

А. Г. Иванов

ПАЦИЕНТОВЕДЕНИЕ

Санкт-Петербург
СпецЛит
2015

УДК 616-05
И20

Автор:

Иванов Андрей Генрихович — врач-невролог, мануальный терапевт, специалист по лечению функциональной патологии позвоночника

Иванов А. Г.

И20 Пациентоведение / А. Г. Иванов. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. — 143 с. — ISBN 978-5-299-00659-9

Истории о морально-этической стороне взаимоотношений между врачом и пациентом, написанные практикующим мануальным терапевтом, основаны на реальных событиях.

Автор уверен, что, несмотря на существование в медицине различных наук о взаимоотношении врача и пациента, до сих пор отсутствует такая наука, как пациентоведение, занимающаяся изучением пациента. Хотя пациент, по мнению автора, такой же участник лечебного процесса, как и врач.

В книге описаны различные типичные и нестандартные ситуации, в которых зачастую оказываются пациент и врач, рассказано, как, учитывая деликатность темы, поступает в том или ином случае сам автор.

УДК 616-05

ISBN 978-5-299-00659-9

© ООО «Издательство „СпецЛит”», 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Основные термины	4
Вступление.	5
Глава 1. Ведатель	8
Глава 2. Ведаемый	22
Глава 3. ИСИН	27
Глава 4. Запись	32
Глава 5. После записи	50
Глава 6. Консультация	52
Глава 7. После консультации	92
Глава 8. Лечение	100
Глава 9. После лечения	123
Заключение	142

ОСНОВНЫЕ ТЕРМИНЫ

Адекватность — соответствие

Ведаемый — познаваемый, изучаемый

Ведатель — знающий, изучающий

Ведать — знать, изучать

Ведение (ведение) — знание, изучение

Врач — человек лечащий

Неадекватность — несоответствие

Пациент — человек лечимый

ВСТУПЛЕНИЕ

Меня всегда удивляло, что не существует никакой науки о пациентах. Во всяком случае, мне о таковой слышать не приходилось.

А ведь совершенно напрасно! Пациент — такой же участник лечебного процесса, как и врач. И порой именно от его поведения в значительной степени зависит, каковым будет результат этого процесса.

Возможно, кто-то вспомнит, что существует такое учение, как медицинская деонтология. Там, дескать, и прописано все о том, как необходимо вести себя врачам и пациентам.

Так, да не так.

Термин «деонтология» был предложен в XIX в. Бентамом. В современной философии деонтология трактуется как этика долга.

Медицинская деонтология, соответственно, трактуется как этические нормы, которые должны соблюдать медицинские работники по отношению к пациентам, а также в отношениях между собой.

Заметьте, «должны» всегда только медицинские работники.

Понятно, что медработникам в коллективе при общении между собой даже выгоднее вести себя прилично, а не наоборот. Если ты кому-то сделаешь гадость, то велик шанс, что в ответ получишь нечто подобное. Тебе это надо?

В коллективе все равны. Естественно, существует служебная иерархия, поэтому субординацию следует соблюдать. Но старший по должности не может безнаказанно хамить и унижать младших, точно так же, как и младшим непременно воздастся за сплетни и интриги за спиной старших.

Но вот почему в паре врач — пациент должен что-то только врач?

Думаю, свою роль в таком распределении моральных обязанностей сыграли два прочно укоренившихся в сознании многих заблуждения.

Первое из них состоит в том, что кто-то когда-то причислил медицину к сфере обслуживания и обязал ее выполнять беспре-

кословный для обслуживающего персонала принцип «покупатель всегда прав».

Покупатель может быть и прав. Но ведь пациент — не покупатель! Он не может прийти к врачу и потребовать, чтобы тот сделал все именно так, как ему, пациенту, хочется. Выполнение таковых требований может угрожать здоровью и даже жизни пациента. Поэтому именно врач решает, что и когда надо делать. Или вовсе не делать ничего.

Поэтому переименованное с медицинским уклоном правило «пациент всегда прав» никем из адекватных врачей применяться не может.

Второе злостное заблуждение заключается в том, что пациент, по определению, является человеком больным: ему и так плохо и поэтому ему все можно. А медработник обязан всячески ублажать больного и не противиться его прихотям.

Вообще-то те, кому все можно, находятся под круглосуточным наблюдением санитаров. Ну, а когда некоторые из них решают, обычно в период весеннего обострения, что им и в реальности действительно все можно, то их на некоторое время закутывают в специально сшитые для таких случаев рубахи.

У больного человека ограничений в жизни гораздо больше, чем у здорового. Ему далеко не все можно.

Часто человек этого не понимает. Когда он становится пациентом врача, то просто обязан выполнять все его рекомендации. Это необходимое условие успешного завершения лечебного процесса. Поэтому ни о каком потакании причудам или слабостям и речи быть не может.

Вроде бы все вполне логично. Но, несмотря на то что эти заблуждения очевидны и легко объяснимы, до сих пор не отмечалось попыток внести изменения в неравноправные отношения врача и пациента, где первый только должен, а второй всегда имеет право.

Просто рабовладельческий строй какой-то! В одной отдельно взятой области социальных отношений людей.

Мне такой подход кажется несправедливым и давно устаревшим.

Как показывает история, неравноправные отношения субъектов, принимающих участие в этих самых отношениях, чего бы это ни касалось, неустойчивы, провоцируют конфликты, постепенно разрушаются. Либо приводят к стойким союзам, в которых кто-то является угнетателем, имея все права, а кто-то — угнетенным, имея только обязанности.

Разве плохо, когда таковые отношения имеют место в медицине, спросите вы? Ведь получается, что все делается исключительно во благо пациента, только ради его выздоровления. Медицинский работник и должен приложить все свои усилия для выполнения этого благородного дела. Это его прямая обязанность.

Все верно. С одной только оговоркой. Если только врач будет стараться оздоровить пациента, а тот к этому процессу останется безучастным, то положительного результата точно не будет.

Желание обрести здоровье накладывает на самого пациента определенные обязательства. Не перед врачом. Перед самим собой. И хотя выглядит это как строгое выполнение рекомендаций лечащего врача, которому вроде как именно это и необходимо, результат данного процесса нужен именно пациенту. Это ему нужно здоровье. Это за ним он пришел к доктору.

Ну так и потрудись! Делай не только то, что хочется, но и то, что надо.

И это уже не простое времяпрепровождение, это работа. На такой работе пациент является простым рабочим, а врач — начальником, руководителем производства здоровья.

Соответственно, врач обязан правильно руководить процессом, а пациент обязан правильно выполнять данные ему задания.

Вот видите, обязанности, оказывается, есть у всех.

Но если обязанности врача строго регламентированы, а их нарушение ведет к ответственности, вплоть до уголовной, то для пациента они либо вообще никак не оговариваются, либо имеют весьма расплывчатые формулировки, а их игнорирование даже приостановку лечения не всегда за собой влечет.

Вот я и хочу этот дисбаланс в правах и обязанностях врача и пациента как-то дефрагментировать, выражаясь современным языком. Но не с точки зрения закона, а, скорее, с морально-этической стороны. Эта часть взаимоотношений врача и пациента часто оказывается важнее профессиональной и юридической составляющих лечебного процесса.

Я понимаю, что избранная мною тема весьма щекотлива и что я рискую нарваться на гнев и непонимание как врачей, так и их пациентов. Постараюсь быть деликатным.

Хотя знаю за собой такую слабость, что в процессе написания меня иногда начинает нести, эмоции берут верх над осторожностью и благоразумием. Но в любом случае, я, как читатель со стажем, могу сказать, что эмоциональность автора только придает ярких красок тексту.

Ну, так я приступаю.

Глава 1

ВЕДАТЕЛЬ

Учитывая обозначенную мной деликатность темы, думаю, что начать следует с того, чтобы определиться, кто может и кто имеет право заниматься пациентоведением.

Совершенно очевидно, что таким весьма специфическим занятием не может заниматься человек, не относящийся ни к категории врача, ни к категории пациента. Просто в силу своей неинформированности.

По медицинским документам эту тему не разработать. Там лишь сухая цифирь да констатация фактов. Тут важно личное присутствие в «горячей точке», то есть в кабинете врача или больничной палате. А туда вряд ли допустят постороннего человека.

Ну а если даже и допустят? Общение врача с пациентом — довольно интимный процесс, который могут легко разрушить ненужные глаза и уши.

Пациент, скорее всего, будет зажат, напряжен, не сможет полностью рассказать суть своих проблем.

Врач также не сможет быть полностью свободен в своих действиях, так как не будет даже пытаться получить необходимую ему информацию от больного, которую тот мог бы доверить только своему лечащему врачу.

Ну, ладно, опрос. Там можно что-то и недоговорить, отложив выяснение деталей на потом. Но какой пациент согласится, чтобы при проведении диагностических или лечебных процедур в помещении находился кто ни попадя? Не каждый позволит наблюдать за собой, даже когда у него кровь из пальца берут. И не надо никому объяснять, что в медицине бывают куда более интимные процедуры.

В общем, стороннему человеку, даже если ему очень сильно захочется, полноценно постичь всю глубину, тонкости, разнообразие отношений врача и пациента никак не получится. Следовательно, этот вариант отпадает.

Легко исключается и вариант, когда пациентоведением может овладеть сам пациент. И совсем не в силу весьма вероятной субъ-

ективности в этом вопросе. А в силу все той же неинформированности.

Ведь более-менее полную картину он может нарисовать, учитывая только собственный опыт нахождения в роли пациента. Опыт этот может быть очень небольшим или весьма обширным. Но это всего лишь опыт одного человека!

Опираясь на него, можно сделать определенные выводы. Но они будут иметь какое-то значение только для данного конкретного человека.

Практика, однако, показывает, что чужой опыт ничему не учит. И цена ему — копейка, когда речь идет о другом человеке.

Да, пациенты ведь еще могут к своему опыту добавить опыт знакомых и родственников. Очень многие именно так и поступают. Они охотно выслушивают чужие медицинские истории, сравнивая их со своей. Потом начинают думать, что знают о врачах уже все или почти все.

После этого насильственным образом делятся своими познаниями с окружающими людьми. Настаивают на том, что им и только им можно верить, поскольку никто другой не может знать всего того, что знают они.

Но и такому опыту грош цена. Рассказать сидящему рядом с тобой человеку о своих приключениях в больнице, да не приврать маленько? Ну уж нет!

Ведь именно мой случай должен стать самым-самым. Ведь это только тот врач, у которого я был, — самый умный (как вариант, глупый), самый внимательный (равнодушный), профессиональный (бездарь), способен мертвого на ноги поставить (угробить любого). Ты мне не веришь? Не сойти мне с этого места, если вру!

Ну и как можно серьезно относиться к подобной «информации к размышлению»? Да еще, возможно, переданной неоднократно с чужих слов. Совершенно верно — пропускать мимо ушей. Поскольку рационального зерна в ней днем с огнем не найти. Сплошные эмоции. С целью произвести впечатление на собеседника.

Вот и получается, что единственным, у кого есть возможность заниматься пациентоведением, то есть изучением пациентов, остается, на безальтернативной основе, врач. Только он может получать необходимую информацию о любом количестве пациентов. И только он сможет, при желании конечно, полученную информацию подвергнуть анализу и сделать определенные выводы, которые будут представлять интерес не только для него самого.

Врач... Врачей много. Но каждый ли из тех, у кого есть диплом о высшем медицинском образовании, способен и имеет право работать над такой непростой задачей, как изучение пациентов?

А почему нет, спросите вы? У любого врача есть пациенты. Он вполне может размышлять о своих отношениях с ними. Размышления эти можно как-то оформить, чтобы с ними познакомились другие люди. Вот тебе и пациентоведение. Все просто, и не надо ничего усложнять.

Да, да, конечно, может... Но я не о юридической или технической сторонах дела говорю. Мне интересны чисто человеческие, морально-этические, отношения между врачом и пациентом.

Маленькое нелирическое отступление.

Мне не нравится ни понятие «мораль», ни понятие «этика». Они предполагают оценку поступков данного конкретного человека каким-то сторонним наблюдателем. И эта оценка строится на сравнении поступков индивидуума с уже сложившимися в обществе законами и установками, регламентирующими отношения между людьми.

Этика и мораль, безусловно, имеют право на существование. Но лично для меня гораздо более значимой всегда была моя собственная оценка своих поступков. И отметки я себяставляю не по пятибалльной шкале. Моя система координат двухполюсная: стыдно или не стыдно за то, что я сделал; по совести или не по совести я поступил.

Комфортно я себя ощущаю только тогда, когда за совершенное совесть меня не мучает. Поэтому, чтобы не употреблять высокий штиль, моя личная система оценок описывается лишь двумя словами — удобно и неудобно.

Не думаю, что в этой книге стоит оценивать заявленную тему по этой шкале. Кому-то она будет казаться слишком простой, кому-то — слишком сложной. Кто-то вообще не поймет, о чем идет речь. Поэтому буду применять давно сложившуюся и понятную многим формулировку «морально-этические нормы». Но знайте, что под этими словами я подразумеваю нечто иное, чем принято думать.

Продолжим. Так вот, для этого необходима, что называется, чистота эксперимента.

Что я имею в виду?

В обществе на взаимоотношения людей вообще (в рассматриваемом нами случае — отношения между врачом и пациентом) влияет очень много социальных факторов.

Я говорю не о том, что в разных странах по-разному могут быть выстроены системы оказания медицинской помощи. Даже в одной и той же стране эта система проявляет себя весьма различными способами. На это влияет огромное количество причин.

Например, сильным фактором давления на поведение врача является то, в какой системе, частной или государственной, он зарабатывает себе на хлеб. Как не покажется странным, но немаловажное значение имеют специальность доктора и его уровень профессиональной подготовки. И, возможно, кто-то уже обращал внимание на то, что врачи в крупных городах ведут себя несколько иначе, чем их коллеги в небольших населенных пунктах.

В общем, социальное положение врача влияет на его отношение к своей работе, что напрямую связано и с его отношением к своим пациентам.

Мне же хотелось бы рассмотреть взаимоотношения врача и пациента в «чистом виде», без учета того, что они оба являются членами социума.

Понимаю, что это некая утопия. Такая ситуация, наверное, может сложиться только на необитаемом острове, куда волею судеб окажутся заброшенными два человека, одним из которых должен оказаться врач, а вторым — его потенциальный пациент.

То есть такая ситуация в принципе возможна, но, по сути, не реальна. Тогда зачем ее вообще рассматривать? Какой в этом смысл?

Смысл есть. И ситуация эта совсем уж не такая нереальная. Я не имею в виду случай с попаданием на остров. Я говорю о том, что между врачом и пациентом возможны «чистые отношения», которые не обусловлены социальным статусом каждого из них. Они крайне важны. А важность их состоит в том, что они, как я уже отмечал, влияют на лечебный процесс и, что гораздо важнее, на его результат.

Я только что обозначил, но никак не расшифровал тот факт, что социальное положение врача влияет на его поведение. Думаю, надо несколько подробнее на этом остановиться. Это важно для понимания того, что не всякий специалист от медицины может заниматься пациентоведением.

Такая работа будет иметь значение только в том случае, если ее проведет свободный врач. Свободный ото всех условностей,

навязанных ему обществом, местом службы, коллективом, в котором трудится, и т. д.

Такой врач не может работать в государственной системе здравоохранения.

Хорошо сказал, правда? Одной фразой взял, да и запретил сотням тысяч честно работающих докторов наблюдать за своими пациентами, изучать их, делиться своими наблюдениями.

Нет, не запретил, конечно. Все это делать они могут. Но будет ли результат от такой деятельности? Очень сомнительно.

Почему? Да вот как раз потому, что человек, находящийся на государственной службе, крайне несвободен в своих действиях. Он является человеком системы. А любая система очень строго регламентирует деятельность своих членов.

Приказы, предписания, распоряжения направляют деятельность членов системы по вполне определенному кем-то руслу. Любое отступление от них не приветствуется, как минимум, предполагает наказание, вплоть до исключения из системы, как максимум.

А этим рисковать никто не станет. Поскольку в системе удобно. Думать не надо, решения за тебя принимают другие. И ответственности никакой, и хлеб с маслом всегда на столе.

Если даже кто-то решит жить по своим правилам и попробует, не покидая систему, работать не для правильной отчетности, которая является в системе главным показателем хорошей работы, а по совести, то вряд ли он сможет это долго делать. Времени просто не хватит.

Правильная отчетность предполагает заполнение огромного количества бумаг. И чем больше этих бумаг, тем эффективней считается выполненная работа. Иной врач во время приема даже не успевает взглянуть в лицо пациенту. Все пациентоведение у него заключается в документоведении.

Короче говоря, думать врачу системы некогда. А возможность крепко подумать является необходимым условием изучения чего-либо. И, если возможности такой нет, то и само изучение невозможно в принципе.

Впрочем, зачем это я о каких-то возможностях здесь говорю? При желании можно ведь и собственным свободным временем пожертвовать, для того чтобы мозгами раскинуть.

Да вот откуда же ему взяться-то, этому желанию? На работе думать не поощряется, скорее, оно даже наказуемо. Четкому выполнению отпущенных сверху указаний оно только мешает. Ведь задунав-

шись, можно не оставить пару-тройку обязательных записей в отчетных документах. А за это потом придется отвечать.

В общем, врачу, бодро шагающему в стройных рядах сотрудников государственной системы здравоохранения, не до изучения пациентов. Ему бы успеть изучить свежие приказы и инструкции. На это и уходит вся его энергия.

Итак, если врач, являющийся госслужащим, для пациентоведения потерян, то кто у нас остается? Неумолимая логика подсказывает очевидный ответ, что остается у нас врач, работающий в системе официальной, но не государственной медицины, то есть частнопрактикующий.

А вот и нет. Не подходит!

Стоп, стоп. Как же это так, и государственник не подходит, и частник тоже? Кто же тогда остается, если третьего варианта не существует в принципе?

Этот вопрос мы обсудим чуть позже. А сейчас все-таки поговорим о том, почему частнопрактикующий врач не может полноценно заниматься изучением своих пациентов.

Если у «госврача» препятствием является подчинение его деятельности оформлению правильной отчетности, то у частного врача таким камнем преткновения являются деньги.

Для чего врач переходит в систему негосударственной медицины? Для того чтобы, оставаясь врачом, получать за свой труд несколько большее количество денежных знаков, чем это предусмотрено на государственной службе.

Ничего предосудительного в этом нет. Рыба ищет, где глубже, а человек, где лучше. Если врач является «спецом» в своем деле, то он имеет право на достойное вознаграждение за свой труд. И он своим правом вполне официально, замечу, пользуется, занимаясь частной практикой.

Вот только изучением пациентов он вряд ли станет заниматься. Прибыли ведь это не принесет. А именно прибыльностью определяется результат работы врача частной медицины.

Причем особенно выражена привязка деятельности врача с доходом от ее результата в том случае, если доктор работает в клинике или медицинском центре. Ведь ему надо заработать на бутерброд с икрой не только для себя, но и для среднего медперсонала, администрации, водителей, охранников, дворников, руководителя, наконец. А вся эта братия будет очень недовольна, если прознает, что врач занимается не тем, для чего его в клинику взяли, а именно — получе-

нием от пациента максимально возможного количества купюр, а изучением тонкости взаимоотношений с пациентом.

Доктора такого из клиники, что называется, попросят. А это для него является самым страшным наказанием.

Вернуться в систему государственной медицины он уже не захочет, поскольку познал разницу между бизнес-ланчем в ресторане и обедом в столовке. Поэтому всеми силами будет держаться за свое место, то есть стараться заработать как можно больше для своей клиники.

Если же частный врач работает в одиночку, а некоторые врачебные специальности позволяют доктору обходиться и без помощников, и без руководителей, то ситуация с пациентоведением вряд ли будет лучше. И хотя плюсом самостоятельной работы является отсутствие ответственности перед коллективом, то минусом становится как раз тот факт, что абсолютно за все в своей работе приходится отвечать самому.

А это требует и времени, и тех же денег. Расходные материалы, инструменты, мебель, униформа и прочее закупаются на собственные средства. Плюс аренда или коммунальная плата. И при этом надо, чтобы после всех расходов осталось столько, чтобы хватило на семью, дом, отдых и т. д.

Поэтому крутится «индивидуальщик», особенно в первые годы практики, как белка в колесе. Тут не до мыслей о тонких материях, с грубыми не пролететь бы.

Поразмышлять на отвлеченные темы доктор сможет только тогда, когда пройден период необходимых материальных приобретений и появилось какое-то свободное время.

Но опять же, кроме возможности подумать о высоком и вечном, должно быть желание это осуществить.

Чаще всего, однако, потребности в этом не возникает. Необходимость думать о хлебе насущном переходит в устойчивую привычку, что-то на уровне условного рефлекса. И доктор на автомате продолжает думать только о материальных ценностях. Изучение взаимоотношений врача и пациента на уровне личностей дивидендов не принесет. Ну так и напрягать свое серое вещество по этому поводу не является необходимым.

Самое время, казалось бы, обсудить, какой же врач в состоянии и имеет право осуществлять пациентоведение.

Но я опять отложу эту тему, теперь уже совсем ненадолго.

Сейчас же остановлюсь вот на каком моменте.

Независимо от того, в какой системе, государственной или частной, трудится доктор, от того, какова его специальность, от того, каков стаж его работы, он обязан быть профессионалом высокого класса. Это является необходимым условием для пациентоведа.

Почему? Потому, что только профессионал имеет моральное право на подобного рода занятие.

Я, на самом деле, не представляю себе, как врач, не являющийся специалистом в своем деле, может думать о чем-либо ином, кроме как о повышении своей профессиональной квалификации. Да и неуютно как-то, дискомфортно чувствуешь себя на своем рабочем месте, если в совершенстве не разбираешься в том деле, которым занимаешься.

Как в таком состоянии врач может рассуждать о пациенте? Он в своей работе разобраться не может, какое же он имеет право давать оценку поведению человека, который обратился к нему за помощью?

Ну, конечно, если доктор договорился со своей совестью и моральные угрызения ему не грозят, то он может говорить и писать о чем угодно, в том числе и о своих пациентах. Вот только грош цена таким «измышлизмам». Они всегда будут необъективными, поскольку непрофессионал в отсутствие положительного результата своей работы, а другого и быть не может, всегда постарается обвинить кого угодно, только не себя.

Этим «кто угодно» может оказаться и пациент. И, скорее всего, так и произойдет, поскольку пациент является самой удобной, самой незащищенной мишенью для нерадивого лекаря. На него свалить собственные промахи в лечении проще всего.

Это честно? Это нравственно?

В общем, если ты не специалист в правильном смысле этого слова и чувствуешь, что им никогда не станешь, то увольняйся с работы и займись каким-нибудь менее травмоопасным для окружающих тебя людей делом. И постарайся не ухудшать свою карму рассуждениями, что ты белый и пушистый, а все вокруг только тем и занимаются, что ставят тебе палки в колеса, поэтому у тебя ничего и не получается.

Вы, конечно, уже поняли: я настаиваю на той точке зрения, что не высокопрофессиональный врач пациентоведением заниматься не может.

Ну а кто же все-таки может?

Как, вы до сих пор не догадались? Автор этих строк как раз и может. Я же все это пишу. И название я придумал.

Андрей Генрихович Иванов

ПАЦИЕНТОВЕДЕНИЕ

Редактор *Шарков К. С.*
Корректор *Полушкина В. В.*
Верстка *Тархановой А. П.*

Подписано в печать 29.12.14. Формат 60 × 88¹/₁₆. Печ. л. 9.
Тираж 1000 экз. Заказ №

ООО «Издательство «СпецЛит»».
190103, Санкт-Петербург, 10-я Красноармейская ул., 15,
тел./факс: (812) 495-36-09, 495-36-12,
<http://www.speclit.spb.ru>

Отпечатано в типографии «L-PRINT»,
192007, Санкт-Петербург, Лиговский пр., 201, лит. А, пом. 3Н

ISBN 978-5-299-00659-9



9 785299 006599