной помощи часто приходится участвовать в конфликтах, связанных с определением алкоголя в крови. В отсутствие юридического ордера либо освобождающего от ответственности закона врач не имеет права брать кровь на определение содержания алкоголя без согласия интоксцированного лица. Во многих штатах сейчас разрешается принудительное тестирование на наличие алкоголя в крови у ответчика в случаях явно (или потенциально) неумышленного убийства, причиной которого полиция считает вождение транспорта в нетрезвом виде.

По всей видимости, здесь нет каких-либо этических или медицинских соображений, требующих от врача проведения анализа крови (в качестве юридического доказательства) по просьбе потенциального ответчика.

Вопрос о необходимости анализа крови на алкоголь или наркотики следует решать на уровне медицинской диагностики, не руководствуясь юридическими соображениями. В принципе, если врач сознает целесообразность такого анализа, то его надо сделать.

Как при «экспертизе на изнасилование», так и при определении в крови алкоголя важно обеспечить достоверность выводов, документируя цепочку доказательств.

Образцы точно маркируются и передаются непосредственно работнику правоохранительных органов или судебно-медицинскому эксперту взамен на соответствующую справку от получателя. В отсутствие получателя образцы следует держать в запечатанном хранилище и при первой же возможности направить по назначению, чтобы не прервалась цепочка доказательств. Последнее

крайне важно, когда речь идет о судебном расследовании. Если цепочка доказательств прервана, то защита обязательно заявит о фальсификации улики.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ С МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ СТАЦИОНАРА

Уникальное положение врачей неотложной помощи в системе здравоохранения обуславливает их потенциальный конфликт с персоналом и(или) администрацией медицинских стационаров. Каждая ситуация требует конкретного анализа, однако некоторые часто возникающие проблемы заслуживают особого внимания.

Врач неотложной помощи на медицинском, этическом, практическом и личном уровнях взаимодействует с множеством сотрудников и коллег, с работниками системы здравоохранения и администраторами. Постоянная подконтрольность и стрессорные ситуации в ОНП часто служат причиной ухудшения профессиональных качеств (профессиональная усталость). Врач должен сознавать, что это может привести к небрежности (халатности) его самого и его коллег. Он обязан защитить пациентов от возможных в такой ситуации неправильных действий и помочь коллегам преодолеть подобные кризисы.

Порой врачу приходится сталкиваться с некачественной работой коллег. Профессиональный долг обязывает его не допускать таких случаев и не следовать дурному примеру других.

В отношениях врача ОНП с медицинским и парамедицинским персоналом других отделений проблемы могут возникнуть в четырех часто наблюдаемых ситуациях.

Прежде всего это ситуация, когда врач, направив пациента в отделение неотложной помощи, не является туда для его обследования и лечения либо своевременно не оповещает ОНП о прибытии пациента. Это создает первую проблему для ОНП, когда персонал вынужден решать, обязан ли он взять такого пациента под свой контроль и начать проведение лечебно-диагностических мероприятий. Если случай не является экстренным и пациент желает быть осмотренным только частным (личным) врачом, то особых трудностей не возникает. Однако если клиническое состояние пациента требует немедленного внимания, то врач ОНП, не оказавший необходимой помощи в данной ситуации, вероятнее всего, будет обвинен в халатности. Как правило, в случае каких-либо сомнений лучше эту помощь оказать. Следует попытаться связаться с направившим пациента врачом, однако административные соображения никогда не должны мешать адекватному медицинскому обслуживанию.

Другая трудность для врача ОНП возникает в том случае, когда врач стационара требует от него выписать направление на госпитализацию больных, поступивших в отделение неотложной помощи. Далеко не во всех больницах врач ОНП уполномочен выписывать направления на госпитализацию и, следовательно, не должен этого делать. Ответственность за выписывание направления возлагается на врача, который будет в дальнейшем вести больного. Когда врач ОНП для удобства принимающего отделения выписывает такое направление, госпитализируемый пациент рискует остаться не осмотренным лечащим врачом в ближайшие сроки.

Еще одна важная проблема связана с периодом времени, в течение которого пациент ОНП должен быть осмотрен врачом стационара, в распоряжение которого он поступит. Этот период зависит от клинических показаний. Если состояние больного достаточно серьезное, осмотр следует произвести

как можно скорее. Если же оно относительно легкое, то можно ждать дольше. Таким образом, временные рамки здесь нечеткие и зависят от оценки клинического состояния конкретного пациента в ОНП.

Четвертая область потенциальных конфликтов связана с попытками врача стационара осмотреть пациента в отделении неотложной помощи, когда медицинские соображения требуют его незамедлительной госпитализации. Эта ситуация наиболее спорная. Врач ОНП должен уметь настоять на том, что пациентов в тяжелом состоянии нельзя оставлять в его отделении.

Эти и другие проблемы, возникающие между ОНП и персоналом стационара, трудны для разрешения и требуют тонкого подхода. Они являются источником сильного стресса для всех участников. Для интеллигентного и спокойного решения спорных вопросов необходимо тесное сотрудничество врачей и медицинских сестер всех отделений больницы, иначе их натянутые личные и профессиональные отношения неблагоприятно отразятся на уходе за больными и могут дать повод для судебного преследования коллег.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Неотложная медицинская помощь основана на трех аксиомах и двух принципах.

Аксиомы. Каждый компетентный пациент имеет право на самоопределение, которое означает необходимость его информированного согласия на лечение. Каждый человек имеет право на получение рационального и качественного медицинского обслуживания. Каждый человек, поступающий в ОНП, юридически считается нуждающимся в неотложной помощи и должен быть осмотрен врачом.

Принципы. В сомнительных случаях лучше начать лечение, нежели отказать от него; но самое главное – необходимо найти наиболее рациональный подход к каждому пациенту.

Юридические аспекты неотложной медицинской помощи – это обширная область со множеством переменных. Каждый случай требует обсуждения с учетом конкретных фактов и соображений. Врачу ОНП, чтобы лучше чувствовать себя в ситуации судебного разбирательства, желательно выработать у себя умение смотреть на судебно-медицинские проблемы с точки зрения своего «клиента». Более детально ознакомиться с юридическими аспектами неотложной медицинской помощи поможет приводимая ниже библиография.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Annas G. (1975) *The rights of hospital patients*. New York, Avon Books, 246 p.
2. Annas G., Glanz L., Katz B. (1981) *The rights of doctors, nurses and allied health professionals*. New York, Avon Books, 382 p.
3. George J. (1980) *Law and emergency care*. St Louis, C. V. Mosby, 336 p.
4. King J. H. (1977) *The law of medical malpractice*. St Paul, Minn., West Publishing, 342 p.
5. Lipp M. (1977) *Respectful treatment: the human side of medical care*. New York, Harper & Row, 232 p.
6. Prosser W. (1981) *Handbook of the law of torts*. St Paul, Minn., West Publishing, 1208 p.

Джерело: Неотложная медицинская помощь / пер. с англ. ; под ред. Дж. Э. Тинтинали, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. – М. : Медицина, 2001. – 1016 с. : ил. – ISBN 5–225–00557–8, ISBN 0–07–001457–4.