## Содержание

# Этика взаимоотношений в медицинском коллективе

Выписка из кодекса врачебной этики

Отношения "Врач - медицинская сестра"

Использованная литература

**Этика взаимоотношений в медицинском коллективе.**

В процессе своей работы врач постоянно контактирует с коллегами - со своими старшими и младшими товарищами, специалистами других профилей, врачами параклинических служб (рентгенолагами, эндоскопистами, клиническими лаборантами, иммунологами), а также с провизорами, средними и младшими медицинскими работниками. В связи с этим во врачебной профессии особую роль приобретает налаживание правильных взаимоотношений между медицинскими работниками, преемственность и слаженность а работе всех звеньев медицинской службы, от которых зависит своевременность и качество оказания медицинской помощи.

Вот почему уже в трудах Гиппократа рекомендуется в затруднительных случаях приглашать на консультацию других врачей. Обращаться за советом к коллегам и самому никогда не отказывать в бескорыстной помощи призывают врачей «Клятва российского врача» и «Клятва врача», принятая в качестве «федерального закона». В «Этическом кодексе российского врача» сказано, что «во взаимоотношениях с коллегами врач обязан быть честен, справедлив, доброжелателен, порядочен…»В «Международном кодексе медицинской этики» дополнительно отмечается, что «врач…должен бороться с теми из своих коллег, которые проявляют некомпетентность или замечены в обмане».

Таким образом, правильные взаимоотношения врачей между собой в процессе своей деятельности достигаются при соблюдении двух основных условий:

1)уважительного отношения к своему коллеге, недопущения третирования врача в присутствии больного, так как такие нарушения подрывают веру больного в своего врача и, следовательно, вредят больному;

2)обращения врача к своему коллеге за советом во всех сложных для диагностики и лечения случаях.

В самой врачебной профессии заложен принцип коллегиальности коллективизма, необходимости самого тесного сотрудничества в интересах больного. Важно считаться с мнением каждого врача, независимо от его стажа и возраста. В необходимости нормальных взаимоотношений должны быть кровно заинтересованы все члены врачебного коллектива. Больше того, для успешного выполнения своей напряженной работы врачи должны поддерживать друг друга морально, ограждать от волнений и душевных тревог. Между тем в практической работе еще нередко встречаются случаи, когда врачи недоброжелательно отзываются о своих коллегах в присутствии больных.

Одним из вариантов неправильного отношения к коллегам является распространение о них порочащих слухов, например их «врачебных ошибках», неправильном лечении. Порой такое злословие оправдывается борьбой различных клинических школ и имеет целью дискредитировать не столько конкретного врача, сколько тот или иной врачебный коллектив.

Пренебрежительное высказывание о своем коллеге, тем более в присутствии больного, является грубым нарушением врачебной этики , и во все времена осуждалось врачами и общественностью. Нарушения врачебной деонтологии несколько чаще проявляются в отношении старших товарищей к младшим. В коллективах со здоровым микроклиматом наблюдается бережное отношение к младшему коллеге, и если выявляются ошибки в диагностики и лечении, то замечания делаются в доброжелательной и корректной форме, лучше всего наедине и никогда не делаются в присутствии больного. Важное качество руководителя – умение прислушиваться к мнению младших товарищей. Такие взаимоотношения в коллективе способствуют более эффективной работе, поднимают авторитет врачей и идут на пользу больному.

Успешная деятельность в медицинском коллективе в существенной степени зависит также от слаженной работы врачей со средним и младшим медицинским персоналом. Медицинские сестры и санитарки постоянно находятся у постели больного и могут заметить такие проявления болезни, которые не наблюдал врач. Огромное количество больных было спасено только благодаря тому, что медицинские сестры вовремя заметили ухудшение в состоянии больного, что позволило своевременно оказать неотложную помощь. Вот почему врач должен налаживать и укреплять деловое и уважительное к своим помощникам и никогда не относиться к ним с позиции собственного превосходства.

Неоценимую услугу оказывают медицинские сестры и санитарки в уходе за больными выхаживания больных. Отсутствие надлежащего ухода часто сводило на нет все усилия врачей, в том числе результаты превосходно выполненных оперативных вмешательств.

Во всех затруднительных случаях врач обязан обратиться за консультацией к более опытному коллеге. Обращение за помощью к другому врачу свидетельствует не о слабой профессиональной подготовке самого врача, а напротив, о серьезном и вдумчивом подходе к выполнению своих врачебных обязанностей, об ответственности врача перед больными. Необращение врача за советом к своему более опытному коллеге в сложных для диагностики и лечения случаях является серьезным деонтологическим нарушением. Такое нарушение может иметь для больного серьезное, иногда и фатальное значение.

**Выписка из Кодекса врачебной этики**

**РАЗДЕЛ IV.** Взаимоотношения с коллегами

**СТАТЬЯ 28**. Во взаимоотношениях с коллегами от врача требуется честность, справедливость, доброжелательность, порядочность, уважительное отношение к знаниям и опыту коллег, готовность бескорыстно передать им свой опыт и знания.

**СТАТЬЯ 29.** Критика в адрес коллег должна быть аргументированной, неоскорбительной и недискредитационной. Критикуется не личность коллег, а их профессиональные действия.

**СТАТЬЯ 30.** Недопустимы негативные высказывания в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц.

**СТАТЬЯ 31**. Для защиты чести и достоинства врач может обращаться в комиссию по врачебной этике и в правоохранительные органы.

**СТАТЬЯ 32**. Врач не вправе препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача. Свою профессиональную репутацию врач создает только на основе результатов работы и не должен заниматься саморекламой. Вместе с тем он имеет право на распространение информации о своих профессиональных навыках и квалификации.

**СТАТЬЯ 33.** Врач обязан постоянно сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам, научившим его врачебному искусству.

**СТАТЬЯ 34.** Врач должен делать все от него зависящее по созданию в трудовом коллективе благоприятного морально-психологического климата, активно участвовать в работе врачебной ассоциации, защищать честь и достоинство своих коллег, препятствовать медицинской практике бесчестных и некомпетентных коллег, непрофессионалов, наносящих ущерб здоровью пациентов.

**СТАТЬЯ 35.** Врач обязан с должным уважением относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, а также содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

**Отношения "Врач - медицинская сестра"**

Психиатрическая практика в значительной степени зависит от хорошего взаимопонимания между медицинскими сестрами и врачами. Когда взаимопонимания нет или оно под угрозой, качество медицинской помощи ухудшается. Исторически сложилось так, что взаимоотношения между врачами и медсестрами приобрели статус особых отношений. Это особенно верно в рамках стационарных учреждений и при лечении лиц с серьезными психическими расстройствами, когда врач и медсестра становятся доминантной парой, влияющей на другие мультидисциплинарные взаимодействия и в особенности на характер связи с пациентами.

Сегодня современная психиатрия присутствует во множестве мест в дополнение к острым стационарным отделениям, в частности в районных центрах психического здоровья, домах пациентов и многочисленных отделениях в учреждениях закрытого типа и в интернатах, где заботятся о людях с психическими расстройствами. Эти разнообразные типы среды обитания человека влияют на характер взаимоотношений просто потому, что они формируют разные стили рабочих договоренностей и определяют разные роли для участников.

Как следствие, пара “медицинская сестра–врач” более не является исключительной (уникальной). Почти вся психиатрия функционирует в рамках мультидисциплинарной структуры, и взаимодействия с другими специалистами, такими как психиатрические социальные работники, специалисты в области терапии занятостью, психологи, внешние организации и лица, ответственные за комплексное обслуживание пациентов, влияют на отношения “врач–медсестра”, разбавляя их “особость”.

Изменения на рабочем месте отражены в профессиональных и институциональных (организационных) нормах (например, судебно-медицинские обязанности и рабочие смены) – именно они определяют характер взаимодействия, устанавливая ожидания и требования.

Характер образования медсестер и врачей претерпевает множество изменений, а именно границы между врачами как диагностами и назначающими лечение и медицинскими сестрами как исполнительницами распоряжений и раздатчицами лекарственных препаратов становятся менее четкими и более проницаемыми.

На отношения между врачом и медсестрой отчасти влияет то, что пациенты думают о них. Рэдклифф (2000) утверждал, что власть в отношениях опосредуется пациентом: “Если сомневаетесь, спросите пациента, кто контролирует ситуацию. Люди могут любить своих ангелов, но они испытывают благоговейный трепет перед своими врачами”. Это отражает традиционный, популярный взгляд на роль врачей и медицинских сестер. Однако ожидания пациентов относительно того, что делают и чего не делают медицинские сестры и врачи, меняются очень быстро. Рост гласности относительно врачебных и медсестринских ошибок и использование Интернета частично сняли магическую ауру и глянец с этих профессий (Stein et al, 1990).

В условиях стационара традиционные взаимоотношения менялись медленно. Институциональные и профессиональные нормы все еще предусматривают принятие решений врачами, полагаются на кодекс поведения медицинских сестер и иерархию управленческой подотчетности. Стационарное учреждение выдвигает на первый план главный аспект отношений врача и медицинской сестры – взаимозависимость. Ни один из них не может работать независимо от другого. Если психиатр является врачом с функциями должностного лица, а пациент находится в стационаре в соответствии с определенным разделом Закона об охране психического здоровья, этот психиатр зависит от медицинских сестер, поскольку они обеспечивают содержание и безопасное лечение пациента во время пребывания в больнице. Медицинские сестры полагаются на полномочия врача и судебно-медицинскую ответственность, которые должны поддерживать их и помогать справляться с ситуацией.

Тем не менее врач в психиатрии все еще сохраняет значительную власть и несет ответственность, которые влияют на взаимозависимость: например, именно он решает, официально или неофициально, какого пациента госпитализировать и какого выписать. Согласно разделу 12 Закона об охране психического здоровья от 1983 года у врачей есть специфические обязанности, которые нельзя разделять с другими профессиональными группами.

Традиционно врачей рассматривают как хранилище клинических знаний и как ответственных за то, чтобы не отставать от последних достижений науки, за передачу этих знаний не только собственным ученикам, но и медицинским сестрам, работающим в их бригаде. С точки зрения общественности, университетское образование в противоположность больничному опыту расценивается как показатель того, что врачи “образованны, тогда как медицинские сестры всего лишь прошли профессиональную подготовку” (Warelow, 1996). Поэтому подразумеваемые знания являются источником разницы во власти, что подкрепляет отношения “врач–медсестра”. Отчасти эта разница сократилась благодаря расширению университетской профессиональной подготовки медицинских сестер, как это было предусмотрено в проекте 2000 Министерства здравоохранения (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 1986). Однако некоторые критики отметили разрыв между теорией и практикой и наличие недостатков в профессиональной подготовке во время обучения, поскольку она не соответствует реальному характеру потребности в обслуживании (Department of Health, 1997). Совместное научение (с врачами и другими профессиональными группами) начинает происходить в таких областях, как законодательная деятельность в соответствии с Законом об охране психического здоровья, применение шкал для оценки состояния здоровья населения страны (HoNOS) и этические вопросы.

**Использованная литература**

1. Саперов В.Н.- «Врачебная этика от Гиппократа до наших дней»,- Чебоксары,2001

2. Петровский Б.В. - «Деонтология в медицине».- М.: Медицина, 1988

3. Глобальной компьютерной сети «Internet»