

*Асланян С.А., Пилипенко О.І., Чемирисов В.В.,
Малий М.Ю., Задесенець П.П., Ткаченко Л.І.,
Маменко В.О.*

УМОВИ ТА ШЛЯХИ ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТАМ У ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТНИХ КОМІСІЙ

У статті розглядається проблема конфліктної взаємодії між лікарем-експертом і пацієнтом медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), складові конфліктних ситуацій, особливості перебігу конфліктів. Значну увагу приділено характеристиці учасників та змісту конфліктів у практиці роботи МСЕК. Визначено сутність, особливості конфліктуючих сторін. Пропонуються шляхи запобігання конфліктним ситуаціям у взаємодії лікарів-експертів і пацієнтів.

Ключові слова: *медико-соціальна експертна комісія, конфлікт, учасники конфлікту, конфліктна взаємодія, об'єктивні і суб'єктивні чинники конфліктів, соціально-психологічні характеристики учасників та конфліктних ситуацій, моделі розв'язання конфлікту, запобігання конфліктам.*

Медико-соціальні експертні комісії (МСЕК) діють на підставі Постанови Кабінету Міністрів України №1317 від 03.12.2009 р. Основними функціями медико-соціальних експертних комісій є такі:

- встановлення груп інвалідності;
- повторний огляд інвалідів;
- встановлення відсотка втрати професійної працездатності;

- складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів та контроль за їх виконанням;
- визначення медичних показань на правоодержання інвалідами спеціалізованого автотранспорту та протипоказань щодо керування ним.

Медико-соціальні експертні комісії проводять огляди хворих, що досягли повноліття, потерпілих від нещасного

випадку на виробництві та професійного захворювання, інвалідів з метою виявлення ступеня обмеження життєдіяльності, причини, часу настання, групи інвалідності, а також компенсаторно адаптаційних можливостей особи, реалізація яких сприяє медичній, психолого-педагогічній, професійній, трудовій, фізкультурно-спортивній, фізичній, соціальній та психологічній реабілітації. Для прийняття рішення з проблеми встановлення групи інвалідності або відсотків втрати професійної працездатності хворий звертається до лікувально-консультативної комісії лікувально-профілактичного закладу, яка після відповідного обстеження за наявності показань, що підтверджують стійке порушення функцій організму, оформлює посильні документи на МСЕК.

Після отримання супровідних документів МСЕК проводить огляд освідчуваного пацієнта та винесить відповідне експертне рішення. Здійснюється це на підставі детального вивчення наданої документації та результатів огляду лікарями-експертами. З метою запобігання неправомірним рішенням, для уникнення наслідків конфліктів КМ України введено «Порядок оскарження рішень МСЕК» (Постанова КМУ №1317 від 03.12.2009 р.). Для складних випадків створена Центральна медико-соціальна експертна комісія МОЗ України по всій структурі адміністративного устрою. У разі незгоди з

рішенням комісії воно може бути оскаржене в суді в установленому законодавством порядку.

Незгода пацієнта з рішенням лікаря нерідко перетворюється на конфліктну взаємодію. Спровокована вона може бути різними обставинами, які потребують дослідження. Його результатом мають стати висновки та рекомендації, які дали б змогу знизити потенційну конфліктогенність роботи МСЕК.

Мета дослідження полягала у вивченні проблеми конфліктів у сфері медичних експертних послуг МСЕК. Дослідження ґрунтується на соціологічних та психологічних методах спостереження (прямого та прихованого), вивченні й аналізі документів на базі МСЕК Дніпропетровської області та продовжується відповідно до програми дослідження і в інших регіонах України.

Завдання дослідження:

1. Визначити особливості конфліктної взаємодії між лікарем-експертом і пацієнтом медико-соціальних експертних комісій.
2. Уточнити особливості формування конфліктних ситуацій і типові характеристики учасників конфлікту.
3. Спроекувати підходи до запобігання конфліктам.

У практичній діяльності лікарів-експертів медико-соціальних експертних комісій непоодинокі випадки, коли винесене експертне рішення про ступінь зниження життєдіяльності породжує незадоволення та скарги з боку освідчуваних пацієнтів. Узагальнюючи дані чотирирічних досліджень у сфері медичних конфліктів, В. Рейд наголошує, що в медичній практиці частка таких випадків становить від 53% до 59% [6]. Досліджуючи проблему конфліктів, С. В. Єрофеев та В. В. Жаров визначають, що «практика юридичної і судово-медичної оцінки несприятливих результатів надання медичної допомоги

свідчить, що в 33-58% випадків незадоволення пацієнта медичним обслуговуванням при подальшій експертизі оцінюється як належне [2]. З 2005 року нами накопичено змістовний дослідницький матеріал, який засвідчує, що близько 30-40% учасників медико-експертних послуг вступали в конфліктну взаємодію.

У дослідницькій практиці вивчення професійних медичних конфліктів основна увага зосереджена на предметі конфлікту. М. Е. Волчанський визначає, що «предметом конфлікту в медицині виступають: а) об'єктивні причини: організаційно-технічні, фінансові (економічні); б) суб'єктивні причини (залежні від лікаря): інформаційно-деонтологічні, діагностичні, лікувально-профілактичні, тактичні» [1].

Перші не залежать, або мало залежать від лікаря. Другі – залежать від рівня знань про конфлікт, конфліктні ситуації, стадії їх розвитку, учасників, вміння прогнозувати наслідки конфліктів, але особливо – від володіння способами запобігання їм.

Ролі учасників конфліктної ситуації розподіляються таким чином: з одного боку – авторитет та необмежене право експертів приймати рішення про надання інвалідності, що підкріплено рядом нормативних документів, з другого – очікування освідчуваного пацієнта на справедливий з його погляду діагноз, але повна залежність від рішення МСЕК, невизначеність права на оскарження, дефіцит інформації тощо. Все це, незалежно від характерологічних особливостей людей, які вступають у взаємодію, – учасників проблемної ситуації, визначає її конфліктогенність.

У Типовому переліку бюджетних програм та результативних показників їх виконання для місцевих бюджетів у галузі «Охорона здоров'я» від 26.05.2010 №

283/437 в розділі «Програма проведення належної медико-соціальної експертизи (МСЕК) (КТКВК 081001) визначено мету – забезпечення проведення належної медико-соціальної експертизи, та завдання – надання обґрунтованих висновків щодо наявності та рівня стійкої втрати працездатності освідчуваних осіб.

До результативних показників відносять показники витрат, кількість закладів, штатних одиниць; показники продукту (кількість проведених освідчень, кількість випадків переходу з групи на групу інвалідності, кількість випадків зняття з групи інвалідності, кількість випадків встановлення первинної інвалідності), які, по суті, є не тільки проблемними, але й конфліктними ситуаціями. З іншого боку, у показниках ефективності представлені: кількість проведених освідчень на одного лікаря, вартість одного освідчення. Як бачимо, ідеться тільки про кількісні показники. Хоча реальний стан здоров'я визначається якісними показниками – ступенем задоволення отриманою послугою тощо, суб'єктивною оцінкою отриманої послуги, що в сукупності кількісно-якісних показників більш об'єктивно відображає стан проблеми.

Враховуючи те, що ситуації взаємодії в роботі МСЕК потенційно конфліктні, при проведенні дослідження ми особливу увагу приділили саме цьому аспекту. З позицій практичної психології конфлікт – вияв неузгодженості спільної діяльності щодо реалізації спільних інтересів. Конфлікт містить елементи суперництва, але репрезентує особливий вид спілкування, «хворобливий» [3]. Серед позитивних стилів виділяють співробітництво – «здорове» спілкування, яке розглядають не тільки як модель досягнення спільних інтересів [5], але й як умову запобігання конфліктам.

Базою наших досліджень були: обласна МСЕК № 1 та № 3, Дніпропетровська психіатрична МСЕК. Мета дослідження – визначити рівень конфліктогенності в установах МСЕК.

Методи дослідження: спостереження, опитування, експертна нарада.

Конфлікти бувають двох основних видів: відкриті та приховані. Відкриті конфлікти вирізняються високим рівнем афектації, деструктивних вчинків. Для таких конфліктів характерні підвищення голосу, погрози, залякування, образа, прокльони, намагання застосувати фізичну силу тощо.

Прихований конфлікт: невербальне невдоволення, закритість до взаємодії, втрата інтересу до встановлення групи інвалідності. Прихований конфлікт викликає негативні стани: ігнорування, бажання оговорити, помститися, завдати шкоду установі, близьким тощо.

Таблиця

Рівень і характер конфліктогенності в установах МСЕК, %

Установи МСЕК	№ 1	№ 3	Психіатрична
Відкритий конфлікт	34, 6	36, 3	17, 4
Прихований конфлікт	45, 3	43, 8	26, 7
Відсутність конфлікту	20, 1	19, 9	44,1

Запобігання конфліктним ситуаціям ми розглядаємо під кутом умов організації роботи МСЕК, яка усувала б провокуючі до конфлікту причини. На особистісно-професійному рівні лікаря це передбачає сукупність знань, навичок етичної поведінки, вмінь застосовувати набуті

навички у процесі взаємодії з іншою стороною, яка перебуває в напруженому стані.

Відповідно до наших досліджень у двох третин проаналізованих скарг було вказано причину – «неуважне або недоброзичливе ставлення лікарів-експертів».

У характері стосунків такі ситуації визначають поняттям ятрогенії. Ятрогенії розглядають як вид психогенного розладу, спричинений дією медичних працівників унаслідок необачного вислову, негативної оцінки пацієнта [7]. Причина та наслідок конфліктної поведінки у такому разі містяться в семантичному полі.

У медичній сфері в цілому, а в роботі МСЕК особливо, уникнення ятрогенії є однією з умов запобігання конфліктним ситуаціям, які створюються лікарем. Утім, ятрогенії можуть викликати самі пацієнти, що з різних причин налаштовані на конфлікт або несвідомо його провокують. Виходячи зі специфіки роботи МСЕК, конфліктна ситуація є тотожною ятрогеніям, де сторони взаємодії можуть провокувати різні види конфліктів.

Отже, формування здатності спілкуватись з освідчуваним є першою умовою запобігання конфліктам.

Спілкування лікарів-експертів та хворих у процесі освідчення в МСЕК має певні особливості:

- експерт діє на основі тих чи інших нормативних документів;
- він володіє правом приймати рішення;
- його думка є законом для пацієнта.

Питання неконфліктної взаємодії є вирішальним для формування діагнозу. Не залучивши пацієнта до спілкування, лікар-експерт не може зібрати повний анамнез для встановлення об'єктивного діагнозу. Нерідко це породжує в обох сторін відчуття незадоволення, розчарування, упередження, створюється атмосфера

напруженості, взаємного недовір'я, які можуть спричинювати конфлікт. Одночасно взаємні ставлення тим чи іншим чином передаються лікарем колегам, а пацієнтом – близьким, пацієнтам у черзі, що породжує «ефект виру» – захоплення в сферу конфлікту все більшої кількості учасників та поглиблення конфлікту.

Через короткочасність процедури обстеження та спілкування (10-15 хвилин) особливе значення має перше враження. У медико-соціальной експертизі лікарі МСЕК повинні взяти на себе відповідальність за створення умов і тактику проведення обстеження. Це дасть можливість уникнути суб'єктивізму в оцінці особистих якостей освідчуваного, його настановлень та інших значимих соціально-психологічних та медико-оціночних показників.

У процесі освідчення на МСЕК предметно-ділові конфлікти неминучі – завжди знайдуться люди, які переконані в тому, що їм необґрунтовано відмовили в тому чи іншому проханні, тим більше що й самі лікарі знаходяться у ситуації невизначеності: між ситуацією хворого та суперечливістю ряду положень інструктивних документів. Вміти розв'язати складну ситуацію, не доводячи її до конфлікту, вміти запобігати конфліктам – означає володіти культурою спілкування, усувати перепони на шляху до взаємного розуміння, не повторювати попередніх помилок спілкування; бути самокритичним, володіти собою; дотримуватися етики, норм спілкування. Оптимально розв'язати конфлікт – це усвідомити його причини та вміло подолати їх, використовуючи для цього всі можливості, зняти психічне напруження, добитися згоди.

Як показують дослідження, провокативна поведінка лікарів МСЕК виявляється у бажанні піднести власний авторитет, продемонструвати свою значимість, владу.

Великої шкоди завдає негативне настановлення експерта щодо освідчуваних, що підтверджено результатами проведеного дослідження. Дійсно, серед тих, хто проходить освідчення у МСЕК, трапляються люди з рентними настановленнями, зі схильністю до агравації тощо. Нерідко позиція лікаря-експерта формує негативне настановлення в інших пацієнтів.

Виявлено також таку тенденцію: в комісіях, де більше скарг з боку хворих на бездушні та формальні дії лікарів, яскравіше представлений негативний образ хворого як людини, яка переоцінює важкість свого захворювання, не бажає працювати та прагне реалізувати свої рентні настановлення. У більш сприятливих умовах роботи МСЕК у персоналу слабше виражене переконання в тому, що інваліди мають рентні настановлення.

Вкрай нераціональним видається така поведінка робітників МСЕК, коли предметно-діловий контакт не відбувається, коли лікарі відходять від прояснення ситуації, обмежуючись лише зауваженням типу: «Ви можете оскаржити наше рішення». Хворий не тільки тут же це зробить, але й піде з образою, закріпленим почуттям несправедливості щодо нього. Така поведінка лікарів-експертів «гарантує» появу скарг, яких могло б не бути в разі правильного спілкування.

Натомість поведінка лікарів-експертів з великим досвідом роботи показує можливість запобігання конфліктам. 75% досвідчених лікарів вдається заспокоїти хворого гідним, асертивним стилем поведінки. Поведінка таких лікарів у конфлікті характеризувалась упевненістю, аргументацією на основі власного досвіду, толерантним ставленням, виявом емпатії, вербальними та невербальними прийомами. Виключно важливий елемент спілкування – візуальний контакт.

Суть проблеми полягає не в тому, щоб сховатися від протиріч, а в умінні правильно поводитися в конфліктній ситуації, не довести її до відкритого зіткнення, навіть якщо така ситуація і виникла. При цьому надзвичайно важливим стає усвідомлення сутності конфліктної ситуації учасниками конфлікту.

Отже, підсумовуючи вищевикладене, приходимо до таких **висновків**.

Ситуація експертної оцінки життєдіяльності хворого належить до потенційно конфліктних, тобто об'єктивно є тим ґрунтом, на якому легко виникають напружені стосунки між лікарями-експертами та освідчуваними.

Провокуючою щодо конфлікту є сама проблема, яка породжує обставини об'єктивного та суб'єктивного гатунку. До об'єктивних належить сам процес лікарської діяльності, який залежить від забезпечення роботи МСЕК організаційними, інформаційними, технологічними, матеріальними ресурсами, від рівня довіри до медицини в цілому тощо. Серед суб'єктивних причин: готовність до позитивного сприйняття особистості пацієнта, рівень довіри у пацієнтів до медицини в цілому, професійний рівень персоналу МСЕК в частині встановлення діагнозу, дотримання норм ведення документації та вміння оперувати аргументами для доведення позиції встановленого діагнозу, враховуючи настанови Етичного кодексу лікаря України, психологічна стабільність лікаря та його вміння запобігати конфліктам.

Інцидент може міститися у сукупності складнопрогнозованих чинників. Тобто кожна професійну ситуацію слід розглядати як потенційну щодо розгортання конфлікту. Відкритий конфлікт має тенденцію розгортатися далі незалежно від етико-медичних знань та налаштованості на дотримання Етичного кодексу лікаря

України та потреби пацієнта отримати достовірний результат свого медичного статусу.

Рекомендації. МСЕК при організації своєї діяльності повинен враховувати об'єктивну потребу в розвитку превентивної стратегії. Це передбачає переорієнтування організаційних, інформаційних, документальних, технологічних, технічних, фінансових, психологічних, деонтологічних та інших ресурсів на стратегію запобігання або обмеження конфліктних ситуацій та інцидентів. Розробляючи стратегії профілактики конфліктів, слід враховувати підхід, який розглядає учасників МСЕК з позицій «рівноправності».

При розробці методичних рекомендацій щодо запобігання конфліктам доцільно враховувати психологічні (особистісні), соціологічні (статусно-рольові), соціально-психологічні (групові) закономірності. Доцільно збільшити час обстеження пацієнта. Слід інформувати освідчуваного про його права в ситуації експертизи, надавати роз'яснення щодо можливостей досягнення цілей хворого, пояснити йому альтернативні можливості, забезпечити право вибору, а також участь хворого у формуванні остаточного рішення, позбавитись від стилю винесення авторитарного рішення.

Зниження рівня конфліктогенності МСЕК можливе лише за умови належної психологічної підготовленості спеціалістів у питаннях запобігання конфліктам.

Література

1. Волчанський М. Е. Конфлікт в медицині : монографія М. Е. Волчанський. – Волгоград : Вид-во ВОЛГМУ, 2008. – 240 с.
2. Ерофеев С. В. Конфликт между пациентом и медицинским персоналом: анализ и предупреждение / С. В. Ерофеев, В. В. Жаров // Медицинское право :

- федеральный научно-практический журнал / Национальная Ассоциация медицинского права (М.). – М.: Юрист, 2002 - 2003. – № 1. – С. 22–24.
3. Ишмуратов А. Т. Конфлікт і злагода. Основи когнітивної теорії конфліктів / А. Т. Ишмуратов. – К. : Наукова думка, 1996. – 190 с.
 4. Скотт Дж. Г. Конфликты, пути их преодоления / Дж. Г. Скотт. – К. : Внешторгиздат, 1991. – 191 с.
 5. Фишер Р. Путь к согласию, или переговоры без поражения / Р. Фишер, У. Юри. – М. : Наука, 1990. – 158 с.
 6. Reid W. K. The role of the Health Service ombudsman / W. K. Reid // Health Bulletin. – 1995. – Vol. 53, № 6. – P. 349–352.
 7. Довідник захворювань [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://good-medic.ru/spravochnik-zabolevanij/2na-bukvu-ju-ja/jatrogenii.html>

The main problem of conflict interaction between doctor and patient of medical social expert commissions (MSEC), elements of conflict situations, peculiarities of conflict in medical social expert commissions is considered in the article. Main attention is paid to the characteristics of participants and content of conflicts in practice, approach to conflict prevention and conflict interaction between medical experts and patients.

Key words: *medical and social expert commission, the conflict, parties of the conflict, conflict interaction, objective and subjective factors of conflict, social-psychological characteristics of participants and conflicts, ways of conflict resolution, conflict prevention.*

В статье рассматривается проблема конфликтного взаимодействия между врачом-экспертом

и пациентом медико-социальных экспертных комиссий (МСЭК), составляющие конфликтных ситуаций, особенности протекания конфликтов. Значительное внимание уделено характеристике участников конфликтов в практике работы МСЭК. Определены сущность, особенности конфликтующих сторон. Предлагаются пути предупреждения конфликтных ситуаций во взаимодействии врачей-экспертов и пациентов.

Ключевые слова: *медико-социальная экспертная комиссия, конфликт, участники конфликта, конфликтное взаимодействие, объективные и субъективные факторы конфликтов, социально-психологические характеристики участников и конфликтных ситуаций, модели решения конфликта, предупреждение конфликтов.*