

Janko Kersnik

ZDRAVSTVENE NAPAKE

Ljubljana, 2002

PREDGOVOR

*»Don't find fault, find a remedy.«
[Henry Ford, ameriški tovarnar]*

Motiti se je človeško. To nesporno dejstvo moramo imeti v mislih vsak dan, ko se srečujemo z različnimi odkloni od pričakovanega načina dela in z neugodnimi izidi zdravstvene oskrbe. Ker niso običajni, jih lahko s skupno besedo imenujemo izjemni dogodki. Prikrivanje odstopanj lahko vodi v nevarno kopičenje takega sloga in organizacije dela, ki sta v določenih okoliščinah lahko podlaga za neugodne izide, zaradi katerih lahko nastane občutna škoda. Pride do zdravstvene napake z vsemi svojimi neugodnimi posledicami tako za bolnika, zdravnika, zdravstveno ustanovo, kot tudi za družbo v celoti.

S svojimi ukrepi ne smemo povzročati škode. Obrambna medicina pri tem ni rešitev. Navaditi se je treba shajati s tveganji, ki jih prinaša delo z bolniki, zato se mora vsak posameznik zavedati njihovih možnih posledic in se pri svojem delu ravnati v skladu z veljavnimi strokovnimi spoznanji. Zdravstvena ustanova pa je dolžna poskrbeti za ustrezne pogoje za delo in vzpostaviti sistem za zmanjšanje tveganj in obvladovanje napak. Pomembni deli tega sistema v zdravstveni ustanovi in pri zasebniku so pritožni sistem, odkrivanje izjemnih dogodkov in notranji nadzor. S temi ukrepi je zagotovljena maksimalna možna stopnja varnosti za bolnike, ki jo v trenutnih razmerah lahko nudimo.

Učimo se iz (tujih) napak. Sodobna spoznanja nam nudijo široko znanje o možnih virih napačnega ravnanja posameznika in slabe organizacije dela, ki lahko vodijo do zdravstvenih napak z neugodnimi izidi. Hkrati nam ponujajo tudi številne modele obvladovanja tveganj in neugodnih izidov, kar naše delo lahko naredi še bolj varno. Analiza izjemnih dogodkov nam ponuja pravi zaklad za preprečevanje napak.

Pričujoči zbornik prinaša nekatera spoznanja in idejne rešitve obvladovanja napak v medicini. Namenjen je vsem zdravstvenim delavcem, predvsem pa zdravnikom družinske medicine in študentom. Vsem skupaj naj bo popotnica pri oblikovanju lastnega odnosa do zdravstvenih napak in njihovega preprečevanja.

Kranjska Gora, 1. 8. 2002

Janko Kersnik

ZDRAVSTVENE

NAPAKE

19. UČNE DELAVNICE
ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE

Urednik: Janko Kersnik

Zbirka PiP

Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Ljubljana, 2002

Zbirka PiP

ZDRAVSTVENE NAPAKE

19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine

Urednik: Janko Kersnik

Tehnično urejanje, risanje slik in oblikovanje: Janko Kersnik

Oblikovanje ovitka: Tatjana Rihtaršič

Jezikovni pregled: Zdenka Kersnik

Založilo: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Tisk: Tiskarna in knjigoveznica Radovljica

Naklada: 300 izvodov

Copyright © Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD 2002

Vse pravice pridržane. Uporaba objavljenega gradiva je dovoljena ob navedbi vira in poprejšnjem soglasju založnika.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.25(063)(082)
61:316.356.2(063)(082)

UČNE delavnice za zdravnike družinske medicine (19 ; 2002 ;
Ljubljana)
Zdravstvene napake / 19. učne delavnice za zdravnike
družinske medicine, Ljubljana, 2002; urednik Janko Kersnik. -
Ljubljana : Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002. -
(Zbirka PiP : Pravočasno in pravilno)

ISBN 961-6456-02-4
1. Gl. stv. nasl. 2. Kersnik, Janko, 1960-
119742208

KAZALO

PREDGOVOR <i>(Janko Kersnik)</i>	i
KAZALO	iii
ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV	v
ZDRAVSTVENE NAPAKE <i>(Janko Kersnik)</i>	1
<u>TEORETIČNE PODLAGE ZDRAVSTVENE NAPAKE</u>	
OBRAVNAVAN ZDRAVSTVENE NAPAKE SKOZI ZGODOVINO <i>(Jože Blažič)</i>	7
OPREDELITEV IN OBLIKE NAPAK V MEDICINI <i>(Janko Kersnik)</i>	11
PRAVNE PODLAGE ZA ODGOVORNOST ZDRAVNIKA S POJASNILI IN PRIMERI IZ PRAKSE <i>(Gordana Živčec Kalan, Brane Dobnika)</i>	17
ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENIH NAPAK V DRUŽINSKI MEDICINI <i>(Igor Švab)</i>	43
<u>VIRI ZDRAVSTVENIH NAPAK</u>	
ČLOVEŠKI DEJAVNIK PRI NAPAKAH <i>(Janko Kersnik)</i>	51
ORGANIZACIJSKI DEJAVNIK PRI NAPAKAH <i>(Janko Kersnik)</i>	57
NUJNO STANJE KOT VIR ZDRAVSTVENE NAPAKE <i>(Štefek Grmec, Dejan Kupnik)</i>	65
SODELOVANJE BOLNIKOV PRI ZDRAVLJENJU SLADKORNE BOLEZNI <i>(Davorina Petek)</i>	73
MEDICINSKO ETIČNE NAPAKE PRI SPOROČANJU SLABE NOVICE <i>(Urška Lunder)</i>	79

KOMUNIKACIJA MED IZVAJALCI KOT VIR NAPAK <i>(Nena Kopčavar Guček)</i>	87
ADMINISTRATIVNE NAPAKE PRI SODELOVANJU Z ZK I. STOPNJE <i>(Olivera Masten Cuznar)</i>	91
<u>OBVLADOVANJE ZDRAVSTVENIH NAPAK</u>	
CELOVIT PRISTOP K OBVLADOVANJU ZDRAVSTVENIH TVEGANJ IN VARNEMU DELU <i>(Janko Kersnik)</i>	95
USPEŠNO SPORAZUMEVANJE ZMANJŠA TVEGANJE ZA ZDRAVSTVENE NAPAKE <i>(Vlasta Vodopivec Jamšek)</i>	107
UPRAVNI NADZOR <i>(Andrej Robida)</i>	117
STROKOVNI NADZOR S SVETOVANJEM <i>(Marko Kolšek)</i>	121
NOTRANJI NADZOR <i>(Janko Kersnik)</i>	127
PRITOŽNI SISTEM <i>(Janko Kersnik)</i>	131
UČENJE IZ NAPAK –ANALIZA IZJEMNIH DOGODKOV <i>(Janko Kersnik)</i>	137
VARNA UPORABA ZDRAVIL <i>(Aziz Sheikh, Josip Car)</i>	143
AMBULANTNA MEDICINSKA SESTRA KOT ZDRAVNIKOVA VAROVALKA PRED NAPAKO <i>(Rade Ilijaž)</i>	147
OBVLADOVANJE NAPAK V SISTEMU ISO <i>(Alenka Simonič)</i>	153
<u>DODATEK</u>	
SLOVAR IZRAZOV	153
IZPITNA VPRAŠANJA	157

ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV

prof. dr. Jože Balažic, dr. med.

Inštitut za sodno medicino, Korytkova 7, 1000 Ljubljana

asist. mag. Josip Car, dr. med.

Inštitut za varovanje zdravja RS, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Brane Dobnikar, univ. dipl. prav.

Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

asist. mag. Štefek Grmec, dr.med.

ZD Adolfa Drolca Maribor, Prehospitarna enota, Ulica talcev 9, 2000 Maribor

Rade Ilijaž, dr. med.

ZD Brežice, Černelčeva 8, 8250 Brežice

doc. dr. Janko Kersnik, dr. med.

ZP Kranjska Gora, ZD Jesenice, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora

prim. doc. dr. Marko Kolšek, dr. med.

Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

asist. Nena Kopčavar Guček, dr. med.

Zdravstveni zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana

Dejan Kupnik, dr. med.

ZD Adolfa Drolca Maribor, Prehospitarna enota, Ulica talcev 9, 2000 Maribor

Urška Lunder, dr. med.

Zavod za razvoj paliativne oskrbe, Vegova 8, 1000 Ljubljana

Olivera Masten Cuznar, dr. med.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva 24, 1000 Ljubljana

Davorina Petek, dr. med.

Zdravstveni zavod Zdravje, Smoletova 18, 1000 Ljubljana

dr. Andrej Robida, dr. med.

Ministrstvo za zdravje, Štefanova 5, 1000 Ljubljana

Alenka Simonič, dr. med.

ZD Novo mesto, Kandijska cesta 4, 8000 Novo mesto

prof. dr. Igor Švab, dr. med.

Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

asist. Vlasta Vodopivec Jamšek, dr. med.

ZD Nova Gorica, Rejčeva 8, 5000 Nova Gorica

asist. Gordana Živčec Kalan, dr. med.

ZD Ilirska Bistrica, Gregorčičeva 8 6250 Ilirska Bistrica

ZDRAVSTVENE NAPAKE**Janko Kersnik**

*»An expert is a man who has made
all the mistakes which can be made.«
[Niels Bohr]*

Uvod

Družba pričakuje od zdravstvene službe in zdravnikov varno delo in pošteno obravnavo neugodnih izidov. O napakah v medicini kot o viru neugodnih izidov se v zadnjem času veliko govori. Slovenski jezik ima to smolo, da praktično za vsako dejanje, ki ni bilo narejeno pravilno, temveč narobe ali malo drugače, kot je bilo pričakovati, in celo za posledice dejanj, uporablja besedo napaka. Problem je v tem, da beseda napaka v slovenskem jeziku ni nevtralna, temveč z močno negativno konotacijo. V splošni rabi ne najdemo nobene ustrezne sopomenke, ki bi jo lahko uporabljali v nevtralni legi. Izraz napaka se je tako zajedel v vse pore našega življenja in dela ter celo v medicino, kjer pa izraz uporabljamo precej ohlapno. Zlasti to velja v primerjavi z zakonsko opredelitvijo napake, ki napako opiše kot ravnanje »v očitnem nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke«, kar »povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje [1].« Da bi se izognili številnim izrazom, ki dostikrat begajo zdravnika, bolnika in včasih tudi pravno stroko, so strokovnjaki s področja zdravstva, sodne medicine in prava na sestanku, ki ga je sklical Minister za zdravje, sprejeli sklep, da bomo v Sloveniji v bodoče pri vseh primerih strokovne napake govorili o »**zdravstveni napaki**«, tj. o napaki, ki se je zgodila v zdravstvu in je lahko povezana s celotno verigo sodelujočih v postopku zdravljenja [1]. Zdravstvena napaka je tako odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvenega ukrepa in/ali izvedba napačnega ukrepa in/ali opustitev pričakovanega ukrepa in/ali izvedba zdravstvenega ukrepa pri napačnem bolniku (delu telesa) in/ali zamuda ali prehitevanje pri izvedbi ukrepa, ki ima za posledico neželen izid z manjšo zdravstveno koristjo in/ali večjo škodljivostjo in ki bolniku povzroči občutno škodo na zdravju in/ali premoženju [2]. Zdravstvena napaka torej ni vsak odklon od norm strokovnega ukrepanja, temveč le tisto dejanje, ki bolniku povzroči bistveno škodo na zdravju ali premoženju in je v zakonu zaradi načina izvršitve opredeljeno kot napaka. Zdravstvene napake predstavljajo le del zdravstvenih ukrepov, ki odstopajo od pričakovane ravni kakovosti. Pri vseh ostalih odstopanjih, ki povzročijo občutno škodo, kjer take povezanosti ne ugotovimo in je zato do neugodnega izida prišlo po naključju, pa moramo govoriti o nesreči pri zdravljenju (zdravljenje v pomenu zdravstvene oskrbe). Poleg teh očitnih odstopanj

pa se prikrita odstopanja dogajajo vsak dan vsem, ne samo tistim, ki so naredili eno samo usodno napako [2]. Zaveda se o škodljivosti zdravstvenih napak in nevarnosti prikritih odstopanj je v svetu privedla do številnih modelov obvladovanja zdravstvenih napak, ki imajo vsi za cilj zmanjšanje števila neželenih izidov in s tem zmanjšanje škode zaradi njih. Podrobneje o kazenski in civilni odgovornosti zdravnika ob sumu storjene zdravstvene napake pišeta Gordana Živčec Kalan in Brane Dobnikar [3].

Vir napak v družinski medicini

Igor Švab v svojem prispevku izpostavlja dolgoletno tradicijo zdravništva, ki se pri napaki osredotoča na napake same oz. na dejanja, ki so bila povod zanje. Govori se o pozabljivosti, nepozornosti, slabi motivaciji, neodgovornosti. Tisti, ki napake ocenjujejo, gledajo nanje kot nujni rezultat moralne sprevrženosti zdravstvenih delavcev, ker izhajajo iz stališča, da se napake zgodijo slabim ljudem [4]. Poudarja, da v nasprotju z gornjim individualnim pristopom napake niso posledica delovanja enega samega dejavnika, ampak so praviloma multifaktorske, zaradi česar jih je treba obravnavati stalno in presoditi vse okoliščine, ki so privedle do neželenega učinka. Ukrepi se usmerjajo na to, da človeka ne moremo spremeniti, lahko pa spremenimo okoliščine, v katerih dela. Nekatere izmed teh okoliščin je moč spremeniti in tako vplivati na to, da bo napak manj [4]. Pri obravnavi napak se moramo zavedati posebnosti družinske medicine, ki jih lahko spoznamo tudi na podlagi najnovejše definicije družinske medicine [4].

Zdravnikovo delo je povezano s stalnim odločanjem med različnimi možnostmi, ki ponujajo približno enake izide. Dogajanje pogosto poteka v posebnih okoliščinah: pod pritiskom pomanjkanja časa in nezadostnih podatkov o dejanskem bolnikovem stanju, kjer ni dostopa do dodatnih znanj, veščin ali opreme, in pod velikim etičnim pritiskom. Večina odstopanj pri zdravnikovem delu nastane zaradi odklonov v duševnem delovanju [5]. Za razlago in preprečevanje napak je pomembno poznavanje duševnih procesov, ki nas vodijo pri odločanju, poznavanje mehanizmov, ki pripeljejo do odločitev in poznavanje oblik odklonov od pričakovanega [6]. Napake, ki nastajajo na individualni ravni, lahko zmanjšamo ali celo preprečimo z manjšim zanašanjem na človeški spomin, z večjo uporabo in dostopnostjo informacij o bolniku in postopkih oskrbe, s standardizacijo delovnih postopkov, z izobraževanjem zaposlenih, z odkrivanjem najboljših in s sistematičnim sistemom omejevanja tveganj in zagotavljanja varnosti. Pri tem igra pomembno vlogo zdravstvena ustanova, saj so neželeni izidi zdravstvene oskrbe bolj pogosto posledica slabosti v organizaciji dela določene zdravstvene ustanove kot pa zgolj posledica napačnega ravnanja posameznika [7]. Lastnosti zdravstvene ustanove, ki prispevajo k njeni večji zanesljivosti, so ustrezna izbira in usposabljanje osebja, zadostne količine ustrezne opreme in drugega materiala,

vzgajanje sodelavcev v kolegialnosti in stalnem dogovarjanju znotraj formalne razdelitve odgovornosti in podpiranje ozračja sodelovanja ter predanost kakovostnemu delu [7]. Kompleksnost organizacije zdravstvenih ustanov se kaže v velikem številu zaposlenih, oddelkov in služb, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom. Formalna pota izmenjave informacij so otežena in pogosto nezadostna. Pri neformalni komunikaciji pa se zaposleni srečujejo s številnimi ovirami. Prisotne so zlasti ovire v komuniciranju med poklicnimi skupinami in med socialnimi skupinami. Omejevanju tveganja in varnemu delu ne posvečajo dovolj pozornosti. **Varnostno kulturo organizacij** lahko razdelimo na **nezdravo, preračunljivo in napredno**. V nezdravi varnostni kulturi vodstvo onemogoča ljudi, ki opozarjajo na odstopanja, neugodne izide pa banalizira ali celo prikriva. Napredne organizacije posameznike in skupine spodbujajo k zbiranju podatkov o izjemnih dogodkih, spodbujajo zanimanje za analizo neugodnih izidov in jih obveščajo o svojih izsledkih [8]. Zdravstvena ustanova, ki se želi pohvaliti z visoko stopnjo varnosti za bolnike, se mora seznaniti s potencialnimi dejavniki organizacije, ki lahko prispevajo k večjemu številu ali večji teži neželenih izidov. Odmakniti se morajo od tradicionalnega iskanja krivcev in njihovega kaznovanja pri dokazani zdravstveni napaki in se lotiti sistematične analize vzrokov za določeno zdravstveno napako [9]. K pojavu zdravstvenih napak pri nujni medicinski pomoči, podobno kot pri družinski medicini, prispevajo visok nivo diagnostične nejasnosti, veliko število odločitev v delovnem dnevu, visoka stopnja miselne obremenitve, visoka stopnja aktivnosti, neizkušnost posameznih zdravnikov in/ali drugih članov delovne skupine, prekinitve in motnje, neenaka teža kliničnih primerov, časovna stiska, delo v izmenah, spremembe delovnega časa, neučinkovito skupinsko delo in nezadostne povratne informacije [10]. Kot možni vir odstopanj je potrebno omeniti tudi probleme sodelovanja kroničnih bolnikov pri zdravljenju, neustrezno sporazumevanje in sporočanje, slab pretok informacij in preveliko zaupanje v mnenje drugega strokovnjaka ter nenazadnje številne administrativne napake pri izpolnjevanju zakonov in predpisov [11-14].

Obvladovanje napak

Želja po obvladovanju napak, zmanjšanju tveganj za neugodne izide in varno delo na sploh v medicini je verjetno stara prav toliko kot medicina sama. Problema se lahko lotimo na individualni ravni ali na ravni sistema [15]. Na individualni ravni je nesporno ključnega pomena kakovost sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom. Nezadovoljstvo bolnikov kot posledica neustreznega sporazumevanja je kar v dveh tretjinah primerov tisti razlog, ki ob neugodnem izidu motivira bolnika, da se odloči za tožbo zdravnika [16]. K bolniku usmerjeni model posveta izboljša zadovoljstvo bolnikov in klinične izide zdravstvene oskrbe ter zmanjša možnost pojavljanja zdravstvenih napak, ker vključuje bolnika kot aktivnega partnerja. Ob pojavu neugodnega izida partnerski način sporazumevanja olajša stisko bolniku in

zdravniku [17]. Poleg uporabe ustreznega modela sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom je dolžnost vsakega zdravnika stalno strokovno izobraževanje in usposabljanje. Pogostost in teža napačnih odločitev posameznik zmanjšuje tudi s samonadzorom in s poročanjem o izjemnih dogodkih [15].

Glavna teža zmanjševanja neželenih izidov leži na plečih zdravstvene ustanove ali zasebnega zdravstvenega delavca. Sodobne zdravstvene ustanove si ne moremo predstavljati brez sistema za obvladovanje tveganj in zagotavljanja varnega dela, ki je del sistema kakovosti in vključuje preprečevanje, odkrivanje, ocenjevanje, zmanjševanje in odpravljanje pomanjkljivosti [7, 15, 18]. Eden ključnih dokumentov zdravstvene ustanove na tem področju je Pravilnik o notranjem nadzoru. Lastnosti organizacije, ki zagotavljajo bolj varno delo oz. manjše število neželenih dogodkov, so [7]:

- čim manjše število zaposlenih, oddelkov in služb, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;
- poimenska identifikacija čim večjega števila sodelujočih pri oskrbi;
- natančni protokoli uporabe zahtevne medicinske tehnologije;
- protokoli za čim več vsakdanjih postopkov (umivanje in razkuževanje rok, delo z nevarnimi odpadki, razdeljevanje zdravil);
- izdelava kliničnih poti za čim več bolezni;
- določitev formalnih poti izmenjave informacij o oskrbi bolnika;
- spodbujanje neformalno komunikacijo med poklicnimi skupinami, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;
- delo z zaposlenimi: motiviranje, nagrajevanje za uspehe in spodbujanje poklicne kariere;
- zmanjšati vpliv zunanjih dejavnikov na izpolnjevanje poslovnih ciljev;
- s strani plačnika in zdravstvene politike zagotovljeno stabilno financiranje;
- zagotavljanje varnosti, obvladovanje tveganj, odkrivanje izjemnih dogodkov in pritožni sistem so del sistema kakovosti organizacije.

Ključna postaja na tej poti je odkrivanje odklonov od pričakovane ravni kakovosti zdravstvenih ukrepov. Odkrivanje odstopanj je postopek, pri katerem na podlagi ugotovljenih neželenih izidov iščemo njihovo vzročno povezavo z neustreznimi postopki oz. zdravstvenimi ukrepi, ki so pripeljali do njih. Lotimo se ga lahko z nadzorom, s poročanjem o vseh izjemnih dogodkih in s pritožnim sistemom [15].

Interes države na področju kakovosti in s tem omejevanju tveganj se kaže preko zakonodaje [3], z upravnim nadzorom [19], s stalnim strokovnim nadzorom [20] in z notranjim strokovnim nadzorom [21]. Upravni nadzor je nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev. Stalni strokovni nadzor izvaja Zdravniška zbornica Slovenije kot javno pooblastilo in z njim nadzira strokovnost dela zdravnikov. Notranji nadzor kakovosti je oblika vodstvenega

nadzora nad strokovnostjo dela zdravnikov in ostalih zdravstvenih delavcev ter zdravstvenih sodelavcev. Ker poteka v okviru organizacije nudi največ možnosti, da se ugotovljene pomanjkljivosti uporabijo za spremembe in se tako zmanjša tveganje, poveča varnost, poveča zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih ter tako prispeva k večji kakovosti dela [15]. Poročanje o izjemnih dogodkih in njihova analiza zdravstveni ustanovi nudita skupaj s pritožnim sistemom pomembne podatke za zmanjševanje tveganj in preprečevanje zdravstvenih napak [22, 23, 24]. Predpisovanje zdravil predstavlja obsežno področje možnih zapletov, ki se jih mora zdravnik zavedati in si izdelati sistem, ki mu omogoča varno predpisovanje zdravil [25]. Medicinska sestra v delovni skupini z zdravnikom družinske medicine predstavlja pomembno varovalko pred odstopanji, ki bi lahko vodili v neugodne izide [26].

Sklep

Kljub temu, da so v zborniku obdelana številna področja zagotavljanja varnega dela in preprečevanja napak, bi se dalo o tej temi povedati še marsikaj. O sodelovanju z javnim občili smo v okviru učnih delavnic govorili v preteklem letu, zato se ga letos posebej ne dotikamo. Posebno pozornost verjetno zasluži tudi vpliv disciplinskih, kazenskih in civilnopravnih ukrepov na kolege, ki jih je doletel sum storitve zdravstvene napake. Kljub sočustvovanju kolegov navadno ostajajo sami in osamljeni in nikamor se v svojih stiskah ne morejo zateči po pomoč. Spletna stran še vedno nemo zeva, kot da v Sloveniji ni kolegov v stiski. Potrebno bo poiskati drugo pot do njih. Seveda ostajajo neodgovorjena tudi vprašanja, kako se bolnikom opravičiti, jim povrniti vsaj delček prizadejane škode zaradi škodljivosti zdravstvene oskrbe ne glede na to ali je šlo za nesrečo pri zdravljenju ali za zdravstveno napako. Upajmo, da bo tudi na tem področju prevladalo razumevanje škode kot posledice organizacije dela, v kateri je krivda posameznika sicer pomemben, a še z daleč ne edini element, ki ga je treba javno razkriti.

Literatura

1. Balažic J. Obravnava zdravstvene napake skozi zgodovino. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 7-9.
2. Kersnik J. Opredelitev in oblike zdravstvenih napak. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002:11-6.
3. Živčec Kalan G, Dobnikar B. V: Pravne podlage za odgovornost zdravnika s pojasnili in primeri iz prakse. Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 17-42.
4. Švab I. Značilnosti zdravstvenih napak v družinski medicini. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 43-50.
5. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*, 1994; 272: 1851-7.
6. Kersnik J. Človeški dejavnik pri napakah. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 51-6.

7. West E. Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. *Quality in Health Care* 2000; 9: 120-126.
8. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10: ii21-ii25.
9. Kersnik J. Organizacijski dejavniki napak. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 57-64.
10. Grmec Š, Kupnik D. Nujno stanje kot vir strokovne napake. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 65-71.
11. Petek D. Sodelovanje bolnikov pri zdravljenju sladkorne bolezni. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 73-8.
12. Lunder U. Medicinsko-etične napake pri sporočanju slabe novice. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 79-86.
13. Kopčavar – Guček N. Komunikacija med izvajalci – vir napak. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 87-9.
14. Masten – Cuznar O. Administrativne napake pri sodelovanju z ZK I. stopnje. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 91-4.
15. Kersnik J. Celovit pristop k obvladovanju zdravstvenih tveganj in varnemu delu V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 95-107.
16. Flaherty M. Good communication cuts risk. *Physician's Financial News* 2002; 20: s10-s11.
17. Vodopivec Jamšek V. Uspešno sporazumevanje zmanjša tveganje za zdravstvene napake. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 107-15.
18. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino - SZD, 1998.
19. Robida A. Upravni nadzor. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 117-20.
20. Kolšek M. Strokovni nadzor s svetovanjem. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 121-6.
21. Kersnik J. Notranji nadzor. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 127-30.
22. Kersnik J. Pritožni sistem. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 131-6.
23. Kersnik J. Učenje iz napak – analiza izjemnih dogodkov (AID). V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 137-42.
24. Simonič A. Obvladovanje napak v sistemu ISO. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 153-159.
25. Sheikh A, Car J. Varna uporaba zdravil. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 143-6.
26. Ilijaž R. Ambulantna medicinska sestra kot zdravnikova varovalka pred napako. V: Kersnik J, ured. *Zdravstvene napake*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002: 147-52.

OBRAVNAVA ZDRAVSTVENE NAPAKE SKOZI ZGODOVINO

Jože Balazic

*»The cautious rarely err.«
[Confucius]*

Uvod

Pojem strokovne ali zdravniške napake je postal aktualen po izidu posebnega dela Kazenskega zakonika FLRJ, na katerega je prof. Janez Milčinski skupaj s prof. Petrom Kobetom napisal razpravo leta 1953. Ta del zvezne kazenske zakonodaje se je dotaknil posebej zdravstvenih delavcev in sankcioniral **nevestno zdravljenje**. Novi Kazenski zakonik SR Slovenije, ki je pričel veljati 1. julija 1977, je obravnaval nevestno zdravljenje in ga takole opisal: »Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti ravna v očitnem nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do treh let. Enako se kaznuje tudi drug zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti očitno nevestno ravna in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje... Če je dejanje iz prvega in drugega odstavka tega člena storjeno iz malomarnosti, se storilec kaznuje z denarno kaznijo ali z zaporom do enega leta.«

Bistvena novost nove zakonodaje je »občutno« poslabšanje zdravja kot pogoj za kaznivost, medtem ko je po prejšnjem zakonu veljalo vsakršno poslabšanje zdravja. Kazenski zakoniki drugih republik so odražali prejšnje besedilo brez globljih sprememb.

Strokovne napake in nesreče pri zdravljenju

Podrobneje je profesor Milčinski spregovoril o strokovni napaki leta 1961, ko je uporabil pojem **»nesreče pri zdravljenju«**. Pojem je definiral kot škodljiv, vendar nehoten in nepričakovan dogodek med zdravljenjem, ki je spravil bolnika v nevarnost ali pa mu je že povzročil škodo na zdravju ali celo smrt. Pomembno se mu je zdelo, da je preprečevanje takih nesreč in s tem neposrednemu prizadevanju za ohranitev življenj in čuvanje zdravja potrebno dati prednost pred obravnavanjem problemov s področja ožje poklicne odgovornosti, zlasti kazenske. Samo neznamen, zanemarljiv del »nesreč« v procesu zdravljenja ima lastnosti kaznivega dejanja in bi posvečanje samo temu segmentu lahko imelo za posledico prezrtje ostalih situacij in

nevarnosti, ki se v njih lahko znajdetta vsak trenutek tako zdravnik (zdravstveni delavec) kot bolnik; bolnik kot bodoča žrtev oziroma oškodovanec, zdravnik pa kot možni povzročitelj in to ne glede na njegov pravni odnos do dejanja v posameznem primeru. Avtor se je dobro zavedal, da bi utegnilo obravnavanje škodljivih dogodkov pri zdravljenju po skupno oznako »nesreča« napraviti vtis, da bomo hote ali nehote zameglili težo subjektivnega deleža pri njihovem nastanku. Poudaril je, da je med temi dogodki malo takih, ki bi bili »nesreča« v najožjem pomenu besede, torej škodljiv dogodek, ki ga z vso vestnostjo ni bilo mogoče predvideti in zato tudi ne preprečiti. Prav predvidljivost ali nepredvidljivost neke komplikacije bo premnogokrat odločala o tem, ali nek dogodek pomeni nesrečo ali ne, kar bo odločilno pomembno tudi v poznejšem kazenskem postopku.

Iz teh ugotovitev prof. Milčinskega lahko povzamemo naslednjo konstrukcijo:

- O **zdravniški ali strokovni napaki** je govoril vselej takrat, kadar je imela vse elemente kaznivosti (malomarnost, hudo neznanje, namernost ali opustitev s posledično škodo) in je bila kot taka kazensko preganjana in sankcionirana.
- V vseh drugih primerih »nesreče« pri zdravljenju pa je govoril o **nekaznivi strokovni napaki**, ki jo je imenoval višja sila oziroma zaplet (komplikacija) med zdravljenjem (strokovna napaka, ki nima lastnosti kaznivega dejanja).

V situacijah višje sile je že takrat pogrešal nek gibčen mehanizem, ki bi v primerih preteče nevarnosti (predvsem nepredvidene) lahko ugotovil krog ogroženih oseb oziroma ustanov in bi jih mimo redne poti nemudoma opozoril na nevarnost. Pogosto se dogaja, da v takih okoliščinah zdravnik nima »preventivnega refleksa«.

Napačno zdravljenje

Pogosto srečamo pojem »**napačno zdravljenje**«, ki bo največkrat samo po sebi sledilo iz napačno postavljene diagnoze in ga v tem primeru ne bomo mogli opredeliti niti za strokovno napako niti za kaznivo nevestnost v smislu kazenskega zakonika, če ni bilo nevestnosti pri postavljanju diagnoze in če je bilo zdravljenje primerno diagnozi (ki je bila morda sicer objektivno napačna). V takih situacijah se je nedavno pojavil novi izraz »strokovna zmeta«, ki je izhajal direktno iz področja napačnega zdravljenja.

Pravni predpisi

Iz pregleda pravnih predpisov lahko razberemo, da v trenutno veljavni kazenski zakonodaji obstoji v zvezi z zdravljenjem predvsem troje členov, in sicer:

1. malomarno zdravljenje (zagrožena kazen do enega leta zapora);
2. opustitev zdravniške pomoči (zagrožena kazen do enega leta zapora);
3. povzročitev smrti iz malomarnosti (zagrožena kazen do petih let zapora).

Naša pravna praksa in izkušnje sodišč v tozadevnih kazenskih procesih obravnavajo kaznivo strokovno napako najpogosteje kot malomarnost ali povzročitev smrti iz malomarnosti.

Zdravstvena napaka

Da bi se izognili številnim izrazom, ki dostikrat begajo zdravnika, bolnika in včasih tudi pravno stroko, je minister za zdravje sklical strokovnjake s področja zdravstva, sodne medicine in prava. Na sestanku smo sprejeli sklep, da bomo v bodoče pri vseh primerih strokovne napake govorili o »**zdravstveni napaki**«, tj. o napaki, ki se je zgodila v zdravstvu in je lahko povezana s celotno verigo sodelujočih v procesu zdravljenja. Taka napaka se bo najprej obravnavala v krogih, v katerih je nastala preko vseh inštrumentov (interni strokovni nadzor, zunanji strokovni nadzor, npr. strokovni nadzor s svetovanjem), obvestilo se bo medije in povedalo, da postopek poteka. V vsakem primeru, kjer bo postavljen sum na kaznivo dejanje, se bo taka napaka morala obravnavati s pomočjo izvedenca ali skupine izvedencev. Zaradi občutljivosti vsakega posameznega primera je priporočljivo, da zdravstveno napako obravnava v primeru kazenskega pregona Komisija za fakultetna izvedenska mnenja pri Medicinski fakulteti v Ljubljani, ki ima na razpolago vrhunske strokovnjake s posameznih področij ter možnost sodelovanja z drugimi, tudi nemedicinskimi strokovnjaki.

Upamo, da se bo izraz med slovenskimi zdravniki kmalu udomačil in da bo pojem »zdravstvena napaka«, čim manjkrat zajadral v slovenske medije in še manj pred organe pregona.

OPREDELITEV IN OBLIKE ZDRAVSTVENIH NAPAK

Janko Kersnik

*»If error is corrected whenever it is recognized as such,
the path of error is the path of truth.«
[Hans Reichenbach, ameriški politik]*

Uvod

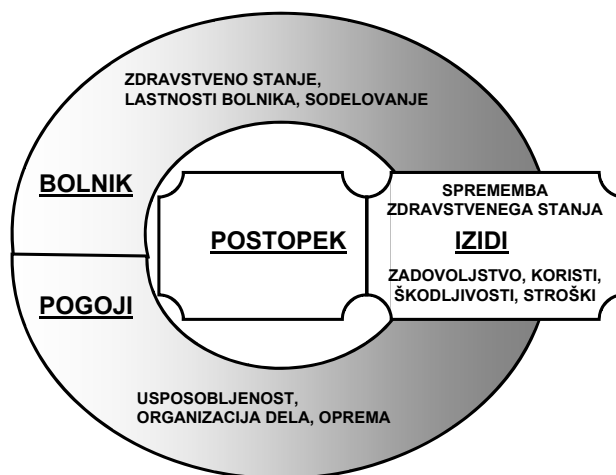
Preden lahko spregovorimo o zdravstvenih napakah, moramo ugotoviti, kaj ni napaka oziroma, kaj je v medicini prav. Kakšne zelo natančne opredelitve pravilne zdravstvene oskrbe nimamo, zato se navadno sklicujemo na trenutno veljavna strokovna spoznanja, ki jih mora izvajalec v določeni situaciji poznati in jih v danih okoliščinah pri konkretnem bolniku uporabiti [1]. Ker gre za pravniško pojmovanje odgovornosti, se pogosto osredotočimo predvsem na posameznikov prispevek h končnemu izidu in ne upoštevamo, da je le-ta določene zdravstvene ukrepe izvajal v določenih pogojih, ki jih določa okolje zdravstvene ustanove [2]. Kljub temu lahko rečemo, da je pravilna zdravstvena oskrba tista, pri kateri so bili pravočasno opravljeni pravi ukrepi pri pravem bolniku (na pravem delu telesa) na pravi način. Vse drugo je odklon od pravilne zdravstvene oskrbe.

Opredelitev odstopanja

Zdravstveno oskrbo bolnika delimo na naslednje tri dele [3]:

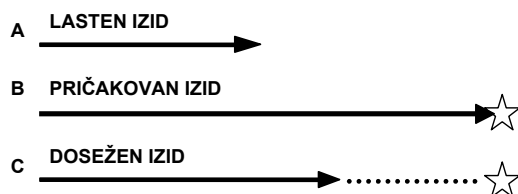
- na pogoje, v katerih poteka oskrba (prostori, oprema, čas, usposobljenost, kadrovska zasedba),
- na postopek nudenja določene zdravstvene oskrbe (zdravstveni ukrepi, pregledi, diagnostične preiskave, laboratorijske preiskave, odprto čakanje) in
- na izide zdravstvene oskrbe (izid zdravstvene storitve oziroma dosežena zdravstvena korist).

Zavedati se moramo, da klinična pot skozi omenjene dele zdravstvene oskrbe ne poteka v popolnoma med seboj ločenih sklopih, ampak se na njej pogoji dela, lastnosti bolnika, posamezni zdravstveni ukrepi in izidi medsebojno prepletajo. Delitev je potrebna predvsem za lažjo določitev eventualne medsebojne povezanosti različnih zdravstvenih ukrepov in izida (slika 1).



Slika 1. *Postopek oskrbe je ujet v primež pogojev za delo in bolnika ter pod vplivom dinamičnega odnosa spreminjanja zdravstvenega stanja kot posledice koristi in škodljivosti zdravstvenih ukrepov [3].*

Pričakovani izid zdravstvenih ukrepov je skupek **koristi** in **škodljivosti zdravstvenih ukrepov**, ki izboljšajo **lasten izid**, tj. izid, ki bi ga bolnik doživel brez posredovanja zdravstvene službe. Pri ocenjevanju **doseženih izidov** se moramo zato vedno vprašati, kakšno bi bilo **zdravstveno stanje** brez kakršnega koli zdravstvenega ukrepa (lasten izid) in kakšno bi bilo ob zdravstvenih ukrepih, kot jih lahko nudi povprečen strokovnjak ali skupina strokovnjakov določene stroke (pričakovan izid) (slika 2) [4]. Ko primerjamo dosežene izide z lastnimi, dobimo odgovor o tem, kakšna je **škoda**, nastala zaradi **opustitve** določenih ukrepov, ki naj bi jih po pravilih stroke izvedli. Ko primerjamo dosežene izide s pričakovanimi, pa vidimo, kakšna je škoda zaradi **neustrezne zdravstvene oskrbe** [5].



Slika 2. Prikaz teoretičnih izidov oskrbe glede na pričakovano kakovost (zdravstveno korist), odstopanja in škodljivosti, ki pri oskrbi lahko nastanejo. V primeru oskrbe A je bil brez ukrepov zdravstvene službe dosežen lasten izid. V primeru B je bil dosežen pričakovan izid. V primeru C pa je dosežen izid zaradi odstopanja v oskrbi manjša od pričakovane [3].

Pri ugotavljanju ustreznosti izvedenih postopkov se naša ocena nanaša na izvajanje ukrepov v ustreznih pogojih, zato je potrebno ugotoviti tudi dane pogoje, v katerih so se določeni ukrepi izvedli. Odklon od pričakovane oskrbe, ki ga povzročijo pogoji oskrbe, ki se razlikujejo od predvidenih, imenujemo **različek**. Različek je v celoti posledica problemov v organizaciji in ne ustreznega ravnanja posameznega izvajalca. Npr. prazna kisikova jeklenka, zaradi katere bolnika ni bilo moč oksigenirati, je različek in posledica neustrezne organizacije dela, česar ni moč pripisati zgolj zdravniku ali zdravstvenemu tehniku, ki naj bi bolniku zaradi slabe oksigenacije dovajala kisik. **Odstopanje** je vsak odklon od pričakovanega načina same izvedbe postopka oskrbe. Npr. če ekipa nujne medicinske pomoči bolniku z znaki hipoksije ne dovaja kisika, ki ga ima na razpolago, gre za odstopanje od trenutne prakse. Pričakovani način oskrbe je tisti, ki ga določajo trenutna znanstvena spoznanja. Do njih si pomagamo z uporabo načel znanstveno utemeljene medicine [6]. Pogosto smo se zaradi stiske s časom in drugih razlogov prisiljeni zateči k približkom oziroma nadomestkom lastnega preverjanja znanstvene utemeljitve določenih ukrepov: k smernicam, standardom, protokolom in »navadam«. Prav je, da se zavedamo njihovih omejitev.

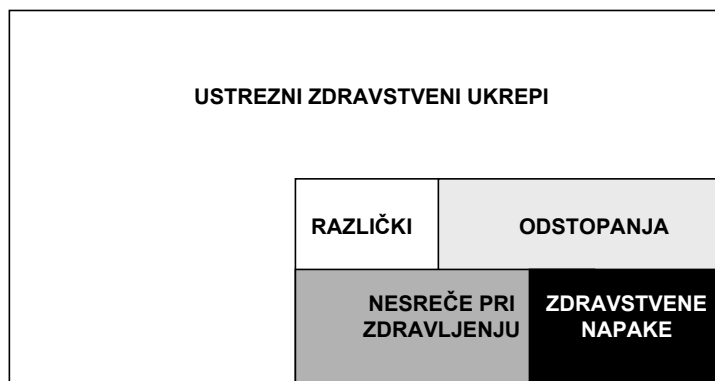
Odstopanja lahko privedejo do slabših izidov (**neugodnih izidov**) od pričakovanih in pri tem povzročijo škodo na zdravju ali premoženju bolnika. Hkrati pa lahko kljub ustrezni oskrbi pride do neugodnega izida, zato je pomembno identificirati vse zdravstvene ukrepe določenega postopka oskrbe bolnika in jih korak za korakom primerjati z ukrepi, ki bi jih po pravilih stroke pričakovali od posameznega izvajalca. Upoštevati je potrebno tudi »dane okoliščine«, tj. pogoje oskrbe, ki lahko prispevajo različke v oskrbi zaradi pogojev dela. Nikakor ne smemo pozabiti tudi biološke variabilnosti bolnika, možnih variant poteka bolezni in sodelovanja bolnika samega pri zdravljenju. Na podlagi te analize lahko ugotovimo vzročno povezanost med zdravstvenimi ukrepi in nastalim izidom. V primeru vzročne povezanosti neugodnega izida, ki je povzročil občutno poslabšanje zdravja, zaradi očitnega

odstopanja od pravil stroke govorimo o **zdravstveni napaki** [1]. Zdravstvena napaka torej ni vsak odklon od norm strokovnega ukrepanja, temveč le tisto dejanje, ki bolniku povzroči bistveno škodo na zdravju ali premoženju je v zakonu zaradi načina izvršitve opredeljeno kot napaka. To so predvsem namerno storjena odstopanja (naklep), opustitev zdravstvene pomoči in malomarno zdravljenje [1]. Pri vseh ostalih odstopanjih, ki povzročijo občutno škodo, kjer take povezanosti ne ugotovimo in je zato do neugodnega izida prišlo po naključju, pa moramo govoriti o **nesreči pri zdravljenju** (zdravljenje v pomenu zdravstvene oskrbe). Vsako napačno ukrepanje torej ni zdravstvena napaka.

Prikrita odstopanja, različki in napake

Naše delo bi bilo neverjetno enostavno ocenjevati, če bi imelo vsako odstopanje slab izid in obratno vsak ustrezen ukrep pričakovan izid. Neželene izidi so le redko posledica ene same napake, temveč posledica zaporedja drobnih različkov in odstopanj ali pa splet številnih odstopanj in spremenjenih pogojev dela [7]. Različna odstopanja od pričakovane izvedbe postopkov so vsakdanja spremljevalka našega dela. Večina jih gre mimo nas neopaženih, saj kljub škodljivostim ne povzročajo zaznavne škode ali pa se uporabnik z njo sprizna in se formalno ne pritoži. **Prikrita odstopanja** imajo svoj najpomembnejši učinek na človekov delež pri zdravstvenih napakah. Če ostanejo neopažena, postanejo nekako del "normalnega" postopka in jih nadzorni pozornostni sistem (človeka ali operacijskega sistema) ne zaznava kot nekaj slabega. Kombinacija različkov ali odstopanj v določenem spletu okoliščin lahko privede do zelo neugodnega izida in odstopanje se prelevi v napako [7].

Prikrita odstopanja se dogajajo vsak dan vsem, ne samo tistim, ki so naredili eno samo usodno napako. Večina uporabnikov zdravstvenih storitev je odvisna prav od "ne slabih" izvajalcev, saj predstavljajo večino zdravstvenih delavcev. Kopičenje drobnih odstopanj, ki sama po sebi ne povzročajo velike škode, sčasoma privede do takega načina izvajanja postopkov, izidi katerih ne dosega več pričakovane ravni kakovosti (slika 3). V tej luči so odstopanja - napake - naš skriti zaklad [8]. Do tega zaklada nam pomagajo različne oblike nadzora - izboljševanja kakovosti: analiza izjemnih dogodkov, pritožni sistem, krožki kakovosti notranji nadzor kakovosti idr. [3]. Vsi odkloni od pričakovane ravni kakovosti in še zlasti neugodni izidi predstavljajo **izjemne dogodke**, ki nas opozarjajo, da pri izvajanju oskrbe nekaj škriplje in bo potrebno ukrepati.



Slika 3. Zdravstvene napake predstavljajo le manjši del odklonov od pričakovane ravni kakovosti zdravstvene oskrbe.

Zagotavljanje varnosti in obvladovanje tveganj

Družba od zdravstvene službe pričakuje varno delo in pošteno obravnavo neugodnih izidov. Zaveda se o škodljivosti zdravstvenih napak in nevarnosti prikritih odstopanj, ki v svetu privedla do številnih modelov obvladovanja zdravstvenih napak, katerih cilj je zmanjšanje števila neželenih izidov in s tem zmanjšanje škode zaradi njih. To naj bi dosegli z zmanjšanjem števila zdravstvenih napak. Posledica tega naj bi bila večja **varnost za bolnike** in **zmanjšanje tveganj** za izvajalce. Zdravstvene ustanove morajo poskrbeti za sistem kakovosti, ki vključuje tudi zmanjševanje tveganj, obvladovanje napak in varno oskrbo.

Sklep

Zdravstvena napaka je tako odstopanje od pričakovanega načina izvedbe zdravstvenega ukrepa in/ali izvedba napačnega ukrepa in/ali opustitev pričakovanega ukrepa in/ali izvedba zdravstvenega ukrepa pri napačnem bolniku (delu telesa) in/ali zamuda ali prehitavanje pri izvedbi ukrepa, ki ima za posledico neželen izid z manjšo zdravstveno koristjo in/ali večjo škodljivostjo in ki bolniku povzroči občutno škodo na zdravju in/ali premoženju. Dokler zdravstvena napaka na sodišču ni pravnomočno dokazana, govorimo o **sumu zdravstvene napake**. V vseh ostalih primerih pa gre za odstopanja in različke pri delu, za katere pogosto ne vemo in predstavljajo skriti zaklad boljše kakovosti dela. Težje oblike odstopanj, ki povzročijo občutno škodo, a ne sodijo v skupino zdravstvenih napak, lahko imenujemo tudi **nesreče pri zdravljenju**.

Literatura

1. Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 63/94, 70/94, 23/99)
2. Mohr JJ, Batalden PB. Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 45-50.
3. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino - SZD, 1998:308.
4. Henegham CPH. The definition of medical negligence. Recent modifications to the law. *Health care risk report* 1997; 3: 6-9.
5. Scott W. Bolitho. A case for primary and secondary causation. *Health care risk report* 1997; 3: 8-9.
6. Kersnik J, editor. *Znanstveno utemeljena medicina. 17. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2000.
7. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 194; 272:1851-7.
8. Blumenthal D. Making medical errors into medical treasures. *JAMA* 1994; 272: 1867-8.

PRAVNE PODLAGE ZA ODGOVORNOST ZDRAVNIKA S POJASNILI IN PRIMERI IZ PRAKSE

Gordana Živčec Kalan, Brane Dobnikar

*»Take nothing on its looks: take everything on evidence.
There's no better rule.«
[Charles Dickens]*

Uvod

Zdravniški poklic je eden tistih poklicev, ki so pravno najbolj natančno regulirani. Pravni red po eni strani določa pravice in pooblastila, po drugi pa dolžnosti in sankcije, vse v velikem številu predpisov, zakonov in podzakonskih aktov, kot so pravilniki, sklepi, navodila in druge vrste splošnih (nanašajočih se na večje in neopredeljeno število zdravnikov) in posamičnih aktov (nanašajočih se na konkretnega zdravnika).

Ta prispevek ima namen predstaviti vrste in osnovne značilnosti odgovornosti zdravnikov in pregled osnovnih predpisov, ki jih mora zdravnik upoštevati pri svojem delu, z obrazložitvijo nekaterih pojmov in predstavitev nekaterih primerov iz sodne prakse.

Pregled pravnih predpisov

Spodnji pregled predpisov obsega le nekatere temeljne predpise, saj zdravniški poklic in ravnanje zdravnikov oz. določila, ki se nanašajo tudi na ravnanje zdravnikov in njihovo (neposredno ali posredno) odgovornost, opredeljuje približno deset zakonov in skoraj sto pravilnikov ali drugih podzakonskih aktov.

Ustava

Temeljni predpis države, Ustava, v svojem 51. členu ureja pravico od zdravstvenega varstva: *»Vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon.«...»Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev.«...»Nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.«*

Zakon o zdravniški službi

3. člen: »Zdravnik je pri sprejemanju strokovnih odločitev neodvisen. Zdravnik svobodno izbere način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši... Zdravnik se mora pri svojem delu ravnati po spoznanjih znanosti in strokovno preverjenih metodah... Zaposleni zdravnik sodeluje pri odločanju o sestavi delovne skupine, za katere strokovno delo je odgovoren.«

47. člen: »Zdravnik mora seznaniti bolnika s predvidenimi diagnostičnimi postopki in s predlaganim zdravljenjem... Zdravnik ne sme ukrepati brez bolnikove privolitve oz. privolitve staršev za osebe, mlajše od 15 let, oz. skrbnika, kadar gre za osebe pod skrbništvom... Ukrepi brez privolitve bolnika, staršev ali skrbnika so dopustni le, če bi opustitev zdravljenja povzročila bolniku zdravstveno škodo in bolnik ni sposoben odločanja o sebi zaradi motenj zavesti ali hude oslabitve umskih sposobnosti ali umske manj razvitosti ali duševne motnje, zaradi katere je hudo motena bolnikova presoja.«

48. člen: »Zdravnik ni odgovoren za potek zdravljenja bolnika, kadar bolnik:
- zdravniku navaja neresnične podatke o svojem zdravstvenem počutju;
- se ne ravna po navodilih zdravnika;
- ne sodeluje pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja.«

Zavarovanje odgovornosti

61. člen: »Zdravnik, ki dela neposredno z bolniki, mora biti zavarovan za odgovornost za škodo, ki bi lahko nastala pri njegovem delu. Zaposlenega zdravnika zavaruje delodajalec... Zavarovalno vsoto po posameznih specialnostih vsako leto določi zbornica v soglasju z ministrom.«

Kodeks medicinske deontologije Slovenije

Slovenski zdravniški kodeks je med daljšimi dokumenti te vrste. V svojih določilih poskuša združiti varovanje interesov bolnikov, varovanje zdravniškega stanu in varovanje idealov človečnosti. Kodeks temelji na prejšnjih dokumentih te vrste v našem prostoru in na deklaracijah Svetovnega zdravniškega združenja. Govori o zdravniku in družbi, o zdravniku in bolniku, o odnosih med zdravniki, o zdravnikovi poklicni molčečnosti, o zdravniku v zvezi z načrtovanjem družine in splava, o pomoči pri umiranju, o zdravniku in biomedicinskih raziskavah ter novih metodah zdravljenja, o zdravniku in prisilnem zdravljenju, o zdravniku izvedencu in o zdravniku nadzorniku.

5. člen: »Zdravnik je pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojen in neodvisen ter za svoje delo odgovoren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo.«

7. člen: »Zdravnik ni upravičen začeti s postopki, za katere nima ustreznih izkušenj. Izjema so le nujni posegi pri poškodbah in boleznih, ki neposredno ogrožajo življenje bolnika.«

14. člen: »Zdravnik je dolžan opravljati svoj poklic odgovorno, strokovno, vestno in natančno do slehernega bolnika, ne glede na raso, spol, narodnost, versko prepričanje, politično prepričanje, družbeno-ekonomski položaj in ne glede na svoje osebno razmerje do bolnika in njegove družine... Zdravnik je svoboden v izbiri metode in načinov zdravljenja, pri tem pa je dolžan dosledno upoštevati dosežke medicinske znanosti in načela strokovnega ravnanja... Zdravnik je dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju in vesti mogel biti neetičen ali za bolnika škodljiv.«

17. člen: »O načinu zdravljenja mora zdravnik pridobiti privolitev bolnika, potem ko se seznanil o pomenu posega za ugotavljanje, zdravljenje in spremljanje njegove bolezni. Le v primerih, ko gre za nujen poseg zaradi neposredne nevarnosti za življenje, bolnik pa ni v stanju, da bi dal pristanek, je zdravnik upravičen napraviti poseg brez bolnikove privolitve.«

21. člen: »Če zdravnik ugotovi neprimerno obnašanje bolnika, ga obzirno, toda odločno opozori. V skrajnih primerih lahko zdravnik prekine postopke zdravljenja, razen če bi zdravstveno stanje bolnika ne zahtevalo nujne medicinske pomoči.«

Helsinška deklaracija

Svetovno zdravniško združenje je na svoji generalni skupščini v Helsinkih leta 1969 sprejelo deklaracijo, ki opredeljuje smernice zdravnikom pri opravljanju kliničnih preiskav. Helsinška deklaracija je bila na kasnejših zasedanjih v Tokiu (1975), Benetkah (1983) in Hongkongu (1983) dopolnjena. Tudi danes predstavlja standard, na katerega se pri oceni raziskovalnih predlogov naslanjajo telesa, ki se ukvarjajo z medicinsko etiko.

Helsinška in Tokijska deklaracija podajata smernice pri opravljanju kliničnih raziskav. Podajata še splošna vodila vse zdravnike sveta. Ta določila ne odvezujejo zdravnika kazenskih in civilno pravnih in poklicno etičnih odgovornosti po zakonskih določilih njihovih držav.

III. poglavje govori o neterapevtskem kliničnem raziskovanju. Pristanek se načeloma daje pismeno. Za znanstveno raziskavo vedno odgovarja raziskovalec in nikoli oseba, četudi je pristala na raziskavo. Tokijska deklaracija je vnesla še načelo kontrole raziskave pred pristojnim neodvisnim odborom »v posvet, preizkus stališč in orientacijo.« Načrtovanje in izvedba vsake raziskave na ljudeh morata biti jasno zastavljena v protokolu raziskave. Ta pa bi moral biti predložen posebej pristojnemu neodvisnemu odboru v posvet, preizkus stališč in orientacijo.

Zakon o zdravstveni dejavnosti

47. člen: *»Vsakdo ima pod enakimi pogoji in v skladu z zakonom pravico:*

- *do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda;*
- *do posvetovanja z ustreznimi specialisti, ki si jih sam izbere, oz. da zahteva konziliarni pregled;*
- *izvedeti za diagnozo svoje bolezni in za obseg, način, kakovost ter predvideno trajanje zdravljenja;*
- *dati soglasje za kakršen koli medicinski poseg; da je predhodno obveščen o vseh možnih metodah diagnosticiranja in zdravljenja ter njihovih posledicah in učinkih;*
- *odkloniti predlagane medicinske posege;*
- *do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na njegovo zdravstveno stanje, razen če zdravnik oceni, da bi to škodljivo vplivalo na bolnikovo zdravstveno stanje;*
- *zahtevati, da zdravstveni delavci in njihovi sodelavci brez njegove izrecne privolitve nikomur ne posredujejo podatkov o njegovem zdravstvenem stanju;*
- *zahtevati premestitev v drug zdravstveni zavod;*
- *do ugovora na pristojni organ nadzora, če meni, da niso bila uporabljena dovolj učinkovita sredstva za njegovo zdravljenje ali da so bila kršena etična načela;*
- *da se seznanijo s stroški zdravljenja in da zahteva obrazložitev računa za zdravstvene storitve;*
- *do povračila škode zaradi neustreznega zdravljenja.«*

Za otroke do 15. leta starosti in za osebe pod skrbništvom uveljavljajo pravice iz prejšnjega odstavka njihovi starši oz. skrbniki.

48. člen: *»Brez predhodnega soglasja bolnika se nujni medicinski poseg lahko opravi le, če bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja o tem ne more odločiti.«*

50. člen: *»Vsakdo, ki svoje zdravljenje zaupa zdravstvenemu delavcu, je ustrezno svojemu zdravstvenemu stanju dolžan:*

- *zdravstvenemu delavcu navesti resnične podatke o svojem zdravstvenem stanju;*

- *ravnati se po navodilih zdravstvenega delavca;*
- *aktivno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja.»*

Če bolnik ne izpolnjuje pogojev in dolžnosti iz prejšnjega odstavka, mu zdravstveni delavec lahko odkloni pomoč, razen nujne medicinske pomoči.

52. člen: *»Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ne smejo zapustiti delovnega mesta, dokler ne dobijo nadomestitve, čeprav je njihov delovni čas že potekel, če bi to pomenilo nevarnost za zdravje ljudi... V času stavke morajo zdravstveni delavci zagotavljati bolnikom nujno medicinsko pomoč, nego in oskrbo.«*

55. člen: *»Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost.«*

61. člen: *»Za vsako umrlo osebo je treba ugotoviti čas in vzrok smrti, kar lahko opravi le za to pooblaščen zdravnik... Bolnik, ki umre v zdravstvenem zavodu ali pri zasebnem zdravstvenem delavcu, mora biti obduciran. Strokovni vodja zdravstvenega zavoda ali oddelka lahko po svoji presoji ali na željo svojcev odloči, da se obdukcija opusti, če je vzrok smrti nesporen in če zdravnik, ki je umrlega zdravil, s tem soglaša.«*

Kazenski zakonik Republike Slovenije

V same strokovne vsebine zakon sicer ne posega, vendar so njegova določila povezana tudi s strokovnimi vsebinami. Presoja kazenske odgovornosti poda za strokovne vsebine izvedenec medicinske stroke in sicer v okviru splošnega elementa kaznivega dejanja. V kolikor izvedenec v (pred)kazenskem postopku ne more ponuditi jasnega odgovora, kako je potrebno ukrepati v določeni tipski zadevi, je potrebno zdravnika z vidika kazenskega prava oprostiti ali niti ne začeti kazenskega postopka proti njemu. Ali izvedenec ravnanje v nasprotju s stroko imenuje napačno, nesprejemljivo, kriminalno, diletantsko, ali pa zmota, napaka, odstop od stroke, malomarnost, spodrsrljaj, »kiks« ali kako drugače, je za pravnike v bistvu vseeno. Ključno je zgolj, ali je določeno ravnanje v trenutku izvršitve odstopalo od veljavnih pravil zdravstva, konkretnije v času izvršitve, relevantne referenčne medicinske stroke in znanosti (mednarodno veljavnih, nacionalno veljavnih, v teoriji priznanih kot pravilnih, uveljavljenih, večinskih, strokovno standardiziranih ipd. pravil medicine) Dokončni medicinski izvedenski odgovor »ne vem« v taki zadevi mora nujno voditi v pravno ugotovitev, da ni kaznivega dejanja (načelo »in dubio pro reo« v kazenskem pravu) [7]. Taksativno bomo našli le člene, ki se nanašajo na delo zdravnika.

Kaznivo dejanje

7. člen: »Kaznivo dejanje je protipravno dejanje, ki ga zakon zaradi njegove nevarnosti določa kot kaznivo dejanje in hkrati določa njegove znake in kazni zanj.«

Način izvršitve kaznivega dejanja opredeljuje 8. člen: »(1) Kaznivo dejanje je lahko izvršeno s storitvijo ali z opustitvijo. (2) Kaznivo dejanje je lahko izvršeno z opustitvijo samo, če je storilec opustil dejanje, ki bi ga moral storiti. (3) Z opustitvijo je lahko izvršeno tudi kaznivo dejanje, ki ga zakon ne določa kot opustitveno kaznivo dejanje, če storilec ne prepreči prepovedane posledice. V takšnem primeru se storilec kaznuje za opustitev samo, če je bil dolžan preprečiti nastanek prepovedane posledice in če je opustitev za nastanek takšne posledice enakega pomena kot storitev.«

Kazenska odgovornost

15. člen: »(1) Kazensko odgovoren je storilec, ki je prišteven in kriv. (2) Kriv je storilec, ki je storil kaznivo dejanje z naklepom ali iz malomarnosti, pri tem pa se je zavedal ali bi se moral in mogel zavedati, da je njegovo dejanje prepovedano. (3) Za kaznivo dejanje, storjeno iz malomarnosti, je storilec odgovoren samo, če zakon tako določa.«

Naklep

17. člen: »Kaznivo dejanje je storjeno z naklepom, če se je storilec zavedal svojega dejanja in ga je hotel storiti; ali če se je zavedal, da lahko zaradi njegovega ravnanja nastane prepovedana posledica, pa je privolil, da takšna posledica nastane.«

Malomarnost

18. člen: »Kaznivo dejanje je storjeno iz malomarnosti, če se je storilec zavedal, da zaradi njegovega ravnanja lahko nastane prepovedana posledica, pa je lahkomišlno mislil, da jo bo lahko preprečil ali da ne bo nastala; ali če se ni zavedal, da lahko nastane prepovedana posledica, pa bi se bil po okoliščinah in po svojih osebnih lastnostih tega moral in mogel zavedati.«

Dejanska zmot

20. člen: »(1) Kazensko ni odgovoren storilec, ki se ob storitvi kaznivega dejanja ni zavedal, kakšnega njegovega z zakonom določenega znaka; ali je zmotno mislil, da so podane okoliščine, v katerih bi bilo to dejanje dopustno, če bi bile zares podane. (2) Če je bil storilec v zmoti zaradi malomarnosti, je kazensko odgovoren za kaznivo dejanje, storjeno iz malomarnosti, če zakon tudi za takšno dejanje določa kazensko odgovornost.«

Pravna zmota

21. člen: »(1) Kazensko ni odgovoren storilec kaznivega dejanja, ki iz opravičenih razlogov ni vedel, da je to dejanje prepovedano. (2) Če bi se storilec zmoti lahko izognil, se sme kaznovati mileje.«

Povzročitev smrti iz malomarnosti

129. člen: »Kdor povzroči smrt drugega iz malomarnosti, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.«

Nedovoljena prekinitev nosečnosti

132. člen: »(1) Kdor v nasprotju z zdravstvenimi pogoji in načinom umetne prekinitve nosečnosti, ki so določeni z zakonom, noseči ženski z njeno privolitvijo prekine nosečnost, začne prekinjati ali ji pomaga pri prekinitvi nosečnosti, se kaznuje z zaporom do treh let. (2) Kdor noseči ženski brez njene privolitve prekine ali začne prekinjati nosečnost, se kaznuje z zaporom od enega do osmih let.«

Opustitev pomoči

140. člen: »Kdor ne pomaga komu, ki je v neposredni smrtni nevarnosti, čeprav bi to lahko storil brez nevarnosti zase ali za koga drugega, se kaznuje z zaporom do enega leta.«

Opustitev zdravstvene pomoči

189. člen: »Zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, se kaznuje z zaporom do enega leta.«

Malomarno zdravljenje

190. člen: »(1) Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke, in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do enega leta.
(2) Enako se kaznuje drug zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravstvene stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje.«

Nedovoljena presaditev delov človeškega telesa

191. člen: »(1) Zdravnik, ki komu vzame del telesa zaradi presaditve ali komu presadi del telesa, čeprav je jemanje ali presaditev dela telesa po pravilih zdravniške znanosti in stroke neupravičeno, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let. (2) Enako se kaznuje zdravnik, ki z namenom presaditve vzame del človeškega telesa, preden je na predpisan način ugotovljena smrt. (3) Zdravnik, ki komu vzame del telesa zaradi presaditve ali presadi komu del telesa, ne da bi si poprej pridobil na predpisani način izjavljeno privolitev dajalca in prejemnika ali

njunih zakonitih zastopnikov, se kaznuje z zaporom do treh let. (4) Enako se kaznuje, kdor neupravičeno in proti plačilu posreduje pri dajanju delov telesa žive ali umrle osebe za presaditev.»

Ostala kazniva dejanja, ki bi se še lahko nanašala na delo zdravnika, so:

127. člen III. odstavek: aktivna pomoč pri evtanaziji,

131. člen: pomoč pri samomoru,

141. člen: kršitev enakopravnosti glede na raso, nacionalnost, vero...,

146. člen: grdo ravnanje,

182. člen: spolna zloraba slabotne osebe.

Za poklic pa so vsekakor najbolj značilni členi kazniva dejanja zoper človeško zdravje - 189. člen: opustitev zdravniške pomoči in 190. člen: malomarno zdravljenje, ki pa lahko zaradi svoje smrtne posledice preraste v povzročitev smrti zaradi malomarnosti iz 129. člena KZ.

V nadaljevanju bomo predstavili še predpise, ki se direktno ne nanašajo izključno na zdravnikovo delo, vendar so prav tako pomembni za njegovo odgovornost in so tudi posledice njegovih dejanj.

Obligacijski zakonik

161. člen: *»(1) Kdor brez nevarnosti zase ne pomaga nekemu, čigar življenje ali zdravje je očitno ogroženo, odgovarja za škodo, ki iz tega nastane, če bi jo glede na okoliščine primera moral predvideti. (2) Če to terjaja pravičnost, lahko sodišče takšno osebo oprosti povrnitve škode.»*

167. člen: *»(1) V primeru smrti, telesne poškodbe ali okvare zdravja ima odškodnina praviloma obliko denarne rente, dosmrtna ali za določen čas. (2) Denarna renta, prisojena kot odškodnina, se plačuje vnaprej mesečno, če sodišče ne določi česa drugega. (3) Upnik ima pravico zahtevati potrebno zavarovanje za izplačevanje rente, razen če to glede na okoliščine primera ne bi bilo opravičljivo. (4) Če dolžnik ne da zavarovanja, ki ga določi sodišče, ima upnik pravico zahtevati, naj mu namesto rente izplača enkratno vsoto; ta se odmeri glede na višino rente in verjetno trajanje upnikovega življenja, z odbitkom ustreznih obresti. (5) Iz resnih razlogov lahko upnik tudi v drugih primerih zahteva, takoj ali pozneje, naj mu dolžnik namesto rente izplača enkratno vsoto.»*

Izgubljeni zaslužek ter stroški za zdravljenje in pogreb opredeljuje 172. člen: *»(1) Kdor povzroči, da nekdo umre, mora povrniti običajne stroške za njegov pogreb. (2) Povrniti mora tudi stroške za njegovo zdravljenje zaradi povzročenih poškodb in*

druge potrebne stroške v zvezi z zdravljenjem, ter zaslužek, izgubljen zaradi nezmožnosti za delo.«

Pravica osebe, ki jo je umrli preživljal, opredeljuje 173. člen: *»(1) Oseba, ki jo je umrli preživljal ali redno podpiral, in oseba, ki je imela po zakonu pravico zahtevati od njega preživljanje, ima pravico do povračila škode, ki jo trpi zaradi izgubljenega preživljanja oz. izgubljene podpore. (2) Ta škoda se ji vrača s plačevanjem denarne rente; njen znesek se odmeri glede na vse okoliščine primera, ne more pa biti večji od tistega, kar bi oškodovanec dobival od umrlega, če bi bil ostal živ.«*

Povrnitev škode v primeru telesne poškodbe ali prizadetega zdravja opredeljuje 174. člen: *»(1) Kdor prizadene drugemu telesno poškodbo ali prizadene njegovo zdravje, mu mora povrniti stroške v zvezi z zdravljenjem in druge potrebne stroške, ki so s tem v zvezi, ter zaslužek, izgubljen zaradi nezmožnosti za delo med zdravljenjem. (2) Če poškodovani zaradi popolne ali delne nezmožnosti za delo izgubi zaslužek ali so njegove potrebe trajno povečane ali pa so možnosti za njegov nadaljnji razvoj in napredovanje uničene ali zmanjšane, mu mora odgovorna oseba plačevati določeno denarno rento kot povračilo za to škodo.«*

Sprememba prisojene odškodnine je opredeljena v 175. členu: *»Sodišče lahko na zahtevo oškodovanca za naprej poveča rento, lahko pa jo na zahtevo oškodovalca zmanjša ali odpravi, če se pomembneje spremenijo okoliščine, ki jih je imelo pred očmi ob izdaji prejšnje odločbe.«*

Neprenosnost pravic je zapisana v 176. členu: *»(1) Pravice do odškodnine v obliki denarne rente zaradi smrti bližnjega ali zaradi telesne poškodbe ali okvare zdravja ni mogoče prenesti na drugega. (2) Zapadli zneski odškodnine se lahko prenesejo na drugega, če je bil odškodninski znesek določen s pisnim sporazumom med strankama ali s pravnomočno sodno odločbo.«*

Skrbnost opredeljuje 6. člen: *»(1) Udeleženci v obligacijskem razmerju morajo pri izpolnjevanju svoje obveznosti ravnati s skrbnostjo, ki se v pravnem prometu zahteva pri ustrezni vrsti obligacijskih razmerij (skrbnost dobrega gospodarstvenika oz. skrbnost dobrega gospodarja). (2) Udeleženci v obligacijskem razmerju morajo pri izpolnjevanju obveznosti iz svoje poklicne dejavnosti ravnati z večjo skrbnostjo, po pravilih stroke in po običajih (skrbnost dobrega strokovnjaka).«*

131. člen: *»(1) Kdor povzroči drugemu škodo, jo je dolžan povrniti, če ne dokaže, da je škoda nastala brez njegove krivde. (2) Za škodo zaradi stvari ali dejavnosti, iz katerih izvira večja škodna nevarnost za okolico, se odgovarja ne glede na krivdo. (3) Za škodo ne glede na krivdo se odgovarja tudi v drugih z zakonom določenih primerih.«*

Škoda je opredeljena v 132. členu: *»Škoda je zmanjšanje premoženja (navadna škoda), preprečitev povečanja premoženja (izgubljeni dobiček), pa tudi povzročitev telesnih ali duševnih bolečin ali strahu drugemu ter okrnitev ugleda pravne osebe (nepremoženska škoda).«*

Zahteva za prenehanje s kršitvami osebnostnih pravic je zapisana v 134. členu: *»(1) Vsak ima pravico zahtevati od sodišča ali drugega pristojnega organa, da odredi prenehanje dejanja, s katerim se krši nedotakljivost človekove osebnosti, osebnega in družinskega življenja ali kakšna druga osebnostna pravica, da prepreči tako dejanje ali da odstrani njegove posledice. (2) Sodišče oz. drug pristojni organ lahko odredi, da kršitelj preneha z dejanjem, ker bo sicer moral plačati prizadetemu določen denarni znesek, odmerjen skupaj ali od časovne enote.«*

Kdaj je podana krivda (krivdna odgovornost), je zapisano v 135. členu: *»Krivda je podana, kadar oškodovalec povzroči škodo namenoma ali iz malomarnosti.«*

Privolitev oškodovanca je opredeljena v 140. členu: *»(1) Kdor v svojo škodo dovoli drugemu, da ta nekaj stori, ne more zahtevati od njega povrnitve škode, ki mu jo je s tem povzročil. (2) Nična je izjava, s katero je oškodovanec privolil, da mu nekdo stori škodo z dejanjem, ki je po zakonu prepovedano.«*

Odgovornost delodajalcev je opredeljena v 147. členu: *»(1) Za škodo, ki jo povzroči delavec pri delu ali v zvezi z delom tretji osebi, odgovarja pravna ali fizična oseba, pri kateri je delavec delal takrat, ko je bila škoda povzročena, razen če dokaže, da je delavec v danih okoliščinah ravnal tako, kot je bilo treba. (2) Oškodovanec ima pravico zahtevati povrnitev škode tudi neposredno od delavca, če je ta škodo povzročil namenoma. (3) Kdor je oškodovancu povrnil škodo, ki jo je povzročil delavec namenoma ali iz hude malomarnosti, ima pravico zahtevati od delavca povrnitev plačanega zneska. (4) Ta pravica zastara v šestih mesecih od dneva, ko je bila odškodnina plačana. (5) Določba prvega odstavka tega člena ne posega v pravila o odgovornosti za škodo, ki izvira od nevarne stvari ali nevarne dejavnosti.«*

Odgovornost pravne osebe za škodo, ki jo povzroči njen organ, je opisana v 148. členu: *»(1) Pravna oseba odgovarja za škodo, ki jo njen organ povzroči tretji osebi pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svojih funkcij. (2) Če za posamezni primer zakon ne določa kaj drugega, ima pravna oseba pravico zahtevati povrnitev plačanega zneska od tistega, ki je škodo povzročil namenoma ali iz hude malomarnosti. (3) Ta pravica zastara v šestih mesecih od dneva, ko je bila odškodnina plačana.«*

Primer 1: Krivdni obliki malomarnosti se v kazenskem in civilnem pravu ugotavljata z različnimi merili. V kazenskem postopku je bil zdravnik (specializant)

oproščen, ker niso ugotovljeni subjektivni znaki kaznivega dejanja, saj se malomarnost ugotavlja s konkretnimi, subjektivnimi merili, in je bilo ugotovljeno, da se zdravnik glede na svoje osebne lastnosti in znanje ni zavedal in ni mogel zavedati možnosti nastopa prepovedane posledice. V pravnem postopku, kjer je bil tožen zdravstveni zavod, bolnišnica, kjer je bil zdravnik zaposlen, pa je bila ugotovljena civilnopravna oblika malomarnosti. Ugotovilo se je namreč, s kakšno stopnjo poklicne skrbnosti odgovarja tožena bolnišnica. Zdravnik–specializant ni pravočasno obvestil o stanju poškodovanega nadzornega zdravnika, ko ga je, je bilo prepozno. Sodišče ni, kot merilo skrbnosti, uporabilo izkušnje in znanje zdravnika–specializanta, temveč znanje in izkušnje nadzornega zdravnika. Njegova najpomembnejša naloga je porazdelitev nalog tako, da je v vsakem trenutku zagotovljeno strokovno zdravljenje, prenesejo se lahko le tiste naloge, ki jih zdravnik-specializant glede na stopnjo znanja in izkušenj lahko opravlja. Zdravnik-specializant ni »zaznal oz. prepoznal na rentgenski sliki prisotnost tekočine v prsni votlini na desni strani, ni vstavil torakalnega drene, kar bi omogočilo odstranitev zraka iz prsne votline in bi olajšala zdravniku oceno količine izgubljene krvi, zaradi česar bi se lažje pravočasno in pravilno odločil za operacijo.« V tej opustitvi je bila podana odgovornost zdravnika–specializanta, odgovornost bolnišnice pa je v tem, ker ni zagotovila pričakovani nivo strokovnega nudenja zdravniške pomoči, ko je v konkretnem primeru v najbolj kritičnem trenutku zdravstveno vodil in obravnaval poškodovanega ne dovolj izkušenj zdravnik [8].

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

94. člen: *»Zdravstveni zavod oz. zasebni zdravstveni delavec odgovarja Zavodu za zdravstveno zavarovanje (Zavod) za škodo, ki jo povzroči pri opravljanju ali v zvezi z opravljanjem svoje dejavnosti v skladu z določili zakona o obligacijskih razmerjih... Zavarovani osebi odgovarja za povzročeno škodo Zavod v skladu z določbami zakona o obligacijskih razmerjih.«*

86. člen opredeli povrnitev škode: *»Zavod za zdravstveno zavarovanje (Zavod) ima pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od tistega, ki je namenoma ali iz velike malomarnosti povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe... Za škodo, ki jo povzroči v primerih iz prejšnjega odstavka delavec pri delu ali v zvezi z delom, je odgovoren delodajalec... Povrnitev povzročene škode iz prejšnjega odstavka ima Zavod pravico zahtevati tudi od delavca, če je povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe s kaznivim dejanjem.«*

87. člen: *»Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec, če je bolezen, poškodba ali smrt zavarovane osebe posledica tega, ker niso bili izvedeni ustrezni higiensko-sanitarni ukrepi, ukrepi varstva pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odredeni za varnost ljudi... Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec tudi, če nastane škoda zaradi tega, ker je bilo delovno razmerje sklenjeno brez predpisanega zdravstvenega pregleda z osebo, ki zdravstveno ni bila sposobna za opravljanje določenih del oz. nalog, kar se je pozneje ugotovilo z zdravstvenim pregledom.«*

88. člen: »Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne delodajalec, če je škoda nastala zato, ker Zavod ni dobil podatkov ali je dobil neresnične podatke o dejstvih, od katerih je odvisna pravica do zdravstvenega zavarovanja... Zavod ima pravico zahtevati, da povzročeno škodo povrne zavarovana oseba, ki je sama dolžna dajati podatke o zdravstvenem zavarovanju, če je škoda nastala zato, ker zavarovana oseba ni dala podatkov ali ker je dala neresnične podatke.«

89. člen: »V primerih iz 86. in 87. člena tega zakona se šteje, da je Zavod imel škodo, ne glede na to, da so nevarnosti zajete z zdravstvenim zavarovanjem po tem zakonu.«

90. člen: »Pri ugotavljanju pravice do povrnitve škode, povzročene Zavodu, se uporabljajo določila zakona o obligacijskih razmerjih, razen če ni s tem zakonom drugače določeno.«

91. člen: »Odškodnina, ki jo ima Zavod pravico zahtevati v primerih iz 86., 87. in 88. člena tega zakona, obsega stroške za zdravstvene in druge storitve ter zneske denarnih nadomestil in drugih dajatev, ki jih plačuje Zavod.«

86. člen, prvi odstavek: »Zavod lahko zahteva povrnitev škode od osebe, ki je namenoma ali iz velike malomarnosti povzročila bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe.« To se ne nanaša samo na zdravstvene delavce in sodelavce. Tak primer je lahko npr. povzročitelj prometne nesreče, udeleženec v pretepu – napadalec in podobno [9]. V praksi se že izvajajo ukrepi za povrnitev škode, ki je nastala pri zdravljenju takšnega poškodovanca, četudi ne v tolikšni meri, kot je povzročena škoda. Prav zdravniki lahko v teh primerih z natančnim vodenjem dokumentacije in pravilnim evidentiranjem napotitev »poškodba po tretji osebi« zagotovimo informacijo za izterjavo.

Zakon o delovnih razmerjih

3. člen: »Pri odločanju o pravicah, obveznostih in odgovornostih iz delovnega razmerja mora pristojni organ v organizaciji v postopku omogočiti udeležbo sindikata.«

Odgovornost za delovne obveznosti - disciplinska odgovornost

88. člen: »Delavec je disciplinsko odgovoren za kršitev delovnih obveznosti, ki jih določa zakon, kolektivna pogodba oz. splošni akt.«

89. člen: »Disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja se lahko izreče za vse hujše kršitve delovnih obveznosti, določene z zakonom, kolektivno pogodbo oz.

splošnim aktom, če je bilo s storitvijo ali opustitvijo dejanja ogroženo življenje in zdravje delavcev ali drugih delovnih ljudi, povzročena ali bi lahko bila povzročena večja škoda, ogrožen ali bi lahko bil bistveno moten delovni proces v organizaciji oz. pri delodajalcu ali kako drugače bistveno delodajalca.«

90. člen: *»Izvršitev disciplinskih ukrepov denarne kazni in prenehanja delovnega razmerja se lahko pogojno odloži največ za dobo enega leta... Pogojno odložena izvršitev disciplinskega ukrepa se lahko prekliče, če delavec stori v času iz prejšnjega odstavka hujšo kršitev delovne obveznosti ali če neopravičeno odkloni zdravljenje stanja zasvojenosti, ki je bilo razlog za ugotovitev njegove disciplinske odgovornosti.«*

91. člen: *»Ugovor, vložen zoper odločbo o disciplinski odgovornosti, zadrži izvršitev odločbe.«*

93. člen: *»Zastaralni rok za vodenje disciplinskega postopka ne teče v času postopka pred pristojnim sodiščem.«*

Začasna odstranitev delavca

95. člen: *»Delavca je mogoče začasno odstraniti z delovnega mesta in razporediti na drugo delovno mesto oz. začasno odstraniti z dela iz organizacije oz. pri delodajalcu v primeru, da je zoper njega uveden disciplinski postopek zaradi hujše kršitve delovne obveznosti, za katero se v skladu z zakonom izreče prenehanje delovnega razmerja, ali v primeru neopravičenega izostanka pet zaporednih delovnih dni, ali v drugih primerih, določenih s kolektivno pogodbo oz. splošnim aktom pod pogojem, da s takšnim ravnanjem neposredno ogroža svoje življenje ali zdravje, življenje ali zdravje delavcev ali drugih oseb oz. če ogroža materialna sredstva večje vrednosti ter če bi delavčeva navzočnost na delovnem mestu ali v organizaciji oz. pri delodajalcu lahko ogrozila nemoten ali varen potek delovnega procesa ali poslovanja ter delo organov organizacije. Kot obvezna začasna odstranitev delavca z dela iz organizacije oz. pri delodajalcu se šteje, če je delavec v priporu.«*

96. člen: *»Odstranitev delavca z delovnega mesta ali z dela iz organizacije oz. pri delodajalcu sme trajati najdlje do dokončne odločitve o delavčevi disciplinski odgovornosti, do prenehanja delovnega razmerja oz. do prenehanja razlogov, ki so narekovali sprejem sklepa o suspenzu s strani poslovnega organa oz. delodajalca ali drugega pooblaščenega delavca. Delavec, ki je odstranjen z dela iz organizacije oz. pri delodajalcu, ima za ta čas pravico do nadomestila plače, ki je enako polovici zneska mesečne akontacije plače, ki bi jo prejel, če bi delal.«*

97. člen: *»Če je delavec v priporu, mora organ, ki je pripor odredil, o tem v treh dneh pisno obvestiti organizacijo oz. delodajalca... Dokler je v priporu, ima delavec pravico do nadomestila plače, ki je enako tretjini zneska akontacije, če preživlja družino pa polovici zneska akontacije plače... Nadomestilo plače iz prejšnjega odstavka dobi delavec na račun organa, ki je odredil pripor.«*

98. člen: *»Delavec, ki je odstranjen z dela iz organizacije oz. pri delodajalcu in prejema nadomestilo plače iz drugega odstavka 96. člena tega zakona, ima za ta čas pravico, da mu organizacija oz. delodajalec izplača razliko do polnega zneska plače, ki bi jo dobil, če bi bil na delu, če je disciplinski postopek zoper njega z dokončno odločbo ustavljen, če je delavec s pravnomočno odločbo oproščen ali če se v postopku odločitve o prenehanju delovnega razmerja zaradi neopravičenega izostanka pet zaporednih delovnih dni ugotovi, da delavec ni neopravičeno izostal z dela. Te pravice nima delavec, ki mu je z dokončno odločbo izrečen disciplinski ukrep za hujšo kršitev delovne obveznosti, zaradi katere je bil odstranjen z dela iz organizacije oz. pri delodajalcu.«*

99. člen: *»Če je bil delavec začasno odstranjen z delovnega mesta, na katerem je delal ter začasno razporejen na drugo delovno mesto ima v primerih iz prejšnjega člena pravico do razlike plače, ki bi jo prejel, če ne bi bil začasno razporejen na drugo delovno mesto.«*

Prenehanje delovnega razmerja

100. člen: Delavcu preneha delovno razmerje:

1. *»če pisмено izjavi, da želi, da mu preneha delovno razmerje – z dnem izteka odpovednega roka;*
2. *če se s pooblaščenim organom v organizaciji oz. z delodajalcem pisno sporazume, da mu preneha delovno razmerje – z dnem, dogovorjenim v pisnem sporazumu;*
3. *če je ugotovljeno, da nima znanj in zmožnosti za opravljanje del delovnega mesta, na katero je razporejen, ali če ne dosega pričakovanih rezultatov dela, pa ne sprejme razporeditve na drugo delovno mesto, oz. če takega delovnega mesta v organizaciji oz. pri delodajalcu ni - v 30 dneh po dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja;*
4. *če na poskusnem delu ne doseže ustreznih rezultatov dela – z dnem dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja, oz. če pripravnik tudi po ponovitvi ne opravi izpita - z dnem, ko ga ni opravil;*
5. *če je bil neopravičeno odsoten z dela zaporedoma pet delovnih dni in se vrne na delo - z dnem dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja,*
6. *če je bil neopravičeno odsoten z dela zaporedoma pet delovnih dni in se ne vrne na delo - s prvim dnem odsotnosti z dela;*

7. če pristojni organ v enem letu po sklenitvi delovnega razmerja ugotovi, da je delavec zavestno sklenil delovno razmerje v nasprotju z zakonom, splošnim aktom oz. kolektivno pogodbo - z dnem dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja;
8. če je ob sklenitvi delovnega razmerja zamolčal ali dal neresnične podatke, ki so pomembni za opravljanje dela, za katero je sklenil delovno razmerje - z dnem dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja;
9. če noče delati na delovnem mestu, na katerega je razporejen - v 30 dneh po dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja;
10. če odkloni razporeditev po 19. in 20. členu zveznega zakona - v 30 dneh po dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja;
11. če odkloni eno od pravic iz 30. člena tega zakona, če odkloni ponujeno ustrezno zaposlitev v drugi organizaciji oz. pri delodajalcu v skladu s programom iz 35. člena tega zakona, ali če odkloni prekvalifikacijo oz. dokvalifikacijo ali delo s skrajšanim delovnim časom iz druge in tretje alineje prvega odstavka 36.a člena tega zakona - v 30 dneh po dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja;
12. če postane delo delavca zaradi nujnih operativnih razlogov v organizaciji oz. pri delodajalcu trajno nepotrebno – po izteku šestih mesecev od dokončnosti sklepa o prenehanju delovnega razmerja;
13. če mu je izrečen disciplinski ukrep prenehanja delovnega razmerja - z dnem dokončnosti sklepa o izrečenem disciplinskem ukrepu.

V primerih iz 3. do 13. točke prejšnjega odstavka preneha delavcu delovno razmerje brez njegovega soglasja. Odpovedni rok traja najmanj 30 dni in največ šest mesecev. V času odpovednega roka ima delavec pravico do odsotnosti z dela zaradi iskanja nove zaposlitve s pravico do nadomestila plače v trajanju najmanj dve uri na teden. S kolektivno pogodbo oz. splošnim aktom določen odpovedni rok se lahko skrajša v sporazumu med delavcem in organizacijo oz. delodajalcem.«

102. člen: »Delavcu, ki mu je v kazenskem postopku izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstvu v zdravstvenem zavodu, ne preneha delovno razmerje, če bi bil nezmožen za delo zaradi bolezni, zaradi katere je bil ukrep izrečen.«

Vrste odgovornosti zdravnika

Odgovornost za protipravna dejanja je mogoče opredeliti oz. razvrstiti, deliti po različnih merilih. **Glede na naravo kršitve** ločimo odgovornost na deliktno odgovornost (odgovornost za **kršitev** pravice – v ožjem smislu) in odgovornost v primeru zlorabe pravice. Odgovornost za delikt je odgovornost za neposredno **kršitev** oblastnih predpisov (kazniva dejanja in prekrški, neposredna kršitev

predpisov civilnega prava). **Zloraba** pravice pomeni, da nekdo izvršuje neko pravico, vendar pri tem prekorači njen družbeno priznani namen in s tem neupravičeno poseže v pravico drugega subjekta. Z vidika **osebe**, ki stori protipravno dejanje, ločimo subjektivno (krivdno) in objektivno odgovornost. Posameznikova subjektivna odgovornost temelji na njegovi **krivdi** in zato lahko za kaznivo dejanje praviloma odgovarja le oseba, ki je to dejanje storila **naklepno** ali **iz malomarnosti**. Objektivna odgovornost je odgovornost neke osebe (fizične ali pravne) za nastalo protipravno posledico (npr. premoženjska ali nepremoženjska škoda) ne glede na krivdo.

Pravna odgovornost je lahko **individualna** ali **kolektivna**. **Glede na osebe**, na katere se nanašajo pravne norme, je lahko odgovornost splošna ali osebna. Splošna odgovornost je predvidena za vsakogar, ki zanjo izpolnjuje splošne predpostavke (določena minimalna starost kršitelja, njegova prištevnost, krivda, dokazana vzročna zveza med njegovim dejanjem in protipravno posledico). Osebna odgovornost je tista, ki se nanaša na določeno skupino ljudi, opredeljene s tipskimi značilnostmi (zdravniki, sodniki...). **Z vidika pravnih subjektov** ločimo odgovornost fizičnih in odgovornost pravnih oseb. Pri odgovornosti fizične osebe gre za odgovornost, ki se uveljavlja zoper posameznike, v primeru pravnih oseb pa je za npr. civilni delikt, prekršek, kršitev pogodbene obveznosti, odgovorna pravna oseba, čeprav je seveda protipravno dejanje storila njena odgovorna oseba ali druga, pri njej zaposlena fizična oseba.

Pravno odgovornost je možno razčleniti tudi **po pravnih panogah** – delikti in kršitve na področjih kazenskega, civilnega, upravnega, delovnega, prekrškovnega ali drugega prava.

Če izberemo **delitev na kazensko ali civilno odgovornost** in se v zvezi s tem vsaj na načelni ravni osredotočimo na odgovornost zdravnikov, vidimo, da pozna naše kazensko pravo v tem pogledu tudi specialno opredeljena kazniva dejanja, medtem ko se v okviru obveznostnega (obligacijskega) prava škodna dejanja in odgovornost opredeljujejo le na splošno. Kazenski zakon tako poleg številnih kaznivih dejanj, pri katerih je lahko storilec vsaka deliktno sposobna oseba, določa tudi kazniva dejanja, ki jih lahko storijo le zdravniki ali drugi zdravstveni delavci. V poglavju Kazenskega zakonika o kaznivih dejanjih zoper človekovo zdravje, so takšna specialna dejanja npr. opustitev zdravstvene pomoči (189. člen), malomarno zdravljenje (190. člen), nedovoljena presaditev delov človeškega telesa (191. člen).

V civilnem pravu pa se odgovornost zdravnikov obravnava v okviru splošnih določil pogodbenih in civilno-deliktne odgovornosti, pri čemer je temelj takšne odgovornosti bodisi kršitev določenega pogodbenega razmerja med zdravnikom in bolnikom bodisi kršitev splošnega načela »neminem laedere«, ki se kaže v vsakem

nedopustnem posegu v absolutno zavarovane dobrine, kot sta življenje in zdravje. Tako v kazenskem kot civilnem pravu je odgovornost zdravnikov individualna in subjektivna (krivdna), čeprav v civilnem pravu načelno ni mogoče izključiti tudi možnosti za uveljavljanje objektivne odgovornosti (npr. zdravstvenega zavoda za škodno posledico, ki jo je povzročil njen zdravnik ali drug zdravstveni delavec), ki lahko pride v poštev v primeru, ko sodna praksa določeno zdravnikovo oz. zdravstveno dejavnost opredeli kot dejavnost s povečano nevarnostjo.

Poseben problem, ki je povezan s postopki ugotavljanja pravne odgovornosti zdravnikov, je **možnost stigmatizacije**. Glede na to, da so kazenski in civilni pravni postopki praviloma javni, lahko novinarji oz. javna občila o njih neposredno poročajo, kar še posebej v relativno majhnem slovenskem okolju pogosto pripelje do tega, da ožja ali širša javnost izve, kateri zdravnik in za katero dejanje je obravnavan pred sodiščem ali drugim organom. Če k temu prištejemo še dolge sodne postopke, vidimo, da vse to v veliki meri relativizira procesne kavtele, ki jih imajo npr. obdolženci v kazenskem postopku, kjer so sojenja ponavadi najbolj odmevna. In ker se javno mnenje ne ozira dosti na pravna načela, kot je npr. domneva nedolžnosti do izreka sodbe ali načelo pravnomočnosti, je omenjena možnost stigmatizacije zdravnika v takšnem primeru relativno velika in mu lahko pomeni veliko breme pri vsakdanjem zdravniškem delu. V tem pogledu je naloga sodnikov in drugih pravnikov, da se trudijo o zadevah odločati v razumnih rokih in v skladu s postopki, naloga novinarjev in državljanov pa, da skušajo takšne kazenske in druge pravne zadeve (na civilnopravnem področju so lahko analogno odmevni predvsem odškodninski spori, kjer se npr. zaradi domnevne zdravniške napake terja izrazito visoka odškodnina) do njihove pravnomočnosti ocenjevati pravno in moralno zadržano (brez predsodkov oz. dokončnih vnaprejšnjih sodb).

Nazadnje lahko odgovornost zdravnika razdelimo – kombiniramo tudi v kazenskopravno, civilnopravno (odškodninska) in disciplinsko (na relacijah: zdravnik – pogodba o zaposlitvi (delovnopravno in strokovno); zdravnik – stanovska organizacija (strokovnost in etičnost), zdravnik – država in njene institucije (zlasti Ministrstvo za zdravje (izvaja upravni nadzor), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (izvaja finančno-medicinski nadzor, nadzor nad izvajanjem pogodb), razne vrste inšpekcijskih nadzorov (zdravstveni inšpektorat, finančna inšpekcija, itd.)).

Kazenskopravna odgovornost

Kazensko pravo je v bistvu skrajno sredstvo, ki ga družba in njen pravni ustroj uporabita za to, da zavarujeta družbene vrednote, ki so upravičene varstva. Ko gre za odgovornost zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev, je treba imeti pred očmi razlikovanje med ravnanji, ki so povzročila škodo, in ravnanji, na katera je

mogoče poleg povzročene škode nasloviti tudi očitek moralno-etične ali družbene nevarnosti. Le ta dva primera načeloma opravičujeta kazenskopravno intervencijo. Na področju medicine (in tudi ponekod drugod), kjer se upravlja z nevarnimi stvarmi, sredstvi in postopki, bi lahko preširoka uporaba kazenskega prava zavrla razvoj stroke, njena preozka uporaba pa bi utegnila vplivati na znižanje poklicnih meril stroke. Problemi, ki so v zadnjem času pridobili nov pomen in opredeljujejo medicinsko odgovornost, so npr. na meji med življenjem in smrtjo – evtanazija, nove tehnologije oploditve, genetika, zdravnikova dolžnost zdravljenja in prisilno zdravljenje, pravice bolnika, zlasti pravica do informiranja in pojasnilna dolžnost zdravnika, varstvo poklicne skrivnosti, prijavna dolžnost...

Kazenski zakonik RS, 190. člen piše o tem: *»Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do enega leta... Enako se kaznuje drug zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravstvene stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje.«*

Načelo subjektivne ali krivdne odgovornosti pri ugotavljanju kaznivega dejanja pomeni, da povzročitev prepovedane in škodljive posledice sama po sebi še ne zadostuje za uporabo kazni zoper storilca. Kazen se sme uporabiti, če je dokazano, da je obtoženec res storilec kaznivega dejanja in da je obtoženec kazensko odgovoren.

Kazenska odgovornost storilca se ugotovi v primeru, ko je nedvoumno, da se je storilec v trenutku storitve kaznivega dejanja zavedal, da dela nekaj, česar ne bi smel, nekaj, kar je v nasprotju z njegovimi človeškimi, moralnimi, družbenimi ali pravnimi obveznostmi oz. bi se bil tega vsaj moral in mogel zavedati. Kazensko odgovoren je storilec, ki je prišteven in kriv. Za kaznivo dejanje, storjeno iz malomarnosti, je storilec odgovoren samo, če zakon tako določa. Razlogi izključene kazenske odgovornosti so različni, med njimi je najbolj poznan razlog neprištevnost storilca. Tudi zmota je lahko razlog morebitne izključene kazenske odgovornosti.

Kazensko pravo je zgrajeno na treh temeljnih abstraktnih pravnih pojmihih:

1. kaznivo dejanje,
2. kazenska odgovornost,
3. kazenska sankcija.

Pogoji za obstoj kaznivega dejanja so:

- voljnost ravnanja: storilec mora imeti v svoji oblasti gibe, ravnanje, delovanje, vedenje;
- storitev ali opustitev: aktivno ali pasivno;
- posledica: za kaznivo dejanje gre le, če je iz kakšne storitve ali opustitve nastala posledica;
- vzročna zveza: med ravnanjem storilca in posledico mora biti razmerje vzroka in posledice,
- kraj in čas storitve: biti mora določen ali določljiv.

Malomarnost

Kazenskopравни inštitut malomarnosti je milejša in po nastanku mlajša oblika krivde. Opredeljuje jo 18. člen Kazenskega zakonika.

Bolnikova privolitev in pojasnilna dolžnost

V zgodovini sta se pojavljala dva koncepta protipravnosti ravnanja zdravnika, glede na to, ali je bolnik privolil v poseg ali ne. Po eni strani so prevladovali argumenti, da sta poseg in zdravljenje brez privolitve družbeno koristna in tudi koristna za bolnika, saj izboljšujeta njegovo zdravstveno stanje. Po drugi strani sta teorija in tudi praksa trdili, da je pravica svobodnega razpolaganja s svojo dobrino (z zdravjem in življenjem) prvenstvena pravica in del človekovih pravic, ki so pravno visoko varovane. Le pri nujnih primerih oz. pri nujnih posegih velja, da sme zdravnik domnevati, da je privolitev dana (to je skrajna sila, ki izključuje protipravnost ali celo obstoj morebitnega kaznivega dejanja).

Privolitev je izjava volje, ki pomeni uresničevanje pravice do svobodnega odločanja vsakega posameznika o posegih v njegove osebne pravice. Pravno veljavna privolitev je podana le v primerih, če ga je zdravnik predhodno na primeren in razumljiv način poučil o bolezni oz. stanju, pojasnil možnost zdravljenja, morebitne nevarnosti in predvidljivost uspeha. Ta zdravnikova dolžnost se v literaturi označuje kot "pojasnilna dolžnost". Njen obseg, vsebina, omejitve so odvisne od okoliščin posamičnih primerov. Za izjavo volje se ne zahteva posebna obličnost [1]. Pravna teorija meni, da je obveznost zdravnika glede pojasnilne dolžnosti izpolnjena, če slednji bolnika v poglobljenih obrisih in na ustrezen način seznanj z njegovim stanjem, z napovedjo bolezni in ga opozori na običajno, redno tveganje [2].

Bolnikova privolitev mora biti zavestna, kar pomeni, da je bolnik celovito in vsestransko ter natančno poučen o posegu. Le takšna informacija je lahko podlaga za zavestno, svobodno in poučeno privolitev. Pravo in medicina razumeta pojasnilno dolžnost široko. Nanaša se na diagnozo, terapijo, na možne zaplete in na možne alternative ter na napoved. Informiranje mora biti konkretno, jasno opredeljeno in podano tako, da je bolniku dostopno. Obseg pojasnilne dolžnosti je

področje, kjer nastajajo razlike v stališčih pravnikov in zdravnikov. V grobem rečeno, zdravniki menijo, da bi morala biti pojasnilna dolžnost omejena zaradi terapevtskih razlogov, pravniki pa poudarjajo, da je lahko le molk iz obzirnosti edina izjema od pojasnilne dolžnosti.

Kazniva dejanja na področju zdravstvene dejavnosti

Kazniva dejanja na področju zdravstvene dejavnosti po Kazenskem zakoniku RS (v ožjem smislu) so:

- 190. člen KZ – kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja;
- 129. člen KZ – povzročitev smrti iz malomarnosti;
- 189. člen KZ – opustitev zdravstvene pomoči;
- 191. člen KZ – nedovoljena presaditev delov človeškega telesa;
- 259. člen KZ – izdaja lažnega zdravniškega spričevala;
- 132. člen KZ – nedovoljena prekinitve nosečnosti;
- 153. člen KZ – neupravičena izdaja poklicne skrivnosti;
- 127. člen KZ – umor v posebno olajševalnih okoliščinah (evtanazija);
- 131. člen KZ – pomoč pri samomoru;

Primeri iz sodne prakse

Primer 2: V zadevi II Ips 506/98 je bilo ugotovljeno, da je smrt pokojnika nastopila izključno zaradi zapleta po operativnem posegu, ki pa je bil neizbežen zaradi notranjih poškodb, ki jih je pokojnik utrpel v prometni nezgodi. Neposredno po njej je bil prepeljan v zdravstveni dom, pregledan, oskrbljene so bile poškodbe, ki jih je lečeči zdravnik našel, poškodovanec je bil nato napoten domov z navodili, naj pride na kontrolni pregled čez dva dni, v primeru poslabšanja pa takoj. Naslednji dan zvečer je bil pripeljan k istemu zdravniku, ki je diagnosticiral notranje poškodbe in odredil prevoz v bolnišnico. Ob sprejemu je bil poškodovanec neprizadet in kontaktibilen, po operaciji pa je prišlo do vnetja trebušnice in smrti. Sodišče je, v skladu z izvedeniškim mnenjem ugotovilo, da razlog smrti ni bila opustitev pojasnilne dolžnosti zdravnika niti njegovo ravnanje ob prvem pregledu niti kasneje predpisano zdravljenje, ker bi do vnetja trebušnice verjetno prišlo, tudi če bi bil poškodovanec prepeljan v bolnišnico takoj po poškodbi. Postopki zdravnika niso vplivali na nastanek usodnega zapleta [3].

Verjetno ni potrebno dodatno zapisati, kako pomembna je bila korektno vodena zdravstvena dokumentacija bolnika, iz katere so bili razvidni podatki potrebni za natančno obravnavo na sodišču.

Primer 3: V zadevi II P 259/95, sodba z dne, 19. 2. 1998, je bil tožnik po pregledu v ambulanti bolnišnice odpuščen domov s predpisano terapijo. Naslednjega dne se je zaradi bolečin ponovno oglašil v bolnišnici, bil operiran zaradi domneve, da ima obolel želodec. Šele med operacijo se je izkazalo, da ima tožnik vnet slepič, zaradi česar so tožniku operirali trebuh v dolžini, ki je bila za približno 20 cm daljša, kot bi bila, če bi bila predoperativna diagnoza pravilna. Diagnoza naj bi bila napačna zato, ker niso bile opravljene vse potrebne preiskave. Sodišče je ugotovilo, da zdravniki niso storili medicinske napake.

Opustitev nekaterih, sicer rutinskih preiskav (merjenje telesne temperature pod pazduho in v danki, pregled števila belih krvničk, pregled urina), ni mogla vplivati na postavitve napačne diagnoze. Pri tožniku je bilo ugotovljeno po operaciji atipično vnetje slepiča, predhodne preiskave (napravljene pred operacijo) so kazale akutno dogajanje v trebušni votlini tožnika, niso pa omogočile postaviti zanesljivo diagnozo. Operacija je bila napravljena v skladu z doktrino, bila pa je nujna zaradi rešitve življenja tožnika. Ker medicina tudi ne pozna nobenih specifičnih preiskav, ki bi objektivno mogle potrditi ali ovreči diagnozo vnetja slepiča, je sodišče ugotovilo, da je bilo ravnanje zdravnikov brez napak [4].

Verjetno je potrebno poudariti, da je obseg pojasnilne dolžnosti obratno sorazmeren nujnosti posega; manj kot je poseg nujen, večji in poglobljenejši mora biti obseg pojasnilne dolžnosti [5]. Pojasnilna dolžnost se ne nanaša samo na bolezenska stanja ali medicinske posege. Določilo 47. člena ZZDej je potrebno razumeti širše, in sicer se nanaša na vsakršno razmerje med zdravnikom in bolnikom, četudi ne gre za bolezen, temveč za nosečnost in četudi ne gre za poseg, ki ga priporoča zdravnik, ampak se zanj odloča bolnik.

Primer 4: Tožnica je rodila otroka z Downovo boleznijo. Zdravniki so jo pred tem seznanili s tveganji, ki nastanejo pri nosečnosti starejših žensk (nad 35 letom) in s preiskavami, s katerimi je mogoče otrokovo bolezen odkriti in tako materi omogočiti, da se odloči za umetno prekinitev nosečnosti. Sodišče je v sodbi II Ips 306/95 ugotovilo, da je tožnica bila seznanjena s preiskavo amniocentezo in o njenih nevarnostih, zaradi česar je preiskavo odklonila. V danem primeru zato ni bila kršena pojasnilna dolžnost [6].

Civilnopravna odgovornost

Civilnopravna odgovornost zdravnika izhaja iz obligacijskega (obveznostnega) vidika razmerja med bolnikom in zdravnikom. Danes je težišče odgovornosti zdravnikov prešlo s kazenskega na civilnopravno področje. Z razliko od kazenske odgovornosti, v zvezi s katero v kazenskem postopku odloča sodišče o tem, ali je bilo storjeno kaznivo dejanje, ki je opredeljeno v kazenskem zakoniku (in ob pritrdilnem odgovoru izreče kazensko sankcijo), pa v civilnem postopku odloča sodišče o odškodnini, ki naj bi jo poškodovalec povrnil tistemu, ki jo je povzročil. Pogoj za obstoj civilnega delikta in z njim povezane odškodninske obveznosti je izpolnitev elementov, ki jih ugotavlja sodišče v civilnem, pravnem postopku, ki se začne na zahtevo upravičenca, tj. oškodovanca.

Odškodninska obveznost je obveznost stranke, da poravnava škodo, za katero je odgovorna. Zanja morajo biti dane določene predpostavke. Za vprašanja odškodninske obveznosti zdravnika so pomembni Obligacijski zakonik, Zakon o zdravstveni dejavnosti in Kodeks medicinske deontologije.

V obligacijskem pravu sta opredeljeni dve temeljni načeli, ki sta pomembni za odgovornost v zdravstvu (zdravnikov). To sta načelo **prepovedi povzročanja škode** (kršitev obveznosti iz pravnih poslov in pravica do povračila škode) in **načelo skrbnosti** (diligence – ta vsebuje različne pravne standarde, s katerimi se v konkretnih obligacijskih razmerjih presojajo ravnanja udeležencev). Omenjeni standardi se uporabljajo tudi pri presoji krivdnega ravnanja povzročitelja škode oz. se z njim ugotavlja krivdna oblika malomarnosti. Krivdna oz. subjektivna odgovornost (milejša oblika odgovornosti) je postavljena kot pravilo, objektivna odgovornost (strožja oblika odgovornosti) pa je vzpostavljena v primerih, če škoda nastane od stvari ali dejavnosti, iz katerih izvira večja škodna nevarnost za okolico ali če kakšen zakon to odgovornost izrecno predpisuje. Obligacijski zakon določa kot krivdni obliki **namen** in **malomarnost**, ju pa ne definira.

Zdravstveni delavci, ki so zaposleni v zdravstvenih ustanovah ali pri zasebnih zdravnikih, praviloma neposredno ne odgovarjajo za nastalo škodo. Za njihova ravnanja odgovarja njihov delodajalec. Odgovornost delodajalca je podana tako zaradi varstva oškodovanca kot tudi zaradi varstva delavca, saj bi stalna grožnja odškodninske odgovornosti preveč obremenjevala delavce pri njihovi vnemi in samoiniciativnosti.

Delavec je lahko neposredno odgovoren za nastalo škodo le v primerih, če jo je povzročil namenoma. Če je škodo povzročil že z milejšo stopnjo krivde, hudo malomarnostjo (ali namenom), je dolžan povrniti škodo tistemu, ki je izplačal odškodnino oškodovancu (regresni zahtevek v roku 6 mesecev od izplačila odškodnine).

Kot osrednje pravno vprašanje ostaja vprašanje kršitve dolžne skrbnosti. Zakon o zdravstveni dejavnosti v 47. členu opredeljuje »neustrezno zdravljenje«, ki dejansko pomeni napako v zdravljenju ali medicinsko napako. Ni mogoče postaviti splošnih pravil glede neustreznega zdravljenja, zato je potrebno to presojati od primera do primera. Ob ugotavljanju odškodninske odgovornosti pa je, kot rečeno, potrebno ugotoviti tudi subjektivno (krivdno) odgovornost.

Disciplinska odgovornost

Disciplinski prestopki sodijo v širši sklop kaznivih ravnanj. Mednje sodijo tudi prekrški (vsebuje jih tudi delovna zakonodaja) ter kazniva dejanja. Disciplinska odgovornost v organizaciji je instrument zavarovanja interesov delodajalca nasproti delavčevim nedopustnim ravnanjem. Enako pomemben je tudi nasprotni vidik, tj. urejanje disciplinske odgovornosti zaradi zavarovanja interesa delavcev pred zlorabo disciplinske oblasti delodajalca. Ta se lahko kaže v represivnih oz.

nedopustnih posegih v osebnostni, statusni in premoženjski položaj posameznega delavca.

Odgovornost pred organi stanovske organizacije

Zdravniški poklic pozna tudi odgovornost pred pristojnimi organi poklicne organizacije – zbornice, v katero se po sili zakona zdravniki obvezno združujejo. To združevanje ima enega svojih osnovnih razlogov v tem, da stan izvaja med drugim tudi določene javne funkcije. Podelitev (in odvzem) licence, vodenje javnega registra, podiplomsko usposabljanje in izobraževanje ter nadzorstveno preventijska funkcija (strokovni nadzor s svetovanjem).

Zmota in napaka

Pravni pojem zmote

Zmota je predstava o okoliščinah, ki ne ustrezajo resničnosti. Zmota je ravnanje (dejanje ali opustitev dejanja), ki temelji na prepričanju, ki ni v skladu s stvarnostjo ali v skladu z resničnim stanjem stvari (predmeta ali subjekta). Zmota je napačno prepričanje o obstoju kazenskopravne norme (pravna zmota), oz. zdravniške strokovne oz. znanstvene norme, ki kazenskopravno normo konkretizira (pravna zmota) ali pa o kakšnem zakonskem znaku posamezne inkriminacije (dejanska zmota v ožjem smislu) oz. o obstoju okoliščine, ki bi izključevala protipravnost ravnanja, če bi bila zares podana (dejanska zmota v širšem smislu).

Vrste zmot

- **Dejanska zmota** je zmota, ki se nanaša na zmotno predstavo ali prepričanje o najpomembnejši lastnosti predmeta.
- **Pravna zmota** se nanaša na napačno predstavo stvari zaradi nepoznavanja prava.
- **Sodna zmota** je npr. sodba na podlagi zmotne presoje dokazov in indicev.
- **Strokovna zmota** je napačna predstava o stanju stvari ali subjekta zaradi nepoznavanja **pravil stroke**.
- **Nepopravljiva** zmota je zmota, zaradi katere ni možna "restitutio ad integrum" (vrnitev v prejšnje stanje).

Dejanska zmota – 20. člen KZ (Kazenskega zakonika): »Ni kazensko odgovoren storilec, ki se ob storitvi kaznivega dejanja ni zavedal kakšnega njegovega z zakonom določenega znaka; ali je zmotno mislil, da so podane okoliščine, v katerih bi bilo to dejanje dopustno, če bi bile zares podane.«

Pravna zmota – 21. člen KZ: »Ni kazensko odgovoren storilec kaznivega dejanja, ki iz opravičenih razlogov ni vedel, da je to dejanje prepovedano. Če bi se storilec zmoti lahko izognil, se sme kaznovati mileje.«

Kdor ravna v zmoti, ki ne izhaja iz njegove malomarnosti ali površnosti, ni krivdno odgovoren (izključena protipravnost). Pri presoji o izključevanju protipravnosti zaradi zmote je potrebno upoštevati subjektivni element (zmota strokovne osebe se presoja strožje, kot zmota laika).

Pravni pojem napake

Napaka je ravnanje, ki ni v skladu z določenim pravilom (stroke) ali dogovorom. V kazenskem pravu se je za kršitev medicinske stroke kot temeljno izhodišče za nadaljnjo kazenskopravno opredelitev pravne odgovornosti dokaj enotno uveljavil termin zdravniške napake. To ni z zakonom določen termin, opredeljen pa je predvsem kot malomarno ali naklepno odstopanje od veljavne medicinske stroke, ki bi v okviru določene zapovedane ali prepovedane kazenskopravne norme utegnila tvoriti kazensko odgovornost storilca. Napačna diagnoza npr. ni vedno zdravniška napaka v kazenskopravnem smislu. Napaka je zgolj takrat, kadar je do nje prišlo s kršitvijo pravil stroke.

Vrste napak

- Stvarna napaka pomeni pomanjkljivost v kakovosti, količini, svojstvu, sestavi ali izboru stvari, ki zmanjšuje vrednost ali pomembnost stvari.
- Pravna napaka – na stvari ima tretja oseba kakšno pravico (stvar ali predmet je v najemu, predmet je zastavljen, nepremičnina je pod hipoteko ali prodana).
- Strokovna napaka je ravnanje v nasprotju s pravili stroke.

Prof. dr. Jože Balažic je opredelil pojma strokovne napake in strokovne zmote: »Strokovna napaka je pravno opredeljena kot dejanje zdravnika v očitnem nasprotju z dosežki medicinske znanosti na katerem koli področju medicine in ki ima elemente kaznivosti – malomarnost, neznanje, namernost. Strokovna zmota pa nastane takrat, kadar je zdravnik pri svojem delu ukrepal v skladu s svojimi pristojnostmi in s svojim najboljšim znanjem in vedenjem in bil prepričan, da je bila njegova odločitev pravilna, kljub temu pa je prišlo do neljubega dogodka ali celo do smrtnega izida.«

Zaradi poenostavitve stikov med dvema velikima, starima znanstvenima vejama, medicino in pravom, bi bilo koristno uskladiti kazenskopravno medicinsko terminologijo glede zdravniške napake iz storilčeve zmote. Različni pomeni istih besed v dveh strokah, ki ti dve besedi za obdolženca usodno redno uporabljata tudi

v kazenskih postopkih, so z vidika pravne varnosti prav zdravstvenih delavcev kot potencialnih obdolžencev nevarni.

Sklep

Če želimo ugotoviti, kaj se šteje za napako v zdravstvu, je treba škodni dogodek, ki je nastal v zdravstvu, opredeliti zelo natančno. Ugotoviti je potrebno vse okoliščine, v katerih je dogodek nastal, vlogo časa in kraja v zvezi z določenim dogodkom, vse okoliščine, ki so lahko igrale vlogo v zvezi z napako in izhajajo iz sfere zdravnika ali bolnika. Takšno spoznanje pomeni, da je treba zbrati zelo veliko število primerov zato, da postane očitno, v čem je napaka, nato pa je treba te primere analizirati predvsem z gledišča, ali je bilo mogoče napako preprečiti. Če pa je praksa pokazala potrebo po izjemah k pravilom, je treba k vsakemu pravilu obravnavati tudi utemeljene izjeme od tega pravila [10].

Literatura:

1. Strnad I. Civilno pravni vidiki odgovornosti v zdravstvu in prikaz sodne prakse s študijo primerov. In: *Odgovornost v zdravstvu*. Portorož: SECLI, 2002: 7.
2. Polajner – Pavčnik A. Vzročnost kot pravnovrednostni pojem. In: dopolni *Zbornik znanstvenih razprav*. 53. letnik, Ljubljana 1993; 114.
3. Sodba II Ips 506/98 z dne 26. 3. 1998 – povzeto iz (2).
4. Sodba II P 259/95 z dne 19. 2. 1998 – povzeto iz (2).
5. Strnad I. Pojasnilna dolžnost zdravnika v sodni praksi Republike Avstrije. In: dopolni *Medicina in pravo II*. Maribor 1994.
6. Sodba II Ips 306/95; Končina – Peternel, str. 79. dopolni
7. Korošec D. Napaka in zmeta v zdravstveni dejavnosti – kazensko pravni vidiki. In: dopolni *Odgovornost v zdravstvu*. Portorož: SECLI, 2002: 1-6.
8. Sodba P 788/95 z dne 18. 4. 2000. Strnad I. Civilno pravni vidiki odgovornosti v zdravstvu in prikaz sodne prakse s študijo primerov. In: dopolni *Odgovornost v zdravstvu*. Portorož: SECLI, 2002: 3.
9. Strbad G. Delovno in socialnopravni vidiki odgovornosti v zdravstvu. In: dopolni *Odgovornost v zdravstvu*. Portorož: SECLI, 2002: 10.
10. Cigoj S. Teoretična obravnava napak v zdravstvu. *Pravnik*. 1988; 43: 11-12.
11. A. Polajnar, D.W. Lukić: *Pravo in medicina*. Ljubljana: CZ, 1998

Pravni viri

1. Ustava (Uradni list RS, št. 33/91)
2. Helsinška deklaracija dopolni
3. Tokijska deklaracija dopolni
4. Kodeks medicinske deontologije (ISIS 1992, novela ISIS 1997)
5. Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/1999)

ZDRAVSTVENE NAPAKE

6. Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/1992, 26/1992, 13/1993, 45/1994, 37/1995, 8/1996, 59/1999, 90/1999, 98/1999, 36/2000)
7. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Uradni list RS, št.9-459/1992, RS 13-582/1993, RS 13-587/1993, RS 9-414/1996, RS 56-2652/1999, RS 99-4848/2001)
8. Obligacijski zakonik (83/01) dopolni
9. Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 63/94, 70/94, 23/99)
10. Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 14/1990, 5/1991, 10/1991, 17/1991, 29/1992, 13/1993, 71/1993, 2/1994, 71/1993, 19/1994, 38/1994, 29/1995, 12/1999, 101/1999)
11. Zakon o temeljnih pravicah iz delovnega razmerja (Uradni list SFRJ, št. 60/1989, 42/1990, Uradni list RS, št. 4/1991, 10/1991, 17/1991, 13/1993, 66/1993)
12. Zakon o javnih uslužbencih (Uradni list RS, št. 56/2002)

ZNAČILNOSTI ZDRAVSTVENIH NAPAK V DRUŽINSKI MEDICINI

Igor Švab

Errare humanum est!

Uvod

V trenutku, ko to pišem, se še predobro zavedam, da je med mojimi bolniki kar nekaj takih, ki trpijo zaradi napak, ki sem jih zagrešil. Na srečo je ogromna večina teh napak takih, da se njihovo zdravje ni bistveno poslabšalo, vendar je že sam občutek, da s svojim delom včasih povzročim bolnikom škodo ena izmed največjih stisk mojega poklica. Ravno tako se zavedam, da je med mojimi kolegi kar nekaj takih, ki so se zaradi tožb znašli v kolesju sodnega postopka, povsem nevajeni novih okoliščin in pravniškega razmišljanja. Marsikateri od teh postopkov bi bil lahko prihranjen, če bi se zdravniki na napake drugače odzivali, kot smo se navajeni. In marsikateremu od mojih bolnikov bi bila škoda za njihovo zdravje prihranjena, če bi vedel, kako ravnati ob zdravniški napaki.

Ta prispevek je napisan z mislijo na moje bolnike in kolege z upanjem, da bi jim bile tovrstne slabe izkušnje v čim večji meri prihranjene.

Ideal nezmotljivosti

Kljub temu, da se vsi deklarativno strinjamo s stališčem, da so zdravniki samo ljudje in da se je motiti človeško, pa se zdi, da za napake v medicini ni prostora. S tem, ko je družba zdravnikom dodelila nalogo skrbeti za zdravje ljudi in jim podelila visoko mesto v družbi (zdravniki so v vseh sistemih na vrhu lestvic priljubljenosti in ugleda), jim je podtaknila kukavičje jajce: cena visokega ugleda je zahteva po popolnosti. Če se pokaže, da te norme ne dosežemo, se pojavi poplava kritik in obtoževanj, ki je pogosto neutemeljena [1].

Resnica je seveda daleč od ideala nezmotljivosti. Napake, ki jih zagrešijo zdravniki, so pomemben vzrok obolevnosti in tudi umrljivosti [2, 3]. Več desetletij se je zdravništvo uspešno slepilo, da so napake nemogoče in na ta način preprečevalo resen pristop k problemu.

Na srečo se je v zadnjih desetletjih medicina začela z napakami soočati na konstruktiven način, ki obeta, da bo zdravniški poklic postal bolj varen tako za zdravnike kot za njihove bolnike. V zadnjem času so se uspele razviti metodologije, s katerimi uspešno preprečujemo napake in njihove posledice. Napake se gleda kot neizogibni del vsakega procesa in ne kot na nekaj, kar se nikakor ne more zgoditi.

Načini gledanja na zdravstveno napako

Problem človeške zmotljivosti lahko rešujemo na različne načine: preko posameznika in preko sistema. Vsak od teh sistemov ima svoj model, preko katerega poskuša pojasniti razloge za napake. Ta razdelitev je pomembna tudi s stališča medicine [4].

Osebna odgovornost

Dolgoletna tradicija zdravništva je, da se pri napaki osredotoča na napake same, oz. na dejanja, ki so bila povod zanje. Pod drobnogledom se tako znajdejo tisti, ki so napake neposredno zagrešili, zlasti zdravniki in sestre. Po tej miselnosti so napake posledica napačnega razmišljanja in človeških slabosti. Govori se o pozabljivosti, nepozornosti, slabi motivaciji, neodgovornosti. Tisti, ki napake ocenjujejo, gledajo nanje kot nujni rezultat moralne sprevrženosti zdravstvenih delavcev, ker izhajajo iz stališča, da se napake zgodijo slabim ljudem. Napaka se tako iz dogodka, ki se je pripetil posamezniku, spremeni v oceno njegove moralnosti in osebnosti. Zaradi tega so, razumljivo, tudi vsi ukrepi, ki se sprožijo kot odgovor na napako, usmerjeni v ljudi, ki so se jim napake pripetile. Sledijo disciplinski postopki, tožbe, odvzemi licence itd.

Tradicionalno gledanje na napake preko osebne odgovornosti ima nekaj nespornih praktičnih prednosti. Osredotočanje na posameznika je s čustvenega stališča bolj učinkovito kot takrat, ko se za težave obtožuje institucijo: točno vemo, kdo je kriv za tragični dogodek, v to osebo lahko projiciramo vsa naša negativna čustva. Osebna odgovornost se tudi sklada z idealom osebne svobode: ker so ljudje svobodni, morajo za svoje napake odgovarjati predvsem posamično. S pravnega stališča je osredotočanje na posameznika bistveno bolj preprosto kot osredotočanje na organizacijo.

Vztrajanje na osebni odgovornosti ima tudi precejšnje pomanjkljivosti. Resnici na ljubo je treba povedati, da večina napak ni posledica izključno človekove slabosti, ampak gre za splet okoliščin, ki so privedle do neželenega učinka. Primeri iz drugih panog (npr. letalstva [5]) govorijo o tem, da za 90 % napak ni mogoče najti jasnega krivca. Razen tega je pomembno, da napake, še tako majhne, sporočamo, če jih

hočemo preprečevati [6]. Če strogo vztrajamo na osebni odgovornosti, kar pospremimo s strogimi sankcijami, se bodo napake kljub temu dogajale, vendar se bodo pometale pod preprogo. Značilen primer kulture, kjer se napake niso sporočale, dokler ni bilo prepozno, je bila jedrska nesreča v Černobilu.

Sistemski pristop

Zaradi tega se je v novejših časih bolj razvil drug pristop, ki izhaja iz osnovnega stališča, da so ljudje zmotljivi, da je napake treba pričakovati, tudi v najboljših situacijah. Napake niso posledica delovanja enega samega dejavnika, ampak so praviloma multifaktorske, zaradi česar jih je treba obravnavati stalno in presoditi vse okoliščine, ki so privedle do neželenega učinka. Ukrepi se usmerjajo na to, da človeka ne moremo spremeniti, lahko pa spremenimo okoliščine, v katerih dela. Nekatere izmed teh okoliščin je moč spremeniti in tako vplivati na to, da bo napak manj. Tako se je razvil naslednji postopek soočanja z napako [7].

Priznati, da je do napake prišlo

Prva faza ukrepanja je, da priznamo, da je do napake prišlo. To lahko dosežemo le, če je okolje primerno, da tako sporočanje vzpodbuja.

Razjasnitev

Natančno je treba pojasniti vse okoliščine, ki so povezane z napako. Pomembno je, da kolega vzpodbudimo, da o napaki spregovori in da ne minimiziramo pomena napake. Postaviti je treba naslednja vprašanja:

- Kaj točno se je zgodilo?
- V čem je bila napaka?
- Kdo je bil še udeležen?
- Kako je prišlo do odločitve?
- Kakšne so bile težave in obremenitve?
- Okoliščine dela?
- Zakaj je prišlo do napake?

Sporočanje

Če se bolnik ali družina ne zavedata, da je do napake sploh prišlo, je treba preučiti, ali je to treba povedati. Najmanj etična dolžnost zdravnika je, da bolniku sporoči, da je do napake prišlo. Zanimivo pa je, da so bolniki praviloma izjemno prizanesljivi do zdravnika, ki prizna napako.

Odpravljanje posledic

Pregledati je treba, kaj je še možno narediti, da bi se posledice napake omilile.

Dolgoročni ukrepi

Na napako je treba gledati kot na vir informacij, ki nam bo omogočila, da dvignemo kakovost dela. Ukrepi so lahko s področja izobraževanja, spremembe v organizaciji dela, izboljšanje sporazumevanja itd.

Okoliščine dela v družinski medicini

Pomen poznavanja okoliščin dela v stroki je zato tudi s stališča preprečevanja napak zelo velik. Vsaka stroka ima namreč svoje posebnosti, ki jih je potrebno poznati, da v njihovi luči ocenjujemo napake oz. da jih znamo predvideti. Pred kratkim je Evropsko združenje zdravnikov družinske medicine izdalo definicijo, ki povzema značilnosti stroke in v luči te definicije je možno gledati tudi na zdravniške napake [8].

Značilnosti družinske medicine

- 1. Družinska medicina je praviloma prvi stik bolnika z zdravstvenim sistemom in zagotavlja prost in neomejen dostop do svojih uporabnikov. Ukvarja se z vsemi zdravstvenimi problemi, ne glede na spol, starost ali katerokoli drugo značilnost.*

To pomeni, da se srečujemo s celo vrsto najrazličnejših simptomov, težav in da je praktično nemogoče vse obvladati. Zahtevnosti, ki jo pred nas postavlja ta značilnost, je velika in iz te značilnosti izvira cela vrsta napak. Najpogostejša je ta, da se soočimo s problemom, na katerega nismo pripravljene, za katerega nimamo dovolj znanja. Kljub temu, da je večina našega dela usmerjena v najpogostejše težave, se med njimi najde tudi precej takih, na katere ne znamo ustrezno reagirati.

Način reševanja tega problema je v vzpostavitvi standardov za delo v družinski medicini. V preteklosti se je razvil še eden način: ožjenje dela družinske medicine. Tudi zaradi zatekanja v varnost so se začele razvijati posebne, v posamezno bolezen ali starostno skupino usmerjene ambulante, ki so na ta način omejile spekter problemov, s katerimi so se srečevale. Tak način organizacije ima celo vrsto drugih resnih problemov in ni priporočljiv.

- 2. Zagotavlja ustrezno uporabo sredstev preko koordinacije zdravstvene oskrbe, sodelovanja z drugimi strokovnjaki v osnovni zdravstveni dejavnosti in*

sodelovanja z drugimi specialnostmi. Ob tem po potrebi zastopa svojega bolnika.

Koordinacijska vloga je ena najpomembnejših značilnosti dela v družinski medicini, saj zagotavlja ustrezno izrabo sredstev in ustrezno pošiljanje bolnika na specialistično raven, kadar je to potrebno. Značilna napaka, ki jo lahko povežemo s to značilnostjo, je neustrezna napotitev bolnika, ki lahko zaradi tega utrpi resne posledice. Tako se lahko dogodi, da bolnika, pri katerem smo tudi postavili ustrezno diagnozo, pošljemo k neustreznemu specialistu ali pa je bila napotitev drugače neustrezna. Sem sodijo vse napake, povezane z nepotrebim dolgotrajnim diagnosticiranjem bolezni, ki terja takojšnjo obravnavo na specialistični ravni, pa tudi nepotrebno pošiljanje h kliničnim specialistom.

3. Zagotavlja osebni stik z bolnikom, usmerjen v posameznika, njegovo družino in okolje.

Družinska medicina se primarno ukvarja z ljudmi in njihovimi težavami in ne vedno izključno s klinično patologijo in kliničnimi problemi. S tega stališča je napaka zdravnika, če se v svojem obravnavanju bolnika osredotoči samo na klinični vidik bolezni, spregleda pa vse ostale (npr. ob mrliškem ogledu spregleda depresivnost ostalih članov družine; ob bolezni, ki jo zdravi, spregleda težave v medosebnih odnosih, ki so zaradi bolezni nastale in so pogosto resnejše od kliničnega vidika).

4. Ima edinstven način sporazumevanja, ki omogoča vzpostavitev dolgotrajnega odnosa.

Razumljivo je, da mora biti dober zdravnik družinske medicine več sporazumevanja z bolnikom in vzpostavljanja ustreznega partnerstva. Gre za zelo zahtevno nalogo, ki je verjetno nikoli ne bomo mogli uspešno izvesti. Vedno bodo obstajali bolniki, s katerimi ne bomo uspeli vzpostaviti stika, bolniki, ki se jim bomo zamerili. V vsakodnevnem delu v ambulanti spregledamo iztočnice v pogovoru, zaradi česar nas potem zanese v napačno smer. Gre verjetno za najpogostejše napake v družinski medicini sploh, od katerih večina mine brez resnih posledic, čeprav tudi te niso izjema (npr. po telefonu napačno ocenimo resnost bolezni, preslišimo ključen podatek v anamnezi, zaradi katerega spregledamo resno stanje itd.). Reševanje tega problema je učenje sporazumevanja, za kar obstaja več uspešnih metod, izdelava protokolov za jemanje anamneze v akutni stanjih itd.

5. Je odgovorna za vzpostavitev kontinuirane zdravstvene oskrbe glede na bolnikove potrebe.

Zdravnik družinske medicine bi moral biti sposoben zagotoviti kontinuiteto oskrbe. Gre za zahtevo, ki je ne smemo razumeti kot zahteve po 24-urni prisotnosti, ampak kot dolgotrajno odgovornost do bolnika. Zdravnik mora zagotoviti ustrezen nabor podatkov, s pomočjo katerih omogoči dolgoročno spremljanje bolnika tudi, če je sam odsoten.

Značilna napaka s tega področja so neustrezni zdravstveni kartoni, iz katerih se nadomestni zdravnik ne znajde.

6. *Ima specifičen način odločanja, na katerega vplivata pojavnost in pogostost bolezni v skupnosti.*

Pojavnost in pogostost bolezni sta v družinski medicini bistveno drugačni od tistih na specialistični ravni. Delujemo v okolju, kjer je verjetnost resne bolezni bistveno manjša, zaradi česar moramo po eni strani paziti, da bolnikov po nepotrebem ne strašimo in iz njih delamo bolnikov, po drugi strani pa na to, da kljub temu odkrijemo tiste redke primere resnih bolezni in stanj. Nekatere izmed teh bolezni zdravnik sreča samo enkrat v svoji strokovni karieri ali pa sploh ne. Prav tu prihaja do največjega nerazumevanja s specialistično ravni, ki dela na drugačen način.

7. *Istočasno vodi tako akutne kot kronične bolezni.*

Večina bolnikov, s katerimi se srečujemo, ima več bolezni, ki jih moramo vse znati opredeliti in določiti njihovo pomembnost. Pogosto se nam bo dogajalo, da bomo nekatere bolezni zdravili bolj agresivno kot druge, že samo zato, da bomo preprečili težave, ki nastanejo zaradi jemanja prevelike količine različnih zdravil. Značilne napake s tega področja niso tako redke: pri bolniku vzamemo kot prioriteto tisto bolezen, ki nam jo je najbolj prikladno voditi (npr. arterijsko hipertenzijo) in se ne ukvarjamo s tisto, ki bolnika bolj ogroža, pa se z njo nismo pripravljene soočiti (npr. depresija, shizofrenija).

8. *Sooča se z boleznimi v nediferencirani obliki in v zgodnji fazi, ki lahko zahtevajo urgentno intervencijo.*

Pri našem delu se soočamo s problemi v zgodnejši fazi, ko klinična slika ni povsem jasno izražena in je diagnozo težje postaviti. Zaradi tega je pomembno, da upoštevamo tudi časovno dinamiko in da znamo opredeljevati bolezen v začetni fazi. Značilen primer tovrstne napake je spregledanje diagnoze akutnega vnetja slepiča pri bolniku v prodromalni fazi, spregledanje meningitisa ipd.

9. *Pospešuje zdravje in dobrobit svojih bolnikov s pomočjo ustreznih intervencij.*

Ta značilnost pomeni, da se moramo osredotočiti na tiste ukrepe, ki so učinkoviti. Žal pogosto delamo ravno nasprotno: zaradi svojega velikega znanja bolniku trosimo celo vrsto nasvetov, med katerimi je cela vrsta takih, ki nimajo prave znanstvene osnove. Ta zahteva do zdravnika pomeni, da mora vztrajati predvsem pri tistih metodah, ki so dokazano koristne. Žal je medicina polna nekoristnih postopkov. Med napake s tega področja seveda sodi tudi uporaba nepreverjenih metod alternativne medicine.

10. Ima specifično odgovornost do zdravja v skupnosti.

Odgovornost zdravnika do bolnika in do skupnosti je, da se ukvarja s problemi v širšem kontekstu in da v svojem ravnanju upošteva tudi interese širše skupnosti. Včasih prihaja med interesi družbe in posameznika do tenzij, ki jih je težko razrešiti. Značilne napake s tega področja so povezane, npr. z neustreznim odrejanjem bolniškega staleža ali z neprijavljanjem bolezni ali nasilja v družini.

11. Se ukvarja s problemi, ki se predstavijo v svoji telesni, duševni, socialni kulturni in eksistenčni dimenziji.

Naloga je težka: istočasno obravnavati vse naštete dimenzije človekove osebnosti in jim dati ustrezno težo. Pri vsakem od naših bolnikov je ravnovesje drugačno in težava, kako ustrezno ukrepati je velika. Čeprav iz tega področja ne izhajajo velike zdravniške napake, pa je ustrezno obravnavanje ob upoštevanju te značilnosti družinske medicine izredno pomembno.

Skupne značilnosti

Analiza značilnosti družinske medicine pokaže na nekatere značilnosti napak v tej stroki:

Pogostnost napak

Napake v družinski medicini so pogoste. Čeprav pravih podatkov in analiz s tega področja ni, pa lahko trdimo, da se dogajajo vsakodnevno.

Resnost napak

Na srečo lahko sklepamo, da so napake kljub njihovi resnosti take, da največkrat ne puščajo resnih posledic. Ravno zaradi njihove majhne resnosti pa se nam še prerado zgodi, da jih ali spregledamo ali pa začnemo banalizirati, kar je ena največjih pasti tega področja.

Raziskanost

V obstoječi strokovni literaturi je relativno veliko člankov s področja napak v medicini, raziskav, s pomočjo katerih pa bi poskusili osvetliti specifičnosti napak v družinski medicini, pa je relativno malo. Tako razen anekdotičnih poročil in splošnih izhodišč nimamo na voljo dovolj podatkov, s katerimi bi izboljšali stanje na tem področju.

Sklep

Zaradi specifičnosti, ki so posledica stroke, je prav družinska medicina eno izmed tistih področij, kjer je moč z ustrezno vzpostavitvijo sistema nadzora kakovosti izboljšati kakovost dela. Zdravniške napake je treba sprejeti kot vsakdanje spremljevalke našega dela in vir dragocenih izkušenj, s pomočjo katerih bomo zagotovili našim bolnikom in nam samim večjo varnost. Način, kjer je reševanje napak usmerjeno samo v disciplinske ukrepe zoper posameznega zdravnika, ne da bi napake uporabili kot metodo za dvig kakovosti zdravstvene oskrbe, je zanesljiva metoda, s pomočjo katere bomo še naprej zapletali situacijo [9, 10].

Literatura

1. Anonymous. Medical Error: the second victim. *Student BMJ 2000*; 8: 133-4.
2. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ 2000*; 320: 774-7.
3. Alberti KGMM. Medical errors: a common problem. *BMJ 2001*; 322: 501-2.
4. Reason J. Human error: models and management. *BMJ 2000*; 320: 768-70.
5. Helmreich RL. On error management: lessons from aviation. *BMJ 2000*; 320: 781-5.
6. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ 2000*; 320: 759-63.
7. Vincent C, Taylor-Adams S, Chapman EJ, Hewett D, Prior S, Strange P et al. How to investigate and analyse clinical incidents: Clinical Risk Unit and Association of Litigation and Risk Management protocol. *BMJ 2000*; 320: 777-81.
8. Allen J, Gay B, Crebolder HFJM, Heyrman J, Švab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *British Journal of General Practice 2002*; 52: 526-7.
9. Pietro DA, Shyavitz LJ, Smith RA, Auerbach BS. Detecting and reporting medical errors: why the dilemma? *BMJ 2000*; 320: 794-6.
10. Reinertsen JL. Let's talk about error. *BMJ 2000*; 321: 730.

ČLOVEŠKI DEJAVNIK PRI NAPAKAH

Janko Kersnik

*»The essence of knowledge is, having it, to apply it;
not having it, to confess your ignorance.«
[Confucius]«*

Uvod

Različni odkloni od pričakovane izvedbe postopkov so vsakdanja spremljevalka našega dela. Večina jih poteka neopaženih, saj ne povzročajo zaznavne škode ali pa se uporabnik z njimi sprizna. Prikrite napake najpomembneje vplivajo na človekov delež pri nastanku vseh drugih. Če ostanejo neopažene, postanejo nekako del »normalnega« postopka in jih nadzorni pozornostni sistem (človeka ali operacijskega sistema) ne zaznava kot nekaj slabega. V kombinaciji z banalnimi razliki ali odstopanji pa prikrita napaka lahko privede do zelo neugodnega izida [1]. Vzroki za napake so v 80 % lastnost sistema – organizacije dela in le 20 % jih povzroča človeški dejavnik. Kljub temu je pomembno poznati nekatere osnovne razloge in mehanizme, ki privedejo do človeške napake.

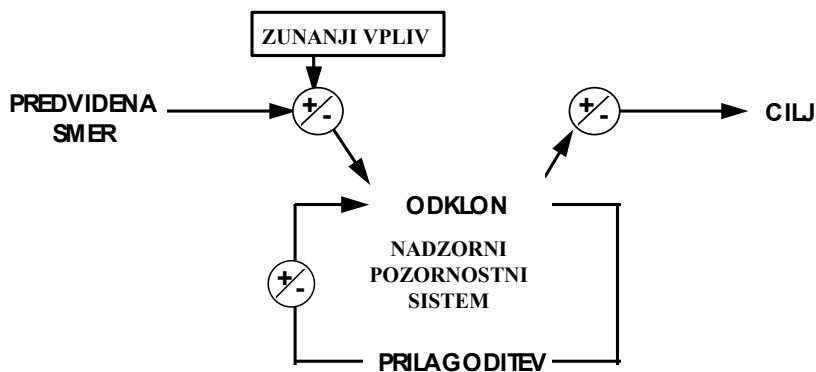
Zdravnikovo delo je povezano s stalnim odločanjem med različnimi možnostmi, ki vse ponujajo približno enake izide [2]. Dogajanje pogosto poteka v posebnih okoliščinah: pod pritiskom pomanjkanja časa in nezadostnih podatkov o dejanskem bolnikovem stanju, kjer ni dostopa do dodatnih znanj, veščin ali opreme, in pod velikim etičnim pritiskom. Večina odstopanj pri zdravnikovem delu nastane zaradi odklonov v duševnem delovanju [1]. Kljub temu, da je zdravnikovo delo navzven enovit proces, bi njegov vpliv na odstopanja pri oskrbi v grobem lahko razdelili na tiste, ki nastanejo zaradi njegovih človeških lastnosti – predvsem psihofizičnih – in na tiste, ki so posledice njegovega odločanja.

Dejavniki tveganja za odstopanja

Duševni in miselni procesi

Duševni procesi so zapleteni in dostopni predvsem prek svojih pojavnih oblik. Lahko potekajo v obliki **avtomatizmov** (shematičnih nadzornih sistemov) ali **sintetičnega mišljenja** [1, 2].

Zelo veliko duševnih procesov poteka kot avtomatizmi, ki zahtevajo malo zavestne pozornosti in miselnega navora, zato so hitri in učinkoviti [1]. Naše učenje je namenjeno prav utrjevanju čim večjega dela naših opravil, dokler ne postanejo čim bolj avtomatični. V celostne vedenjske vzorce se sproti vtkejo podatki, ki omogočajo izvedbo določenega opravila. Kljub temu potekajo brez posebnega zavestnega navora. Avtomatizme uravnavajo, usmerjajo in nadzirajo duševni procesi, ki bi jih lahko imenovali nadzorni pozornostni sistem (slika 1). Določen postopek si lahko predstavljamo kot zasledovanje predvidene smeri, na katero učinkujejo zunanji vplivi, ki povzročijo odklon od te smeri, in jih nadzorni pozornostni sistem vrača v prvotno smer. Vsak odklon spremlja povratna zanka, ki uravnava začrtano pot.



Slika 1. Nadzorni pozornostni sistem zazna odklon od predvidene smeri, ki jo povzroči zunanji vpliv in nas vrne nazaj v predvideno smer [4]. Če nadzorni pozornostni sistem ne uspe korigirati odklona, namesto pričakovanega izida dobimo odstopanje.

Nadzorni pozornostni sistem deluje na ravni polnega zavedanja, zato je v primerjavi z avtomatizmi počasen, logičen, zahteva dodatni napor in je utrudljiv. »Vključen« je ves čas, vendar pride do izraza predvsem takrat,

- ko se nenadno spremenijo poprej utirjene zunanje razmere,
- ko odpovedujejo avtomatizmi ali so zaradi drugačnih okoliščin neustrezni,
- ko je človek izpostavljen novim razmeram ali novim drugačnim problemom,
- ko je potrebna analitična presoja nove situacije ali obsežnega vskladiščenega znanja in izkušenj.

Na nadzorni pozornostni sistem vplivajo izjemno zapleteni procesi, ki jih imenujemo »sintetično mišljenje«. Proces, ki so podlaga sintetičnemu mišljenju, potekajo na treh ravneh in jih lahko razdelimo na uporabo veščin, pravil in izkustva [1].

Veščine so miselni in dejavnostni vzorci, ki temeljijo na vskladiščenih vzorcih (programih). Včasih ne potekajo v celoti na ravni zavestnosti in se približujejo avtomatizmom. Vsak odklon od smeri (rutine) vključi najprej odgovor na ravni veščin.

Pravilo je miselni način reševanja problemov po preprostih vskladiščenih vzorcih (npr. če ima bolnik vročino, ima infekcijo). Ljudje smo pri reševanju problemov bolj nagnjeni k iskanju »pravil« kot nekakšni obliki pripravljenih receptov, kot k napornemu iskanju rešitev z uporabo svojega izkustva.

Izkustvo temelji na sintetičnem mišljenju, ki vključuje pretekle izkušnje, spoznanja in znanje v obliki teorije ter služi za analizo novosti. Od človeka zahteva dodatni napor, zato vse naše učenje stremi za utrditvijo izkustva do ravni pravila ali veščine. Z leti izkušenj naraste število shematičnih oblik mišljenja (veščine in pravila).

Odločanje

Odločanje (sprejemanje odločitev) je proces, v katerem oseba z razmišljanjem doseže stanje, ko hoče nekaj narediti [3]. Poteka lahko **intuitivno** (avtomatizmi), **analitično** (izkustvo) ali **rutinsko** (veščine in pravila). Odločanje v medicini je procesno in povezano z velikim številom informacij in sodelavcev [1, 2].

Dodatno tveganje za zmotne odločitve prispeva velika razpršenost kazuistike v medicini. Človek laže rešuje probleme, s katerimi se srečuje pogosteje, kot tiste, ki se redko pojavljajo. Pri slednjih sta dve skrajnosti, obe z neugodnimi posledicami. Redko diagnozo zdravnik kaj lahko izpusti iz seznama delovnih diagnoz. Če na določeno stanje ne pomislimo, ga bomo tudi težko odkrili, oziroma bomo potrebovali več časa, več preiskav in pregledov, da bi ga odkrili. Zamuda praviloma povečuje škodljivost in lahko povzroči nepopravljivo škodo. Na drugi strani pa redkost določenih stanj onemogoča pridobivanje veščin za njihovo obravnavo.

V medicini naj bi se praviloma odločali na podlagi verjetnosti. Splošna verjetnost pojava je, ali neskončni niz pogostnosti pojavljanja ali subjektivno merilo gotovosti, da se bo zgodil (subjektivni pristop) [3]. Sloni na pretekli izkušnji drugih bolnikov in drugih izvajalcev z enakimi znaki, občutji, stanji, boleznijo ali zdravljenjem. Verjetnost je pri odločanju merilo, kako močno je zdravnikovo prepričanje, da gre pri bolniku za eno (določeno) izmed alternativnih možnosti.

Zunanji dejavniki

Na odločanje vplivajo tako zaznavni duševni procesi kot tudi bolnikove lastnosti in delovni pogoji. Slednji pri izvajalcu povzročajo **fiziološke** (utrujenost, zaspanost), **patofiziološke** (psihoaktivne snovi, bolezni), **psihološke** (preusmeritev pozornosti, interesni odmik, preobremenjenost s preobilico »različnih misli«), **čustvene** (tesnoba, strah, dolgočasje, depresivnost, razburjenost, jeza) in **duševne** spremembe (frustracije, stres, medosebni konflikti, preobremenjenost, nadurno delo) [1]. Vodijo do »prezasedenosti« miselnih procesov, kar odvrta pozornost in prispeva k pogostejšim pogreškom.

Na odločanje po pravilih ali izkustvu poleg naštetih dejavnikov lahko vpliva tudi pritisk okoliščin – stres. Vpliv stresa na človekov pozornostni sistem ni vedno samo slab, saj najbolje deluje prav ob zmerni prisotnosti napetosti, tesnobe ali strahu zaradi nalog, ki jih opravlja [1]. Delovanje je slabše na obeh skrajnostih: ko se zaradi enoličnosti opravila človek dolgočasi ali ko ga zaradi izjemnosti okoliščin grabi panika. V stresni situaciji pride do prevaranja pozornosti ali do regresivnega ukrepanja. V nujnem stanju se panično oklenemo prve rešitve, ki nam pride na misel, in pri tem nismo sposobni upoštevati drugih. Naša pozornost je prevarana, ujeta v miselni tok. Podobno v stresnih okoliščinah regres povzroči, da se ne moremo spomniti sveže pridobljenih vzorcev vedenja in ukrepamo po starejših, bolj domačih, čeprav v danih okoliščinah neustreznih. V stresnih razmerah je zaradi panike rušilno tudi brezglavo ukrepanje. Ljudje naredijo karkoli, samo da nekaj storijo. Le od naključja je odvisno, ali sta bila njihova odločitev in ukrepanje ustrezna ali ne.

Oblike odstopanj

Odstopanja od pričakovane smeri lahko nastanejo na katerikoli ravni sintetičnega mišljenja. Odstopanja od veččin so **pogreški**, od pravil in izkustev pa **zmote** [1].

Pogreški

Pogreški se pojavijo ob odklonu iz predvidene smeri, medtem ko nadzorni pozornostni sistem ni dovolj buden [1]. Nastajajo zaradi napake pri spremljanju duševnih procesov. Pogreške lahko pojasnimo z različnimi mehanizmi:

- Pogrešek zaradi ujetosti v utečene vzorce nastane pri reševanju manj pogostnega problema, ko prevlada vzorec, ki ga uporabljamo pri reševanju podobnega pogostnejšega problema.
- Če opravimo pravilen postopek na napačnem predmetu (osebi), gre za pogrešek zaradi napačnega opisa.

- Pogrešek zaradi asociativne aktivacije nastane zaradi asociacije ob enakem ali podobnem dražljaju.
- Začasna izguba spomina za sveži dogodek oziroma načrtovani ukrep, ki najpogosteje nastane zaradi prekinitve pozornosti z drugim dražljajem, povzroči pogrešek zaradi izgube asociativne aktivacije.

Zmote pri rabi pravil

Zmota pri rabi pravil nastane zaradi napačne uporabe znanja med odločanjem, ker smo izbrali napačno pravilo [1]. To se lahko zgodi zaradi napačne presoje situacije, kar vodi v uporabo neustreznega pravila, ali neustrezne izbire pravila. Slednje se dogaja, kadar uporabimo močnejše oziroma pogosteje uporabljano pravilo, ki navidezno ustreza.

Zmote pri izkustvenem odločanju

Ker je odločanje na podlagi izkustva veliko bolj celostno kot prejšnji obliki, so tudi zmote zapletenejše in težje razložljive. Pri odločanju si pomagamo s primerjanjem posameznih prvin problema s preteklim izkustvom in na tej podlagi uporabimo določeno veččino ali pravilo. Do zmot prihaja predvsem v novih situacijah, za katere izvajalec še nima programirane veččine niti pravila. Zmote zato nastajajo na eni strani zaradi pomanjkanja izkušenj, znanja in trenutne nesposobnosti, da bi ustrezno uporabili razpoložljivo izkustvo, in na drugi strani zaradi napačne ocene predstavljenega problema. Določene lastnosti mišljenja spreminjajo primerjanje takšnih prvin in vodijo v odklone in posledično v zmote, odstopanja in napake [1]:

- *Pristranskost spomina.* Odločamo se na podlagi podatkov v našem spominu, ki je nagnjen k njihovemu posploševanju in urejanju v določene vzorce, za katere domnevamo, da so splošno uporabni, saj so se večinoma obnesli. Vidimo tisto, kar vemo. Spomin je hkrati nagnjen tudi k poudarjanju izjem, ki jim posvečamo večjo pozornost, kot bi jo glede na verjetnost lahko zaslužile.
- *Razpoložljivost miselnega vzorca.* Če se znajdemo v spremenjenem okolju, namesto vzorca, primerne situaciji, uporabimo miselne vzorce, ki smo si jih pridobili v drugačnih razmerah.
- *Pristranost hitre odločitve.* V tem primeru gre za 'prehitro' ukrepanje. V stikih z bolniki se pogosto na podlagi nepopolnih podatkov mnogo prehitro zatečemo k prvi hipotezi, ki jo imamo pri roki [1].
- *Pretirano zaupanje v eno izmed možnosti.* V določenih okoliščinah je zdravnik prepričan v veljavnost odločitve in sprejema samo podatke, ki potrjujejo njegovo odločitev.

Preprečevanje napak, ki jim botruje človeški dejavnik

Za uspešno preprečevanje napak je treba nujno preoblikovati obstoječo organizacijo v zdravstvenih ustanovah in vzpostaviti sistem kakovosti, katerega del sta pritožni sistem za bolnike in zbiranje predlogov, pobud in izjemnih dogodkov (odklonov zaposlenih ter njihova analiza) [5]. Pri preprečevanju napak si lahko pomagamo z naslednjimi ukrepi [1]:

- manjše zanašanje na človeški spomin,
- večja uporaba in dostopnost do informacij,
- standardizacija delovnih postopkov,
- izobraževanje zaposlenih,
- odkrivanje najboljših,
- odkrivanje napak.

Sklep

Čeprav pri različnih odstopanjih (napakah) prevladuje vpliv sistema, ni zanemarljiv niti človekov delež. Okoliščine in duševni procesi, ki vodijo do odstopanj, so še slabo raziskani, vendar tisto, kar o njih že vemo, lahko pomaga pri oceni vzročne povezanosti med našimi dejanji in posledicami.

Literatura

1. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*, 1994; 272: 1851-7.
2. Lokar J. Človeški viri: Škodljivosti in napake v zdravstvu. Ljubljana: Gea College, 1995.
3. Friedland DJ, editor. *Evidence-based medicine*. A framework for clinical practice. Stamford: Appleton & Lange, 1998: 263.
4. Kersnik J. Koristi in škodljivosti zdravstvenih ukrepov kot merilo učinkovitosti zdravstvene oskrbe. *Zdrav Vestn*, 1999; 68: 287-90.
5. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998: 308.

ORGANIZACIJSKI DEJAVNIKI NAPAK

Janko Kersnik

*»Events of importance are the result of trivial causes.«
[Julius Caesar]*

Uvod

Neželeni izidi zdravstvene oskrbe so bolj pogosto posledica slabosti v organizaciji dela določene zdravstvene ustanove kot pa zgolj posledica napačnega ravnanja posameznika [1]. Kompleksne zdravstvene ustanove sicer nudijo pogoje, ki presegajo možnosti posameznika, a vnašajo dodatne možnosti za različke pri delu, ki botrujejo odstopanjem od pričakovane kakovosti. Lastnosti zdravstvene ustanove, ki prispevajo k njeni večji zanesljivosti so ustrezna izbira in usposabljanje osebja, zadostne količine ustrezne opreme in drugega materiala, vzgajanje sodelavcev v kolegialnosti in stalnem dogovarjanju znotraj formalne razdelitve odgovornosti in podpiranje ozračja sodelovanja in predanost kakovostnemu delu [1]. Na drugi strani pa se v organizacijah, kjer je prišlo do večjih tragedij, kaže skupek ogrožajočih elementov, ki te organizacije naredijo bolj dovzetne za neželene dogodke. Take organizacije so zbirokratizirane, nimajo navade seznanjati svojih zaposlenih s svojimi cilji in izsledki, imajo nizko raven komuniciranja med zaposlenimi, centralizirano odločanje, delujejo zaprto, togo in za neugodne izide navadno zvalijo krivdo na posameznikovo nesposobnost [2]. Nekateri to poimenujejo sindrom ranljive organizacije (angl. vulnerable system syndrome) [3]. Seveda jim mora pri pojavu neželenih izidov pomagati tudi naključje, da pride do situacij, ko dotlej latentna odstopanja postanejo aktivna in povzročijo občutljivo škodo. V tem poglavju se bom dotaknil splošnih dejavnikov kompleksnih organizacij, ki lahko pripomorejo do neugodnih izidov. Še posebej pa se bom dotaknil problemov ranljive organizacije. Lastnosti kompleksnih organizacij, ki lahko negativno vplivajo na varnost zdravstvenih ustanov, so: okolje, kjer zdravstvena ustanova deluje (ekonomski pritiski okolja in zahteve družbe), organizacijska struktura (kompleksnost organizacije, način delitve dela, stopnja centralizacije odločanja), procesi v organizaciji (neformalna organizacijska struktura, kdo ima v organizaciji moč, usposabljanje zaposlenih), način izvajanja nalog (napetosti med stanovi, velika razpršenost odločanja, medicinska tehnologija, usposobljenost zaposlenih) in nadomeščanje pravih ciljev z uspešnostjo poslovanja [1].

Neugodni dejavniki kompleksnih organizacij

Kompleksnost organizacije zdravstvenih ustanov se kaže v velikem številu zaposlenih, oddelkov in služb, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom. Pogosto jih je nemogoče poimensko identificirati. V današnjem času se uporablja vedno zahtevnejša tehnologija in postopki, za kar je potrebna visoka usposobljenost. Mnogi postopki še niso formalno zapisani v obliki delovnih protokolov ali opisov kliničnih poti. Formalna pota izmenjave informacij so otežena in pogosto nezadostna. Pri neformalni komunikaciji pa se zaposleni srečujejo s številnimi ovirami. Prisotne so zlasti ovire v komuniciranju med poklicnimi skupinami pa tudi med socialnimi skupinami. Posamezni delavci se utapljujejo v anonimnem morju zdravstvene ustanove. Vodilni malokdaj posvečajo pozornost njihovim uspehom in njihovi poklicni karieri. Varnosti in odkrivanju izjemnih dogodkov se v marsikateri zdravstveni ustanovi ne posveča posebne pozornosti.

Delitev dela

Delitev dela je pomembna pridobitev zdravstvene ustanove, saj omogoča, da bolnik dobi vso specializirano strokovno pomoč, ki je ni moč združiti v eni osebi. Hkrati pa predstavlja enega virov zdravstvenih napak, ker med vsemi izvajalci zahteva učinkovito in stalno komunikacijo, ki pogosto ni dosežena. **Komunikacija** mora potekati naprej in nazaj med njimi. Hkrati morajo biti vsi seznanjeni z vsebino sporočil bolniku, ne glede na to, kdo jih je posredoval.

Poleg komunikacije je potrebna tudi učinkovita **koordinacija** med različnimi izvajalci, oddelki, službami in zavodi v realnem času, pogosto v časovni stiski. To zahteva izjemno dobro **sodelovanje** in skupno vodenje problemsko usmerjene medicinske dokumentacije, ki mora biti vedno dostopna vsem izvajalcem.

Večina zaposlenih je specialno izobraženih, njihovo izobraževanje poteka ločeno, o medsebojnem sporazumevanju se ne naučijo skoraj ničesar, pogosto imajo ločene sestanke in le bežna neformalna srečanja, kar vodi v t.i. **strukturne skrivnosti**. Njihove lastnosti so [1]:

- Informacije in poznavanje določene klinične poti bodo vedno delne in površne.
- Možnost napačnih potez se poveča, ko informacije ali naloge preidejo mejo med strokami.
- Razpršeni podatki o ukrepih zmanjšujejo možnost odkriti in omiliti ali preprečiti ukrepe, ki odstopajo od standardov in pričakovanega načina dela.

Ker noben posameznik ali skupina, ki se ukvarja z bolnikom, ne ve vsega, kar se z bolnikom dogaja, morajo biti v organizaciji **poti komuniciranja** med njimi formalno zelo dobro urejene. To govori v prid zapisa kliničnih poti in po možnosti

njihove čim večje poenostavitve. Manj ljudi se ukvarja z bolnikom, bolj enostavna je izmenjava informacij. Potrebna je standardizacija čim več postopkov, organizacije enot in oddelkov ter njihove opreme. Analiza izjemnih dogodkov (angl. near misses, mishaps) pokaže mesta v postopku oskrbe bolnika na določeni klinični poti, ki jih je potrebno poenostaviti in/ali narediti bolj varna.

Stanovske ovire sporazumevanja

Kljub znatnemu razkroju hierarhičnih odnosov v našem zdravstvu, se zaposleni neformalno še vedno družijo znotraj ožjih poklicnih skupin, pogosto tudi glede na svoje demografske in druge lastnosti. Strokovne pogovore le redko razširijo preko meja svojih ožjih socialnih skupin. Nekateri lahko na ta način postanejo **izolirani** pri neformalni izmenjavi mnenj. V družinski medicini se tako prostorski osamljenosti pridruži še odrinjenost mlajših ali starejših kolegov, zlasti v manjših, sicer zelo kohezivnih kolektivih, kar ima lahko katastrofalne posledice. Pomembno je gojiti tudi **zavest delovne skupine** in medsebojno dopolnjevanje medicinske sestre in zdravnika. Štiri oči vidijo več kot le dvoje. Uteči je treba tudi načine **poročanja o opaženih nepravilnosti**, da to ne ruši delovnega ritma ali ugleda enega ali drugega. V vsakdanjih razmerah se lahko zgodi, da skuša izkušena medicinska sestra svetovati zdravniku začetniku, pa je le-ta ne vzame resno ali jo odslovi z razlago, da je tako ali tako on odgovoren za svoje bolnike. Medicinska sestra v prihodnje take dobronamerne poskuse lahko opusti, kar v spletu okoliščin in zdravnikovega neustreznega ukrepa lahko privede do neugodnega izida.

Razpršenost odločanja in odgovornosti

Kakor je enostavna v Sloveniji splošno sprejeta maksima, da je za vse, kar se dogaja z bolnikom, odgovoren zdravnik, je hkrati nevarna podlaga za zdravstvene napake. Ne samo zato, ker zamegljuje bistvo stvari pri zdravstveni oskrbi bolnikov, kjer pride v stik s posameznim bolnikom nešteto zdravstvenih delavcev v različnem zaporedju in ponovitvah, temveč tudi zato, ker onemogoča načrtovanje in evidentiranje dela v obliki kliničnih poti (angl. clinical pathways). **Fragmentirana oskrba** v obliki posameznih ukrepov tako ostane nepregledna in podlaga za možne zaplete. Tudi z naknadnimi analizami je zelo težko identificirati vse, ki so sodelovali pri obravnavi bolnika.

V družinski medicini v glavnem sodelujeta zdravnik in medicinska sestra. Oba se morata počutiti del ekipe, v nasprotnem primeru je njuno delo bolj jalovo. **Duh delovne skupine** je zato potrebno skrbno negovati, saj so skupni uspehi večji, kot bi bili, če bi se vsak zavzemal za lastne cilje. Priznavanje vsakomur njegov prispevek k skupnim rezultatom poveča motivacijo za delo in posameznika ohrabri, da čim prej

poroča o opaženih izjemnih dogodkih ostalim v delovni skupini. Kdor se ne počuti sprejetega v delovni skupini, bo pogosteje stal ob strani in prepuščal odločitve ter delo drugim.

Nadomestni cilji

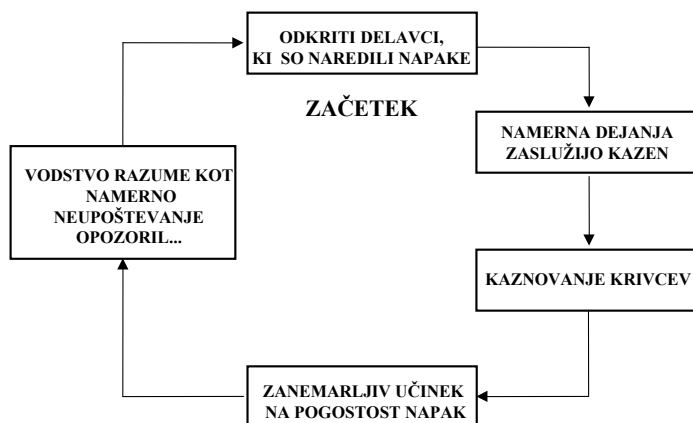
Družbene razmere pogosto silijo zdravstvene ustanove k uresničevanju poslovnih ciljev, ki popolnoma zameglijo njihovo pravo poslanstvo, tj. skrb za bolnike. Pred desetletji je npr. politična zahteva po izjemno dobri dostopnosti zdravstvene službe silila zdravstvene delavce v nadurno delo, ki so mu ljudje zaradi izboljševanja lastnega ekonomskega statusa zlahka sledili. Nadurno delo je tudi dandanes ne samo predmet spora med sindikatom in zdravstveno politiko, temveč grožnja varnosti dela. Podobno se danes dogaja s srednjim kadrom, ki ga zlasti primanjkuje v bolnišnicah. Posledica tega so luknje v kadrovski zasedenosti nekaterih pomembnih delovnih mest, preobremenjenost nekaterih skupin zdravstvenih delavcev in izgorelost velike večine zaposlenih v zdravstvu.

Ranljiva organizacija

Poleg slabosti vsake zdravstvene ustanove kot kompleksne organizacije se nekatere dodatno otepaajo še s sindromom ranljive organizacije, ki jo označujejo trije med seboj povezani elementi: **pripisovanje krivde** posamezniku (slika 1), **zanikanje slabosti**, ki povzročajo sistemske napake in zaslepljeno prizadevanje za **izpolnjevanje nebistvenih ciljev**, tj. delovnih in finančnih planov [3].

Pripisovanje krivde posamezniku

V naši človeški naravi je, da krivdo za slabe izide pripišemo posamezniku. K temu prispevajo štirje psihološki dejavniki: zmotno povezovanje napačnih dejanj s človeškimi lastnostmi (angl. the fundamental attribution error), iluzija svobodnega odločanja (angl. the illusion of free will), teorija pravičnega sveta (angl. the just world hypothesis) in pristranost modrosti po dejanju (angl. hindsight bias). Če se takega načina reševanja neugodnih izidov oprime tudi organizacija, je za varnost njenih procesov to lahko zelo nevarno (slika 1).



Slika 1. Neproduktivno pripisovanje krivde za neželene izide zgolj posameznikom [3].

Povezovanje napačnih dejanj s človeškimi lastnostmi

Opravičilo, da se je motiti človeško, zamenjamo za vzrok, da je človek vir zmot. Zaradi neugodnih posledic mu opazovalci kaj radi pripišemo lenobo, pozabljivost, neodgovornost, neznanje, neumnost ipd. Nasprotno pa vsakdo, ki se je kdaj zmotil, svoje dejanje pogosto opravičuje s pogoji dela in aktualnimi okoliščinami. Tudi najboljši se kdaj zmotijo.

Iluzija svobodnega odločanja

Naša kultura zagovarja individualno svobodo pri odločanju. To še posebej velja za zdravniški poklic, ki ima v svojem zakonu zapisano [4]: »Zdravnik svobodno izbere način zdravljenja, ki je v danih okoliščinah najprimernejši.« V takšni kombinaciji je jasno, da večina pričakuje nadzemeljsko sposobnost zdravnika, da bo vedno znal izbrati med prav in narobe oziroma med ustreznim in napačnim ukrepom. Vsaka napačna odločitev bi bila po tej logiki sprejeta namerno (slika 1).

Teorija pravičnega sveta

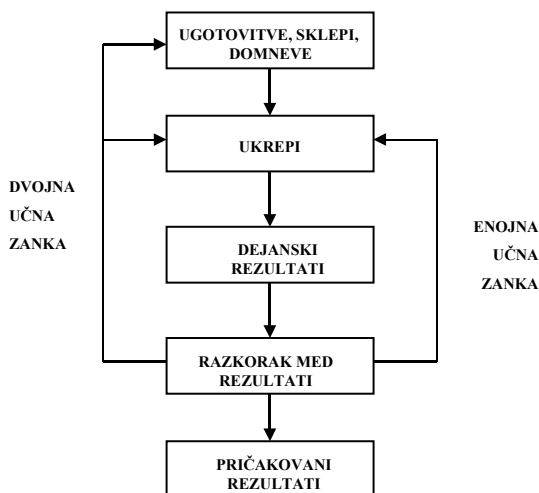
Zmotno prepričanje, da je nesrečni dogodek pravična kazen za slabega človeka in da se dobremu človeku kaj takega ne more zgoditi, je del predstave o pravičnem svetu. Vodilne v organizaciji podpira pri običaju, da vsak neugoden izid sprejmejo kot nekaj slabega. Prenos krivde na posameznika je razumljiva škodljiva posledica takega poenostavljenega razmišljanja.

Pristranost modrosti po dejanju

Po bitki smo vsi generali. Marsikdo si ob pregledu preteklih dogodkov zmotno domišlja, da bi bilo možno nekatere vmesne izide predvideti vnaprej in s tem preprečiti neugoden izid. Za nazaj ni težko potegniti vzročnih povezav med izjemnimi dogodki in neugodnim izidom. Normalno je, da opazovalec, ki pozna neugodni izid, prepozna vse opozorilne znake, ki jih izvajalec med ukrepanjem ni mogel.

Pripisovanje krivde posamezniku v organizaciji podpira **nagnjenost k izbiri rešitev, ki zahteva najmanj napora** [3]. Relativno lahko je najti posameznika, ki je bil vpleten v napačno odločitev in ga označiti kot vzrok (in krivca) za neugoden izid. **Prikladnost iskanja vzrokov** z omejitvijo na posameznika je dodaten prispevek k pripisovanju krivde neposrednim izvajalcem.

Posledica pripisovanja krivde zgolj posamezniku je prehitro sklenjena učna zanka (slika 2). S tem se osredotočimo na posamezni dogodek in spregledamo pogoje dela in okoliščine, ki lahko znova privedejo do podobnih izjemnih dogodkov in v sodelovanju z naključjem celo do še bolj tragičnih neugodnih izidov. S kaznovanjem posameznika ostali ne pridobijo nobene učne izkušnje. Številne človeške (psihološke) dejavnike je namreč lažje obvladati s preoblikovanjem delovnega procesa, kot pa z dodatnim usposabljanjem posameznika. Organizacija, ki se zanaša predvsem na pripisovanje krivde posamezniku, navadno živi v lažnem občutku varnosti. Zmotno misli, da je bilo v košari le eno slabo jabolko, ki ga je uspelo odstraniti. Drugačna stališča niso zaželeni. To vodi v zanikanje slabosti organizacije dela.



Slika 2. Dvojna učna zanka v primerjavi z enojno zagotavlja dolgoročnejshe učinke [3].

Zanikanje slabosti

Varnostno kulturo organizacij lahko razdelimo na **nezdravo, preračunljivo in napredno**. V nezdravi varnostni kulturi vodstvo onemogoča ljudi, ki opozarjajo na odstopanja, neugodne izide pa banalizira ali celo prikriva. Napredne organizacije posameznike in skupine spodbujajo k zbiranju podatkov o izjemnih dogodkih, spodbujajo zanimanje za analizo neugodnih izidov in jih obveščajo o svojih izsledkih [3]. Preračunljive organizacije nihajo med obema skrajnostma. Takih je večina. Inovatorji tudi v takih organizacijah niso najbolj priljubljeni. Izjemnih dogodkov ne izkoristijo za sistemske spremembe, ampak jih obravnavajo čim bolj obrobno. Z lažnim občutkom varnosti se vodilni ukvarjajo predvsem z doseganjem odličnosti pri izpolnjevanju strokovno nebistvenih ciljev, tj. poslovnih ciljev ustanove.

Izpolnjevanje nebistvenih ciljev

Vodilni v zdravstvenih ustanovah se morajo hočeš nočeš ukvarjati z izpolnjevanjem planov, da lahko zagotovijo obstoj zavodov. Zasedovanje finančnih kazalcev poslovanja vodilne in pogosto tudi zaposlene oddaljuje od pravih ciljev zdravstvene ustanove – skrbi za bolnike. Izpolnjevanje neposrednih ciljev, tj. uspešnosti poslovanja ima lahko negativne stranske učinke na samo organizacijo dela zaradi preobremenjenosti osebja, nezadostne opreme ali pomanjkanja drugih sredstev.

Finančno stanje je tudi pogosto izgovor, da ni možno izpeljati organizacijskih sprememb, ki bi prispevale k večji varnosti in kakovosti.

Ranljivost je do določene mere prisotna v vsaki organizaciji, zato je njeno prepoznavanje in odpravljanje nujno za uspešno obvladovanje tveganj. Najuspešnejši pristop je dvojna učna zanka. Presega neproduktivno iskanje človeških dejavnikov in takojšnje ukrepe ter išče in popravi organizacijske dejavnike, ki so sprožili neželene izide [3].

Sklep

Zdravstvena ustanova, ki se želi pohvaliti z visoko stopnjo varnosti za bolnike, se mora seznaniti s potencialnimi dejavniki organizacije, ki lahko prispevajo k večjemu številu ali večji teži neželenih izidov. Odmakniti se mora od tradicionalnega iskanja krivcev in njihovega kaznovanja pri dokazani zdravstveni napaki in se lotiti sistematične analize vzrokov za določeno zdravstveno napako.

Literatura

1. West E. Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. *Quality in Health Care* 2000; 9: 120-126.
2. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care* 2001;10: ii26-ii31.
3. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care* 2001;10: ii21-ii25.
4. *Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 98/1999).*

NUJNO STANJE KOT VIR ZDRAVSTVENE NAPAKE

Štefek Grmec, Dejan Kupnik

*»The machine does not isolate man
from the great problems of nature
but plunges him more deeply into them.«
[Antoine de Saint-Exupéry]*

Uvod

Zadnja desetletja smo priča naglemu porastu zanimanja javnosti in strokovnih krogov za zdravniško napako. Lahko rečemo, da eden izmed vzrok leži v tudi razvoju znanja za preprečevanje napak v zdravstvu. S to tematiko se ukvarjajo tako zdravstveni krogi [1], kakor tudi tisti izven njih [2]. Nekatere študije kažejo, da so v ZDA medicinske strokovne napake odgovorne za približno milijon poškodb in za 100.000 smrti bolnikov. Celotna cena takšnih napak naj bi znašala okrog 50 milijard ameriških dolarjev. Prav zaradi vsega tega je Ameriško zdravniško združenje (The American Medical Association) leta 1997 ustanovilo Nacionalno združenje za varnost bolnikov (The National Patient Safety Foundation). Že naslednje leto je Inštitut za medicino (The Institute of Medicine) začel s projektom kakovostne zdravstvene oskrbe v Ameriki (The Quality of Health Care in America). Prvi rezultati so pokazali na omenjeno veliko število posledic napak [3]. Ti podatki in podatki, ki so bili predstavljeni v British Medical Journal-u [4], so pokazali na razsežnost problematike in jo aktualizirali. Leta 2000 je konferenca z naslovom Znižajmo število napak in povečajmo varnost pokazala obseg pojava strokovnih napak in nepripravljenost stroke na obvladovanje te problematike [4, 5].

Strokovna napaka v nujni medicini

Razen posameznih člankov, ki so opisovali zmote v diagnostiki in oskrbi bolnikov z nujnimi stanji v psihiatriji [6, 7], sta prvi pregledni članek, ki se je ukvarjal s strokovno napako in odstopanji v urgentni službi, objavila Wears in Leape leta 1999 [8]. Leto pozneje je Združenje za akademsko urgentno medicino (The Society for Academic Emergency Medicine (SAEM)) sponzoriralo in organiziralo enodnevno konferenco, kjer so dosegli dogovor glede definicije strokovne napake v nujni medicini, začeli razvijati metode za odkrivanje vzrokov in pogostost napak, dali osnovna navodila preventive in odkrivanja napak ter nakazali pravne poglede. Prispevki s srečanja so bili objavljeni v posebni izdaji revije Academic Emergency Medicine [9, 10]. Guly je že leta 1997 predlagal posebno lestvico za odkrivanje in

preprečevanje napak pri diagnostiki in oskrbi bolnikov s poškodbami v nujni medicini [11]. Zadnja tri leta pa je mogoče zaslediti določeno pozitivno dinamiko pri objavi člankov o strokovni napaki v nujni medicinski pomoči [12 – 29].

Croskerry in Sinclair pravita, da nujna medicina, še posebej tista, ki se izvaja v urgentnih enotah (angl. emergency room), zaradi svojih specifičnih dogodkov in sistema delovanja »predstavlja naravni laboratorij za raziskovanje strokovnih napak v medicini« [12]. Zanimive so tudi njune ugotovitve, in sicer, da so odstopanja in napake v nujni medicini vedno resne, vendar bi se 70-80 % le-teh dalo preprečiti. Ista avtorja ugotavljata, da obstaja dvanajst lastnosti nujne medicinske pomoči, ki imajo velik pomen glede pojavnosti strokovnih napak v tem okolju, in sicer:

1. visok nivo diagnostične nejasnosti (angl. diagnostic uncertainty),
2. visoko število odločitev v delovnem dnevu (angl. high decision density),
3. visoka stopnja miselne obremenitve (angl. high cognitive load),
4. visoka stopnja aktivnosti,
5. nezkušenost posameznih zdravnikov in/ali drugih članov delovne skupine,
6. prekinitve in motnje (angl. interruptus and distractions),
7. neenakost kliničnih primerov (angl. uneven and abbreviated care),
8. časovna stiska (angl. narrow time windows),
9. delo v izmenah (angl. shift work),
10. spremembe delovnega časa (angl. shift changes),
11. neučinkovito skupinsko delo (angl. compromised teamwork),
12. slaba povratna informacija.

Zdravniku v nujni medicinski pomoči so bolniki ponavadi neznani, vidi jih prvič, tako, da so informacije o bolniku v primerjavi s tistimi, ki jih pridobi družinski zdravnik, anamnestično in heteroanamnestično nepopolne in časovno nepovezane. Ta problem je dodatno obremenjen z dejstvom, da ima urgentni zdravnik relativno malo časa za oceno in je pod pritiskom velikokrat življenjsko pomembnega dejstva, da mora misliti in delovati hitro.

Število odločitev, ki jih mora zdravnik sprejeti v enem delovnem dnevu (angl. decision density) in kognitivna obremenitev (angl. the background information that the physician must bring to bear on those decisions) sta v nujni medicini prav tako resen vir strokovnih napak in odstopanj. Splošni problemi, kot so slabost (nausea), omotica, prsna ali bolečina v trebuhu, že same po sebi zajemajo številne diferencialno-diagnostične zanke in zahtevajo široko diagnostiko z dobrim poznavanjem diagnostičnih postopkov in pripomočkov. Temu sledi veliko število fizikalnih pregledov, laboratorijskih izvidov, rentgenskih in EKG posnetkov, kar vse zahteva pravilno razlago in dodatno obremenjuje zdravnika. Temu viru odstopanj in napak se lahko deloma izognemo z uporabo smernic ali protokolov, tj. diagnostično-terapevtskih navodil.

Na pravilno odločanje medicinskega osebja prav tako vpliva ritem samega dela, ki ponavadi ni uravnotežen. Med posameznimi obdobji, kjer se zahteva intenzivno delo in hitro odločanje, so daljša obdobja, ko osebje čaka na ponovno ukrepanje, kar s seboj nosi popuščanje pozornosti, miselno upočasnenost in podobno.

Nadaljnjo težavo predstavlja nezmožnost zagotovitve dobre povratne informacije o bolnikih, ki so bili oskrbljeni v nujni medicinski pomoči. To vsekakor onemogoča ponovno ocenitev lastnega dela in nadzor nad lastnimi napakami in neprimernimi odločitvami.

Delovni čas oziroma delovni čas ene izmene in sam sistem izmen je nadaljnji izvor strokovnih odstopanj. Tu igra glavno vlogo predvsem zamenjava osebja v času, ko oskrba posameznih bolnikov še ni zaključena in se prenaša skrb z osebja na osebje. Ta moment je povezan z močno povečano možnostjo diagnostično–terapevtskih odstopanj od priporočenih meril.

Številne napake so tudi rezultat pomanjkljivega razmišljanja zdravnikov (formalno in funkcionalno), kar vpliva na metodologijo odločanja v posameznih kliničnih primerih. Ranljivi del tega je ocena in obrazložitev dejstev, ki so zdravniku na razpolago. Kakšna naj bi bila torej metodologija odločanja in reševanja določenega diagnostičnega problema oziroma kje se skrivajo kognitivne napake pri reševanju določenega problema [30-32]?

Odkrivanje, identifikacija in merjenje odstopanja od priporočenih standardov in napake

Narava in razširjenost neprimernih odločitev v nujni medicinski pomoči je slabo definirano področje. Trenutno veljavni mehanizmi poročanja (v glavnem poročila o izjemnih dogodkih) zajemajo komaj štiri odstotke vseh napak [33, 34]. Nerazvitost povratnega sistema informiranja onemogoča preventivo in učenje iz napak in zaradi tega je razvijanje izpopolnjene povratne mehanizme tista nujnost, ki vodi k izboljšanju dejavnosti nujne medicinske pomoči ter še posebej njenim rezultatom. Nimamo še taksonomskega sistema za klasifikacijo napak niti sprejetega soglasnega mnenja, kaj je pomembna (signifikantna) napaka niti vzpostavljenega razumnega ocenjevanja pogostosti napak [12]. Različne pilotske študije so v zadnjih letih poskušale aktualizirati to problematiko. Že leta 1997 je Guly predlagal tako imenovano lestvico teže nepravilne diagnoze (misdiagnosis severity score (MSS)), kjer se s točkovanjem od 1-7 poskuša ovrednotiti teža diagnostičnih napak v nujni medicinski pomoči [11]. Vinen je predstavil avstralski model za spremljanje izjemnih dogodkov v nujni medicinski pomoči [19].

Perry in sodelavci so napake v nujni medicini uvrstili v naslednje štiri kategorije [22]:

1. neprimeren postopek (izbira postopka) (angl. improper procedure) – 44% napak,
2. diagnostična napaka (angl. diagnosis error) – 34% napak,
3. neprimerna zdravila (angl. improper medication) – 14% napak,
4. opustitev oskrbe (angl. failure to treat) – 8%.

Avtorji zaključujejo, da so napake zagrešitve (angl. commision) in/ali napačne ocene pogostejše kot napake opustitve in/ali malomarnosti.

Clarke in sodelavci v prikazu ugotavljajo objektivne analize procesa napake pri oskrbi penetrantnih torako-abdominalnih poškodb večjo navzočnost napak v obliki opustitve oskrbe ali malomarnosti, kot pa napak v obliki zagrešitve [23]. Prav tako ugotavljajo napake pri zapisovanju postopkov in pomanjkljivosti pri argumentiranju določenih postopkov in odločitev pri vseh obravnavanih primerih. Analiza napak je bila opravljena z računalniškim ekspertnim sistemom (angl. computer-assisted decision making) in je eden od načinov hitre ocene dela v nujnih primerih.

Shenkel opozarja na problem iatrogene poškodbe, ki je zaradi invazivnih diagnostično-terapevtskih posegov v nujni medicini še kako pomembna [25]. Grmec [35, 36] opisuje, kako se lahko z različnimi metodami potrditve lege orotrahealnega tubusa izognemo nespoznanji orotrahealni intubaciji v požiralnik, ki je eden od zapletov in vzrok nadaljnjih zapletov v nujni medicini. Prav tako je smotrna uporaba različnih ocenjevalnih lestvic za objektivno ocenjevanje statusa in napovedi, kar vse omogoča sistematični pristop k izvajanju diagnostično-terapevtskih postopkov [37-39].

Shenkel je tudi mnenja, da se napakam in neprimernim postopkom v nujni medicini najbolj izognemo z učinkovitim skupinskim delom in smotrnejšo izrabo delovnega časa. Nujno je vpeljati sestanke o resnih izjemnih dogodkih (angl. morbidity&mortality meetings), kjer se v medsebojni obravnavi poskuša analizirati celoten postopek oskrbe posameznega primera bolnika in s tem ugotoviti tudi odstopanje od standardiziranih postopkov in meril. Diskusija naj bi tudi omogočila prepoznavanje pravih vzrokov napake in odkrivanje specifične kognitivne napake (takšen način bi v prihodnosti omogočil usmerjanje pozornosti na metodologijo odločanja). Dejavnost ekipe nujne medicinske pomoči bi naj vključevala še t.i. morbidity&mortality konference, sestanke za ocenjevanje kakovosti oskrbe ter specifične sestanke za preprečevanje in odpravljanje sindroma prevelike utrujenosti (angl. burning out) [24].

Edukacija

Prepoznavna potrebe po znanju o preprečevanju strokovnih napak v nujni medicini je aktualizirala tudi potrebo po izobraževanju na tem področju [12]. Obstaja objektivna potreba po programu izobraževanja za preprečevanje napak v nujni medicini, ki bi moral zajemati:

1. temeljno znanje iz teorije napak,
2. osnovna načela multidisciplinarnosti in skupinskega dela,
3. analizo kliničnih primerov (ne bizarnih ampak izjemnih dogodkov),
4. simulacijo problemov in situacij ter
5. izobraževanje iz aktualnih algoritmov in priporočil ter osnove teorije mišljenja in odločanja [21, 24].

Zaključek

Izsledke raziskav iz drugih držav bi morali posnemati ali prilagoditi našim sistemom nujne medicinske pomoči [40]. Prvi korak, ki bi ga bilo nujno narediti, je predvsem sistem poročanja, beleženja ter spoznavanja strokovnih odstopanj in napak v enotah nujne medicinske pomoči (poenoteni sistem ali obrazec zbiranja informacij). Drugi korak bi bila ustanovitev multidisciplinarne izobraževalne skupine, ki bi vse člane skupin nujne medicinske pomoči seznanjala z osnovami teorije in preprečevanja napak oziroma bi ta del vključila v program izobraževanja nujne medicine. Tretji in nepogrešljiv korak pa predstavlja informiranje laične javnosti o naravi napak v medicini, ki so v največjem deležu sekundarne oziroma posledica sistemskih in procesnih problemov.

Literatura:

1. Spath PI, ed. *Error reduction in health care*. San Francisco: Jossey/Bass Publishers, 1999.
2. Sharpe VA, Faden AI. *Medical harm*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
3. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health care system (report of the Institute of Medicine)*. Washington: National Academy Press, 1999.
4. Aonn. Reducing error, improving safety. *BJM 2000; 320: 725- 814*.
5. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *BMJ 2000; 320: 774 – 777*.
6. Herridge CF. Physical disorders in psychiatric illness: a study of 209 consecutive admissions. *Lancet 1960; 2: 949-951*.
7. Carlson RJ, Nayar N, Suh M. Physical disorders among emergency psychiatric patients. *Can J Psychiatry 1981; 26: 65-67*.
8. Wears RL, Leape LL. Human error in emergency medicine. *Ann Emerg Med 1999; 34:370-372*.

9. Vincent C, Simon R, Sutcliffe K et al. Errors conference: executive summary. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1180-2.
10. Errors in emergency medicine conference. May 25, 2000. Proceedings. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1173 – 339.
11. Guly HR. A scale for measuring the severity of diagnostic errors in accident and emergency departments. *Emerg Med J* 1997; 14: 290-292.
12. Croskerry P, Sinclair D. Emergency medicine: A practice prone to error? *Can J Emerg Med* 2001; 3: 234 – 41.
13. Wears RL. Beyond error. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1175-6.
14. Biros MH, Adams JG, Wears RL. Errors in emergency medicine: a call to action. *Acad Emerg Med* 2000; 7:1173-4.
15. Adams JG, Bohan JS. Systems contributions to error. *Acad Emerg Med* 2000; 7:1189-93.
16. Fish JM. Human error in medicine: promise and pitfalls, part 2. *Ann Emerg Med* 2001; 37: 419-420.
17. Handler JA, Gillam M, Sanders AB, Klasco R. Defining, identifying, and measuring error in emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1183-8.
18. Kyriacou DN, Coben JH. Errors in emergency medicine: research strategies. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1201-3.
19. Vinen J. Incident monitoring in emergency departments: an Australian model. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1290-7.
20. Wears RL, Janiak B, Moorhead JC et al: Human error in medicine: promise and pitfalls, part 2. *Ann Emerg Med* 2000; 36: 142-144.
21. Croskerry P, Wears RL, Binder LS. Setting the educational agenda and curriculum for error prevention in emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1194-1200.
22. Perry JS, Risser D, Salisbury M, Wears R, Simon R. Classification of error in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 523 –525.
23. Clarke JR, Spejewski B, Gertner AS et al. An objective analysis of process errors in trauma resuscitations. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1303-1310.
24. Hobgood CD, Ma JO, Swart GL. Emergency Medicine Resident Errors – identification and educational utilization. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1317-1320.
25. Schenkel S. Promoting patient safety and preventing medical error in emergency departments. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1204- 1222.
26. Chellis M, Olson JE, Augustine J, Hamilton GC. Evaluation of missed diagnosis for patients admitted from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2001; 8: 125-130.
27. Guly HR. Diagnostic errors in an accident and emergency department. *Emerg Med J* 2001; 18: 263-269.
28. Wolff AM, Bourke J, Detecting and reducing adverse events in an Australian rural base hospital emergency department using medical record screening and review. *Emerg Med J* 2002; 19: 35-40.
29. Croskerry P. Avoiding pitfalls in the emergency room. *Can J Contin Med Educ* 1996; 4: 1-10.
30. Kovacs G, Croskerry P. Clinical decision making: an emergency medicine perspective. *Acad Emerg Med* 1999; 6: 947-52.
31. Phillips DP, Bredder CC. Morbidity and mortality from medical errors: an increasingly serious public health problem. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 135-150.

32. Croskerry P. The cognitive imperative: thinking about how we think. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 1223-31.
33. Bogner MS. Human error in medicine: a frontier for change. In: Hillsdale NJ, ed. *Human error in medicine*. New York: Lawrence Erlbaum Associates, 1994: 373-383.
34. Barach P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *BMJ* 2000; 320: 759-63.
35. Grmec Š. Comparison of three different methods to confirm tracheal tube placement in emergency intubation. *Intensiv Care Med* 2002; 28: 701-704.
36. Grmec Š, Klemen P. Does the end-tidal carbon dioxide(EtCO₂) concentration have prognostic value during out-of-hospital cardiac arrest? *European J Emerg Med* 2001; 8: 263-270.
37. Grmec Š, Gašparović V. Comparison of APACHE II, MEES and Glasgow Coma Scale in patients with nontraumatic coma for prediction of mortality. *Critical Care* 2001; 5:19-23.
38. Grmec Š. Comparison of the APACHE II, MEES, TS and GCS in acute head injury for prediction of mortality. *Journal of the Israel Society of Anesthesiologists* 1999; 44 (suppl): 23.
39. Grmec Š, Gašparović V, Klemen P, Polenčič B, Jus A: Comparison of the APACHE II, MEES and MEESpem in acute chest pain for prediction of mortality. In: Gullo A, ed. *Proceedings of the 14th A.P.I.C.E. – International Symposium on Critical Care Medicine*. Milano: Springer Verlag, 1999: 88.
40. Gosbee JW. Human factors engineering is the basis for a practical error-in-medicine curriculum. In: Johnson C, ed. *Proceedings of the First Workshop on Human Error and Clinical Systems. Glasgow Accident Analysis Group Technical Report*. Glasgow: Glasgow Accident Analysis Group;1999.

SODELOVANJE BOLNIKOV PRI ZDRAVLJENJU SLADKORNE BOLEZNI

Davorina Petek

*»Nothing is a waste of time,
if you use the experience wisely.«
[Auguste Rodin]*

Uvod

Neupoštevanje zdravnikovih navodil in neredno jemanje predpisanih zdravil od nekdanj predstavljata kompleksen problem, še posebej pri bolnikih s kroničnimi boleznimi. Sodelovanje pri zdravljenju je bilo sprva razumljeno kot stopnja, do katere se obnašanje osebe - v smislu jemanja zdravil, upoštevanja diete in spremembe življenjskega sloga - ujema z zdravnikovimi priporočili [1]. Sodobno pojmovanje temelji na uravnoveženem in partnerskem odnosu med zdravnikom in bolnikom. Bolnik je soodločevalec pri izbiri postopkov zdravljenja; je oseba, ki naj se z načinom zdravljenja strinja, ne pa, da ga le pasivno sprejema in se podreja zdravnikovim navodilom.

Večina študij navaja, da 30-50 % bolnikov slabše sodeluje pri zdravljenju [2-4]. Pri kronični terapiji, ki si jo sami prilagajajo (npr. inhalacijska zdravila proti astmi), je ocenjeno na okrog 50 %. To pomeni, da je pri 50 % bolnikov, ki so jim predpisana zdravila, izid zdravljenja slabši, ker jemljejo zdravila neredno. Pri kratkotrajnih zdravljenjih (npr. terapija akutnega infekta z antibiotikom), je stanje nekoliko boljše, saj tri četrtine bolnikov redno jemlje predpisana zdravila. Najslabše je pri priporočenih spremembah življenjskega sloga, saj do 75 % bolnikov ne uspe upoštevati navodil zdravnika [5]. Nesodelovanje sladkornih bolnikov z dietnim režimom pa je ocenjeno od 35 % do 75 %.

Tudi pri bolnikih s sladkorno boleznijo velja, da sodelovanje pri zdravljenju temelji na izmenjavi informacij ter dogovoru bolnika in zdravstvenega delavca glede ciljev zdravljenja in oskrbe. Pojmovanje aktivne vloge bolnika se je razvilo do te mere, da bolnik, ki mora biti dobro informiran, odloča v poteku zdravljenja kot enakopravni partner, zdravnik pa prevzame vlogo strokovnega svetovalca.

Spoštovanje in upoštevanje dietnih navodil predstavljata največjo težavo pri oskrbi bolnika s sladkorno boleznijo. Čeprav sta izobraževanje o prehrani in načrtovanje obrokov nujni, pa se ljudje srečujejo z najrazličnejšimi ovirami, ki jih prinašajo

razne življenjske okoliščine. Prepoznavanje in usmerjeno delovanje v smislu odstranjevanja ovir lahko pomembno vplivata na izboljšano upoštevanje dietnih navodil. Potrebno je poiskati okoliščine, ki za posameznika predstavljajo največje ovire za vzdrževanje diete. Bolnikovi osebni, poklicni in socialni cilji oblikujejo okoliščine, v katerih se odločajo med dietnimi zahtevami in drugimi cilji v življenju.

Najpomembnejše so naslednje okoliščine:

- prenehanje upoštevanja navodil zaradi stalnega občutka odrekanja, pomanjkljive organizacije prehrane, časovne stiske ob vsakodnevnih poklicnih ali družinskih obremenitvah;
- vpliv bolnikovega čustvovanja na hranjenje (preobjedanje zaradi reakcije na stres in negativna čustva, konflikti s prijatelji, sodelavci, dolgočasje);
- bolnikova sposobnost premagovanja skušnjave ob ponujeni neprimerni prehrani, posebej v vsakodnevem okolju. Bolnikova reakcija na ljudi, ki v njegovi prisotnosti uživajo zanj neprimerno hrano;
- bolnikova sposobnost upoštevanja diete v restavracijah, na zabavah ali ob drugih posebnih dogodkih, način prehranjevanja v družini;
- podpora, ki jo ima bolnik v družini, pri prijateljih. Ali mu dieto olajšajo ali otežijo?

Ugotoviti je potrebno bolnikovo zgodovino sodelovanja v dietnem režimu. Ali hitro opusti navodila? Ali si občasno privoščiti »počitnice od zdravljenja«? Ali zmore vztrajati pri dieti kljub pritisku prijateljev ali družine, ki bolnika napeljuje k neupoštevanju navodil? Takšna ocena pokaže, katere okoliščine predstavljajo oviro pri upoštevanju diete, glede na to pa naj bi se oblikovala strategija, individualno prilagojena za premagovanje ovir pri določenem bolniku [6].

Možni vzroki slabega sodelovanja

Kot možne vzroke slabega sodelovanja so proučevali številne spremenljivke, vendar je njihova napovedna vrednost slaba, dokazana povezava pa šibka. V nadaljevanju najdemo nekaj najpogosteje navedenih možnih spremenljivk, ki lahko vplivajo na sodelovanje pri zdravljenju.

Socio-demografske značilnosti

Družina ima velik vpliv na potek bolezni in na sodelovanje pri predpisanem zdravljenju. Študije dejavnikov socialnega okolja so pokazale, da je podpora družine najmočnejši napovedni dejavnik dobrega sodelovanja pri zdravljenju. Podpora socialnega okolja predstavlja pglavitni dejavnik bolnikovega sodelovanja pri zdravljenju [7]. Nekateri bolniki navajajo kot vzrok slabega sodelovanja

medosebne odnose z zakonskim partnerjem ter z drugimi družinskimi člani. Sladkorna bolezen, ki je primer kronične bolezni, lahko predstavlja veliko breme za prilagoditvene sposobnosti članov družine. Posebej v bolj tradicionalnih okoljih je podpora družine pri vzdrževanju diete zelo pomembna, saj so obroki običajno skupni. Delovanje družine je pomembno z več vidikov:

- način reševanja problemov (identifikacija problema, komunikacija z ustrežno osebo, odločitve, akcija, evalvacija rešitve problema);
- komunikacija znotraj družine (direktna, indirektna);
- vloge posameznih družinskih članov (vloga skrbnika, zaupnika, svetovalca);
- čustvovanje v raznih okoliščinah in med partnerjema;
- kontrola obnašanja znotraj družine (rigidna – dovoljenje dano le redko, fleksibilna – dovoljenje pogosto dobljeno, kaotična – dovoljenje sploh ni potrebno) [7].

V nekaterih študijah je bil dokazan negativni vpliv rigidne kontrole obnašanja znotraj družine. Sklepamo lahko na zmanjšano sposobnost prilagoditve in na večjo možnost konfliktnih situacij z avtoritativnim članom družine in s povečanjem zanikanja bolezni [7]. V nekaterih študijah so dokazali, da višja starost (zrellost) partnerja pozitivno vpliva na socialno podporo [7].

Dejavniki zdravljenja in zdravil

Na sodelovanje pri zdravljenju lahko vplivajo tudi leta od postavitve diagnoze, saj sčasoma bolniki postopoma preidejo fazo zanikanja in sprejmejo zdravljenje. Postavitev diagnoze vzbudi v ljudeh občutke, ki segajo od negativnega čustvovanja v smislu pretresenosti, šoka, tudi strahu, do indiferentnosti in podcenjevanja pomena bolezni. Potrebno je prepoznati obe skupini, saj obstaja povečano tveganje, da bosta vsaka na svoj način slabo sodelovali pri zdravljenju. Prva skupina so pretreseni, prestrašeni bolniki, ki potrebujejo veliko psihične podpore. Druga skupina so indiferentni bolniki, ki potrebujejo veliko zdravstvenega prosvetljevanja in izobraževanja. Večina ljudi sčasoma sprejme diagnozo, se prilagodi in občuti povratek življenja v normalne okvire.

Še vedno pa kljub edukaciji obstajajo bolniki, ki si ne bodo želeli spremeniti življenjskega sloga. Tudi tem je potrebno ponujati pomoč in jih poskusiti vedno znova osveščati o možnih posledicah njihove odločitve [8].

Pomembna ovira dobrega sodelovanja je jemanje več vrst zdravil. Negativno vpliva tudi režim jemanja zdravil večkrat na dan.

Stališča zdravnikov družinske medicine

Zdravnikova stališča so sporočilo bolniku in vplivajo na bolnikovo obnašanje. Če bolnik zazna zdravnikovo nezaupanje v učinkovitost zdravljenja ali v sposobnost bolnika, da bo izvajal predpisani režim zdravljenja, to lahko doprinese k slabšemu sodelovanju bolnika pri zastavljenem zdravljenju. Wylie je v študiji stališč zdravnikov družinske medicine o moteni toleranci za glukozo (MTG) pokazal, da je osveščenost o kliničnem pomenu MTG med njimi nizka. Bojijo se preobremenitve z dodatnim delom in stroškov obravnave MTG. Predvsem so v dvomih glede uspešnosti spremembe življenjskega sloga, saj tem zahtevam s težavo sledijo že bolniki s polno izraženo sladkorno boleznijo. Mnenja so tudi, da mora družba poskrbeti za izobraževanje, zdrav način prehranjevanja, npr. v šolah, in ne prepustiti vsega dela zdravnikom družinske medicine [9]. Raziskave kažejo, da zdravniki družinske medicine le počasi sprejemajo in izvajajo smernice za oskrbo sladkornih bolnikov. Larne s sodelavci je dokazal, da so za izvajanje oskrbe sladkornih bolnikov bolj pomembna stališča zdravnikov družinske medicine do zdravljenja sladkorne bolezni, kot pa znanje o zdravljenju te bolezni [10]. Ugotovil je, da se zdi zdravnikom družinske medicine zdravljenje sladkornih bolnikov težje, kot pa zdravljenje bolnikov z zvišanim krvnim tlakom, s hiperlipidemijo, s srčnim popuščanjem ali z angino pectoris. Zdravniki družinske medicine so navedli številne razloge:

- zdravljenje ni pretirano uspešno;
- bolniki slabo upoštevajo navodila;
- sprememba življenjskega sloga je za bolnike težka;
- zaradi brezsimptomnosti bolezni so slabše motivirani;
- zdravljenje je kompleksno; časovno zahtevno;
- potrebno je koordinirati številne klinične specialiste; terapije;
- zdravljenje lahko povzroča neželene pojave;
- nezadostno lastno znanje o motiviranju bolnika za spremembo življenjskega sloga,
- nezadostno lastno znanje o spreminjanju zdravljenja
- lastno malodušje zaradi prepričanja, da bodo zapleti sladkorne bolezni nastopili ne glede na zdravljenje.

Bolnikovo z boleznijo povezano znanje in prepričanja

Bolniki imajo svoje predstave o učinkovitosti zdravil in načina zdravljenja. Lahko imajo odpor do jemanja kakršnih koli zdravil, številne strahove in negativni odnos do zdravil na splošno ali posebej do tistih, ki so jim predpisana za sladkorno bolezen. Po drugi strani so študije ovir, s katerimi se srečujejo bolniki pri zdravljenju sladkorne bolezni, pokazale, da je sodelovanje pri zdravljenju boljše v sledečih okoliščinah:

- če imajo bolniki občutek, da je njihova bolezen resna;
- če povežejo bolezen s simptomi, ki jih občutijo;
- če zdravila odstranijo simptome;
- če verjamejo, da bo priporočeno zdravljenje preprečilo ali zavrlo razvoj zapletov sladkorne bolezni.

Zato je posebej nevarno sicer dokaj razširjeno prepričanje o »le malo povišanem sladkorju«, kjer je potrebno le »malo popaziti pri prehrani«.

Zdravnik bolniku sporoča in predstavlja pozitivne posledice dobre glikemične kontrole, vendar mora to sporočilo upoštevati pogled s strani bolnika. Dajanje nasvetov je le redko učinkovito pri spreminjanju življenjskega sloga. Bolniki vidijo predvsem vpliv oziroma motnjo, ki jo povzroča zdravljenje v vsakdanjem življenju, in pozabijo na dolgoročne koristi, ki jih prinaša. Prilagoditev zahteva disciplino in požrtvovalnost, izgubo občutka avtonomije in možnosti odločanja, zato je potrebno v načrtu zdravljenja upoštevati bolnikove osebne cilje; zastavljeni načrt pa mora biti realističen in dosegljiv. Ob preveč idealno zastavljenih ciljih, ki ne upoštevajo realnosti bolnikovega vsakdana, lahko pričakujemo neuspeh zdravljenja. Nasprotno pa tudi doseženi cilji, ki so daleč od idealnih, bolniku dajo občutek uspešnosti, sposobnosti in ga motivirajo za dodatne izboljšave [11]

Ekonomske spremenljivke

Plačevanje zdravstvenih storitev, neurejeno zdravstveno zavarovanje in visoka cena zdravil ter pripomočkov za samokontrolo poslabšujejo sodelovanje pri zdravljenju [2]. Bolniki kot oviro za upoštevanje diete navajajo tudi visoko ceno dietne prehrane in zdrave prehrane na splošno.

Družbena podpora

Ovire pri sodelovanju sladkornih bolnikov so še nezadostna podpora v smislu družbenih akcij osveščanja glede sladkorne bolezni. Sladkorni bolniki menijo, da bi potrebovali več pozitivne medijske pozornosti sladkorni bolezni in bolnikom. Mnenja so tudi, da bi bilo potrebno intenzivnejše osveščanje glede sladkorne bolezni že med mladimi in zdravimi osebami.

Odnos zdravnik – bolnik

Na kaj naj zdravniki pomislijo pri zdravljenju svojih bolnikov?

- Statistični podatki o slabem sodelovanju pri zdravljenju se nanašajo tudi na njihove bolnike, ne le na bolnike nekih drugih zdravnikov.

- Bolniki pogosto ne povedo o težavah, ki jih imajo s predpisanim režimom zdravljenja.
- Zdravniki naj aktivno iščejo te težave in sprašujejo bolnike o tem, kako izpolnjujejo navodila.
- Zdravnik je tisti, ki naj poišče bolnikove dvome o priporočenem zdravljenju in ga oskrbi z informacijami, ki ga bodo prepričale, da je izbrano zdravljenje ustrezno.
- Zdravnik naj ne uporablja strokovnega izražanja, ki je bolniku nerazumljivo.
- Nebesedno sporočanje, ki sporoča, da bolnik razume in se strinja s povedanim, (npr. kimanje), v resnici vedno ne pomeni tega.
- Večina bolnikov želi sodelovati z zdravnikom v procesu svojega zdravljenja.
- Zdravnik se mora z bolnikom sporazumovati in doseči njegovo soglasje glede priporočenega zdravljenja.

Literatura

1. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in health care*. Baltimore: The John's Hopkins University press; 1979.
2. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2001; 26: 331-42.
3. Stephenson B, Rowe BH, Haynes B, Macharia WM, Leon G. Is This Patient Taking the Treatment as Prescribed? *JAMA* 1993; 269: 2779-81.
4. Roter DR, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of Interventions to Improve Patient Compliance. A meta-Analysis. *Medical Care* 1998; 36: 1138-61.
5. DiMatteo MR. Enchancing Patient Adherence to Medical Recommendations. *JAMA* 1994; 271: 79-80.
6. Schlundt DG, Rea MR, Kline SS, Pichert JW. Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes. *J Am Diet Assoc.* 1994; 94: 874-9.
7. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, de Leon JD, Mena A et al. Adherence to Treatment and Social Support in Patients With Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications* 1995; 9: 81-6.
8. Gadsby R, MacKinnon M. Steps to better compliance in diabetic patients. *The Practitioner* 1999; 243: 103-8.
9. Wylie G, Hungin PS, Neely J. Impaired glukose tolerance: qualitative and quantitative study of general practitioners' knowledge and perceptions. *BMJ* 2002; 324: 1190-2.
10. Larne AC, Pugh JA. Attitudes of Primary Care Providers Toward Diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21: 1391-6.
11. Wolpert HA, Anderson BJ. Management of diabetes: are doctors framing the benefits from the wrong perspective? *BMJ* 2001; 323: 994-6.

MEDICINSKO-ETIČNE NAPAKE PRI SPOROČANJU SLABE NOVICE

Urška Lunder

*»Everything becomes a little different
as soon as it is spoken out loud.«
[Hermann Hesse]*

Uvod

Uspeh vsakega obiska bolnika v ambulanti zdravnika družinske medicine je odvisen od tega, kako dobro se bolnik in zdravnik sporazumevata med seboj. Nihče več ne dvomi, da je kakovost sporazumevanja mnogokrat tesno povezana s kliničnimi izidi. Tako velja tudi neprimerno sporazumevanje zdravnika z bolnikom, ki ima za bolnika posledice poslabšanja njegovega zdravja ali kakovosti življenja, za medicinsko napako, ki bi se jo dalo preprečiti z boljšim sporazumevanjem.

Jedro aktivnosti v ambulanti zdravnika družinske medicine je pogovor. Način, kako zdravnik posluša bolnika, vpliva na to, kaj bolnik pove [1] in pogovor sta lahko usmerjena k bolnikovim potrebam le, če je zdravnik več sporazumevanja in ima potrebna osnovna znanja ter veščine o dobrem sporazumevanju z bolnikom. Učinkovito sporazumevanje vodi v izboljšanje pri mnogih boleznih, predvsem kroničnih [2].

Najtežavnejši izzivi, v katerih morajo zdravniki pokazati največ veščin in znanj sporazumevanja, so [3]: soočanje z odvisnikom od drog, zaznavanje in reagiranje na nasilje v družini, etične dileme, sporočanje slabe novice in pogovor z bolnikom ali njegovimi svojci o medicinski napaki. Ključne veščine v takšnih okoliščinah vedno vključujejo tudi učinkovitost pri pridobivanju informacij o bolnikovih stališčih in občutkih. Bolniki pa ponavadi niso le fizično bolni ali le čustveno pod stresom, temveč najpogosteje oboje. Dobra sposobnost zdravnika v sporazumevanju z bolnikom je predvsem aktivno poslušanje bolnikove zgodbe, iskati in prepoznati dokaze za oboje, za fizično bolezen in čustveni stres [4].

Sporočanje slabe novice predstavlja vrh spretnosti sporazumevanja. Če je vodeno nespretno, lahko močno vpliva na bolnikovo prihodnost [5]. V prvem letu po odkritju diagnoze raka je npr. dokazano bolj pogosto pojavljanje anksioznosti in depresivnih bolezni tudi v povezavi z neustreznim sporazumevanjem [6]. Nezadovoljstvo in anksioznost bolnikov je v veliki meri povezano z negotovostjo

zaradi pomanjkljive informacije, prešibke razlage in odgovorov zdravnika, tudi zaradi pomanjkljive podpore bolnikovim vprašanjem, skrbem in strahovom [7].

Klinično delo v splošni ambulanti je zahtevno tudi z vidika zdravnikovega čustvenega odzivanja, še posebej, ker zdravnik družinske medicine bolnika sledi kontinuirano skozi vrsto let v posebnem odnosu, ko je bolnik potreben zdravnikove pomoči in nasvetov [8]. Veščine sporočanja slabe novice zaobjemajo tudi podporo bolnikovim reakcijam, ki so lahko zelo čustveno izrazite in naporne za zdravnika.

Predstavljen je pogovor z bolnico, ko ji zdravnik splošne medicine sporoča izsledke izvida, ob tem pa se sooča s svojimi in bolnikovimi stiskami, ki zdravnika vodijo v pomanjkljivo sporočanje, ki ga lahko imenujemo tudi medicinsko-etična napaka.

Poročilo o intervjuju zdravnika z bolnikom ob sporočanju slabe novice

Simulirana bolnica, ki smo jo šolali za prejetje slabe novice, predstavlja gospo A.K., ki je stara 69 let. Njen zdravnik družinske medicine jo je po kliničnem pregledu in preiskavah krvi poslal k hematologu na punkcijo kostnega mozga. Zdaj bolnica prihaja k svojemu zdravniku po izvide, kot ji je naročil hematolog, ko ji je opravil punkcijo kostnega mozga. Hematolog ji je zagotovil, da bodo rezultati v desetih dneh pri njenem zdravniku. V svoji ambulanti bolnica sreča novega zdravnika, ki ga vidi prvič, saj nadomešča njenega stalnega osebnega zdravnika. Zdravnik ima pred seboj zdravstveni karton bolnice, v katerega je vložil izvid punkcije kostnega mozga, ki govori v prid diagnoze kronične mieloične levkemije. Posneti pogovor je del raziskave sporočanja slabe novice pri skupini zdravnikov družinske medicine. Ker gre za tipičen primer napake pri sporazumevanju, predstavljamo pogovor v celoti. Izbrane okoliščine niso pogoste, vendar smo jih izbrali, da lahko pogovor predstavi vse potrebne prvine osnov intervjuja pri sporočanju slabe novice, ne da bi pri tem zdravnik imel alibi, da je bolnico o nečem že spraševal pri prejšnjih obiskih oz. jo namerava spremljati v prihodnje.

Prepis pogovora (B – bolnica, Z – zdravnica):

- B1: Dober dan.
Z1: Dober dan. Kar izvolite. Kakšne težave so vas pripeljale v ambulanto?
B2: Moj zdravnik me je poslal v laboratorij na odvzem krvi in punkturali so mi prsnico, pa prihajam zaradi izvidov.
Z2: Zakaj pa ste bili poslani, kaj ste imela?
B3: A veste kaj, utrujena sem bila zelo, vse me je po malem začelo boleti, kosti, pa kar malo krvi sem včasih opazila v ustih. Sem in tja imam 37,2 do 37,4 vročine. Ko sem se tuširala, sem opazila, da imam »fleke« po rokah, pa po nogah, pa vem, da se nisem nič udarila. In tako sem utrujena, da nič ne morem. Najprej sem mislila, da je

kaka viroza, pa se je to stopnjevalo in sem šla k zdravniku, pa me je takoj poslal naprej.

- Z3: Koliko časa ste imeli te težave, preden ste prvič prišli sem?
 B4: Vse skupaj 3 mesece, sedaj pa je vse slabše.
 Z4: Ste kaj v bolnici ležali?
 B5: Ne.
 Z5: Samo ambulantno ste bili na preiskavah?
 B6: Samo na preiskavah. Ja, jaz sem vprašala, zakaj mi toliko krvi jemljejo.
 Z6: In kaj so rekli?
 B7: Da je na krvi veliko bolezni. Najbrž mora biti kaj hudega, ko se tako slabo počutim, vsak dan manj morem, nič več ne morem naredit.
 Z7: Čisto v redu ta vaša kri ni. Določene spremenjene celice se vidijo; določena zdravila boste morala jemati verjetno še kar nekaj mesecev, da se bo malo popravila. Potem se boste tudi dosti bolje počutila. A sami živite?
 B8: Imam moža.
 Z8: Otrok nimate nič doma?
 B9: Ne doma, so že vsi od doma. A je kaj hudega?
 Z9: Ne, tako; ni čisto v redu, a nekaj preiskav bo verjetno še potrebno narediti in se potem točno odločiti za vrsto terapije; a boste dobili samo kakšno transfuzijo, ali boste dobili kako infuzijo, ali boste dobili, kar je zelo možno, kakšne tablete in se boste lahko potem doma zdravili. Ampak nekaj poti pa bo, preden se bo ves ta krog zaključil, preden boste ustrezna zdravila dobili, zato sprašujem, da se boste znali odločiti, a za ambulantno diagnostiko, ali se bo potrebno dogovarjat za bolniško opravljanje le-te.
 B10: Kakšna je ta bolezen?
 Z10: To vam težko rečem. Določene celice, ki skrbijo za to, da se kri ustrezno strjuje, pa da so zaščita pred infekti, teh imate nepravilno število in jih je sedaj treba spraviti v pravilno količino. Ali s tem, da se jih določeno število uniči, ali pa s tem, da tistih, ki vam jih manjka, dobite nazaj. Tako da v glavnem se za to uničevanje dajo tablete v bolnici in je redno treba hoditi na kontrole krvi. Morate malo pričakovati, da boste sedaj na začetku kakšna dva meseca morali kar vsak teden v bolnico na odvzem krvi, da se vidi učinek zdravljenja; tako da nekaj poti boste imeli. Sedaj ne vem, ali je kakšen od svojcev, ki bi vas lahko peljal, ali pa boste morali imeti reševalne prevoze. Tega verjetno še ne veste.
 B11: Ne, še ne vem. To mora biti huda bolezen, da se mi vsak dan slabša, nič več ne morem.
 Z11: Saj zato pa gre, da bi se zdravljenje čim prej začelo. Se da zelo fino, boste videli, v kratkem času se boste dosti bolje počutili, tudi dosti več energije boste imeli in boste lažje na te preglede hodili. Sedaj na začetku bo najhuje.
 B12: Se da to pozdravit?
 Z12: Čisto do konca ne, tako da bi vam rekla, da boste dobila neko dozo zdravil in boste potem vedno zdrava. Ampak se da zdravila, se stanje izboljša in potem se hodi samo na kontrole in potem se spremlja. Če se znova bolezen v večji meri pokaže, se znova zdravila dobi, ampak to je leta lahko. Pod stalno kontrolo sedaj kar računajte, da boste. A od daleč prihajate?
 B13: Doma sem kakih pet km stran, na avtobus sem vezana, ne morem iti peš.
 Z13: Ste sedaj v tem času, teh 10 dni, ko ste na izvide čakali, kakšna zdravila že jemali?

- B14: Ja, sem samo proti bolečinam jemala, pa še ponoči ne spim. Človek ne spi, samo na to misli, negotovost ubija človeka.
- Z14: Sedaj vsaj toliko veste, bolezen je potrjena, veste, v katero smer iti z zdravljenjem, vsaj te negotovosti ste razbremenjeni. Zdravila bo treba majčkeno jemati, se bova zmenili, kako boste jemali, da bo manj bolečin, vsaj za prvo obdobje. Saj ko boste vi ustrezna zdravila dobili, bodo tudi bolečine prenehale in tudi počutje bo boljše, ne boste tako nemočna, tako da se bo dalo zelo v redu peljat. Se dogovoriva tudi za spanje kakšna zdravila?
- B15: Ja, za spanje bi prosila, pa proti bolečinam.
- Z15: Sicer pa se bom jaz kar dogovorila z zdravnikom na oddelku v bolnici, kdaj bi vi lahko prišli na prvi posvet, kjer vam bodo začeli zdravljenje. Jaz vam sedaj ne morem povedat, ali bodo to zdravili doma, ali v bolnici, pa boste morali enkrat na teden recimo na infuzijo iti. To bo povedal specialist v bolnici, kako imajo plan. Tako da še enkrat se jim boste morala iti pokazat, do takrat boste si pač s temi mojimi zdravili pomagala, kako pa bo jasen plan specialistov, kakšno bo vaše zdravljenje naprej, pa se bova spet videli. Če pa bo vmes kaj posebnega ali pa boste imeli kake druge težave, me pa kar pokličite.
- B16: Je pa to huda bolezen, ne?
- Z16: Veste, ni tako kot angina, ki jo preboliš; predvsem je bolj dolgotrajno to zdravljenje. Dolgo časa traja, da se te celice obnovijo, preden se pravo razmerje vzpostavi. Zato je teh pregledov na začetku dosti mučnih, ko bo pa prvi mesec za vami, bo pa dosti lažje. Se slišiva, a ne? Če boste pa še kako vprašanje imeli, me pa kar pokličite, ali pa če bo kdo od svojcev imel kaj za vprašat, če kaj še ni jasno.
- B17: Če bo zelo hudo, bom kar poklicala ali pa prišla.
- Z17: Tako, jaz pa vas obvestim, kdaj boste imeli prvi posvet s specialistom.
- B18: Hvala.
- Z18: Nasvidenje.
- B19: Nasvidenje.

Komentar

V pričujočem sporočanju slabe novice najbolj pogrešamo jasno sporočilo, **katero bolezen ima bolnica**. Kodeks medicinske etike in deontološka določila za ravnanja zdravnika nalagajo, da je zdravnik dolžan bolniku sporočiti informacije o njegovi bolezni, če bolnik to želi, in v tistih potankostih, kot si bolnik sam želi. Ravnanje zdravnika s stališčem, da bolniku ni potrebno natančno odgovoriti, ko bolnik celo vztraja s ponavljanjem svojega vprašanja, je medicinsko-etična napaka. Bolnica kar trikrat poizveduje o svoji bolezni, a ji zdravnik ne odgovori (vprašanja bolnice: B7, B11, B16). Podcenjevanje bolnice, da ne bo razumela, oziroma da ne potrebuje natančnega imena svoje bolezni, je v bistvu obrambna reakcija zdravnice. S tem, ko vodi pogovor pod svojim nadzorom, se izogne čustveni reakciji bolnice, saj sploh ne dovoli trenutka, ko bi se bolnica lahko zavedala svoje bolezni. Tako pomanjkljivo sporočena diagnoza ne dovoljuje bolnici doživeti občutkov in ji ne ponudi možnosti spraševanja o bolezni. Bolnica ne dobi jasnega sporočila, ki bi ji omogočal razumevanje in soodločanje pri zdravljenju. Najpogosteje bolniki, ki jim niso

povedali, za katero boleznijo so zboleli, sklepajo, da tudi zdravnik ne ve natančno, za kaj gre. Vse to lahko pri bolnikih povzroči negotovost in občutek, da ni bilo narejeno vse, kar bi bilo potrebno.

Če si pogovor podrobneje pogledamo predvsem z vidika spretnosti sporočanja slabe novice, vsebuje nekaj učinkovitih veščin sporazumevanja zdravnice ter še nekatere pomanjkljivosti poleg zgoraj opisane najbolj očitne medicinsko-etične napake.

Dobre strani pogovora

- Povpraševanje, kaj so bolnici pri preiskavah že rekli (Z6: »In kaj so rekli?«).
- Spoznavanje bolnice, spoznavanje poteka bolezni (Z1 – Z5, Z13).
- Poizvedovanje o družinskih članih (Z7, Z8).
- Uporaba odprtih vprašanj v začetku pogovora (Z1, Z8).
- Izčrpna razlaga nadaljnjih možnih postopkov pri obravnavi bolezni (Z7, Z9, Z10, Z12, Z14, Z15, Z16).
- Zdravnica ponudi, da bo sama uredila datum za posvet pri hematologu (Z15).
- Ponudba, da se bolnica lahko vedno obrne na zdravnico, če bo imela nova vprašanja (Z16).
- Zavzet odnos zdravnice skozi ves pogovor.

Pomanjkljivosti pogovora

Druge pomanjkljivosti (po vzoru šeststopenjskega modela sporočanja slabe novice »SPIKES« [9]):

- Manjka predstavitev zdravnika in uvod v pogovor, ki bi dal obisku okvir.
- Pred sporočilom o bolezni manjka poizvedovanje, kaj si bolnica misli o svoji bolezni in kaj vse že ve, da bi poleg informacij o njenem razumevanju bolezni, zdravnik lahko spoznaval bolnično izrazoslovje, razgledanost in njene občutke ter strahove.
- Samo sporočanje je hitro in pomanjkljivo. Najbolje ga je izpeljati počasi, z začetnim opozorilom: »Žal vam moram povedati, da imam za vas slabo novico.« Nadaljevalo naj bi se v presledkih, kjer se razlaga o bolezni zaključí z jasnim imenom bolezni.
- Sporočanje je v pričujočem pogovoru prepleteno s takojšnjo razlago postopkov, ki bolnico čakajo v prihodnosti, brez priložnosti za reakcijo bolnice, brez dovoljenja za izraz skrbi in občutkov z uporabo sočutnih vprašanj, npr. »Najbrž je hudo, če slišite takšno novico...« ali »Verjetno vam ni enostavno zdajle slišati takšno novico...« V procesu sporočanja slabe novice je ravno v tej točki največja sposobnost zdravnikov, da izpeljejo pogovor dobro, da bo bolnik dobil informacije v potankostih, kot jih sam želi in z občutljivostjo, ki mu omogoča čim boljšo podporo v doživljanju slabe novice.
- V pogovoru je pomanjkljivo tudi preverjanje (npr. »Mi sledite?« ali »Ste me razumeli?« ali »Ste že kaj slišali o tej bolezni?« itn.). Razlaga o bolezni, ki v

- pogovoru ni niti imenovana, je precej nepremišljena, saj zdravnica tudi ni preverila, če bolnica o tej bolezni že kaj ve.
- Premalo odprtih vprašanj, npr. »Kaj vas zdaj najbolj skrbi?« ali »Kako vam lahko še pomagam?« ali »Želite še kaj vprašati?« V okoliščinah, kot je sporočanje slabe novice, je še posebej koristno uporabljati odprta vprašanja kot večino podpiranja, saj bolnikom pomagajo spregovoriti o tem, kar jim je v danem trenutku najvažnejše v njihovem življenju.
 - Neprimerno odgovarjanje na bolničina vprašanja: bolnica trikrat ni dobila odgovora na svoje vprašanje.
 - Pomanjkljivo sledenje bolničinim namigom (B11).
 - V pogovoru manjka povzetek, ki bi omogočil ponoviti glavne poteze pogovora, da bolnica lahko še enkrat sliši najpomembnejša dejstva in izrazi svoje skrbi in pomisleke.
 - Kako bo odšla domov – ali jo kdo spremlja, potrebuje pomoč?

Razprava

Slabo sporazumevanje, predvsem pa slabo sporočanje slabe novice, ima lahko zelo negativne posledice na bolnikovo počutje, njegovo soodločanje in potek zdravljenja ter lahko predstavlja medicinsko napako, ki bi jo lahko preprečili. Za dobro sporazumevanje zdravnika z bolnikom so potrebna znanja, veščine ter odprta in široka stališča, ki negujejo partnerski odnos. Samo z izkušnjami zelo težko pridobimo vsa znanja, veščine in stališča, zato je potrebno učenje sporazumevanja. V deželah, ki imajo v medicinskih programih že tradicionalno vključeno izkustveno učenje sporazumevanja zdravnika z bolnikom (Velika Britanija, Kanada, Avstralija, Švedska...) ugotavljajo, da poučevanje novih znanj, spretnosti in širokih stališč tudi z izkustvenimi metodami v majhnih skupinah še ni dovolj, da bi podprli tudi uporabo teh znanj v praksi. Raziskovalci ugotavljajo, da morajo biti poučevanja sporazumevanja usmerjena predvsem v pomoč, kako ravnati z bolnikom, ki je čustveno prizadet [10]. Ko so bili študenti medicine proti koncu svojega študija vprašani, česa se najbolj bojijo v svoji praksi, so na prvo mesto postavili čustveni odziv bolnika, ki ga po končanem študiju najmanj obvladajo [10].

Angleški raziskovalci sporazumevanja ob koncu življenja prihajajo do podobnih zaključkov, kot v našem primeru, da takrat, ko gre za pogovor z bolnikom, ki ima neozdravljivo bolezen, zdravniki in medicinske sestre zelo pogosto uporabljajo taktike umikanja [11-14]. Z raziskavami direktnega opazovanja, z audio-snehanjem pogovorov med zdravnikom in bolnikom s sodelovanjem simuliranih bolnikov, so dokazali, da so kot najpogostejše tehnike umikanja pri pogovoru zdravnika z bolnikom sledeče [11]: neutemeljena tolažba, selektivna pozornost za telesne težave, četudi bolnik istočasno izraža poleg telesnih težav še svoje psihološke stiske, ter pomanjkljivo sporočanje o napredovali bolezni. Da se zdravniki in medicinske

sestre tako z distanco odzivajo v pogovorih z neozdravljivo bolnimi, je verjetno tudi posledica tega, da v medicinskem študiju običajno ne dobijo znanj in veščin za sporazumevanje v čustveno težavnejših pogovorih.

Sklep

Slabo sporazumevanje z bolnikom, še posebej pri sporočanju slabe novice, ima lahko zelo škodljive posledice za zdravje in kakovost življenja bolnika in njegovih svojcev. Sporazumevanje v težavnih okoliščinah je vsekakor stres tudi za zdravnika in ne le za bolnika. Raziskave potrjujejo, da se je znanj, spretnosti in razširjenih stališč o sporazumevanju možno naučiti. Izkustveno učenje sporazumevanja pa ne nudi le znanj, veščin in stališč, temveč tudi povečuje samozavest in zmanjšuje stres pri soočanju s težavnimi okoliščinami sporazumevanja, z bolniki in njihovimi svojci, kar lahko vodi v manj napak in slabega ravnanja [10].

Sporočanje slabe novice se danes v praksi vrši v vsaj treh različnih načinih:

- »paternalistični«, kjer zdravnik bolnika ščiti pred njegovo boleznijo, prikazuje lepšo in lažjo sliko oziroma prikriva dejstva ter s tem bolnika podcenjuje;
- »pogodbeni«, kjer zdravnik s pomanjkljivim sočutjem zelo direktno sporoča vsa dejstva ter pri tem ignorira psihološko-čustvene potrebe bolnika;
- »partnerski«, ki upošteva bolnika kot čutečega in ga med sporočanjem po korakih, kolikor bolnik želi natančno, še podpira v njegovih psiholoških potrebah [15].

Prednost ima partnerski model sporazumevanja, včasih pa je potrebno uporabiti tudi ostala dva. Izberemo jih glede na samo situacijo in bolnikovo sposobnost dojetja in sprejetja slabe novice.

Literatura

1. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Clues to patients' explanations and concerns about their illness - a call for active listening. *Arch Fam Med* 2000; 9: 222-7.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423-33.
3. Winefield HR, Chur-Hansen A. Evaluating the outcomes of communication skills teaching for entry level medical students: Does knowledge of empathy increase? *Med Educ* 2000; 34: 90-4.
4. Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine. *BMJ* 2002; 324: 1567-76.
5. Buckman R *Breaking bad news: a guide for health care professionals*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1995.
6. Maguire P, Booth K, Elliot C, Jones B. Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills – the impact of workshops. *Eur J Cancer* 1996; 32A: 1486-9.

7. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication: Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387.
8. Wilder A. A doctor's dilemma: stress and the role of the carer. *BMJ* 1996; 13: 889-90.
9. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news to the patient with cancer. *Oncol* 2000; 5: 302-11.
10. Faulkner A. *Teaching effective interaction in health care*. London: Chapman Hall, 1993.
11. Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985; 291: 1711-3.
12. Heaven CM, Maguire P. Disclosure concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med* 1997; 11: 283-90.
13. Booth K, Maguire P, Butterworth T, Hillier V. Perceived professional support and use of blocking behaviours by hospice nurses. *J Adv Nurs* 1996; 24: 522-7.
14. Wilkinson S, Roberts A, Aldridge J. Nurse-patient in palliative care: an evaluation of a communication skills programme. *Palliat Med* 1998; 12: 13-22.
15. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 1159-64.

KOMUNIKACIJA MED IZVAJALCI KOT VIR NAPAK

Nena Kopčavar Guček

*»The surest way to be deceived
is to consider oneself cleverer than others.«
[François, Duc de La Rochefoucauld]*

Uvod

Namen predstavitve tega primera je dodati še en košček k neskončni in zapleteni zloženki diagnostičnih prizadevanj v naših ambulantah. Situacije, v katerih smo negotovi, vodijo v napake in v konfrontacije s svojci.

Predstavitev primera

66-letna upokojena poročena šivilja je prišla v ambulanto zaradi 3 mesece trajajočega splošnega slabega počutja, kašlja, bolečine v vratu in v levi roki (zaradi nje je obiskovala kiropraktika). Občasno je imela vročino do 38 stopinj Celzija.

Pregled

Nekoliko pordelo žrelo, vratne bezgavke niso bile tipne. Avskultacijski izvid nad pljuči in srcem fiziološki, brez patoloških fenomenov. Levi spodnji kvadrant trebuha nekoliko palpatorno občutljiv.

Laboratorijski izvidi

SR=39, L=3,5, analiza urina brez patoloških ugotovitev. Bolnica zavrne rentgensko slikanje pljuč in srca. Ginekološki pregled ne pokaže nobenih posebnosti, tudi ultrazvočni pregled trebuha ne. Bolnici predpišemo amoksicilin s klavulonsko kislino glede na sum na respiratorni infekt (kašelj, zvišana telesna temperatura, pordelo žrelo, pospešena sedimentacija...).

Spremljanje

Bolnica se oglasi ponovno na kontrolo čez dva tedna. Še vedno ima vročino in blago bolečino v trebuhu. Preiskava urina po Sanfordu pokaže *Candido albicans*. Predpišemo ji antimikotik nistatin per os. Po tednu dni bolnica opazi krvav urin,

specialist urolog ji predpiše itrakonazola per os. Kontrolni pregled urina po Sanfordu teden dni po začetku jemanja antimikotika je negativen.

Tri tedne kasneje

Bolnica pride v ambulanto dispnoična, kašlja. Poroča o belem izmečku, vročini (do 39 stopinj Celzija). Krvni tlak sede na levi roki je 100/60, avskultatorno nad pljuči slišni znaki plevralnega trenja, perkusija nad obema sinusoma pljuč je skrajšana, dihalni zvoki slabše slišni. Laboratorijski izvidi: SR=98, CRP=172, Hb=m, MCV=77, EKG: nepopolni desnokračni blok, pulz nad 100 na minuto. Bolnico nemudoma napotimo na urgentni internistični oddelek (IPP).

Naše diagnoze: respiratorni infekt, najverjetneje plevritis, blaga anemija (zaradi dolgotrajnega infekta?)

Diferencialne diagnoze: Respiratorni infekt je bil zdravljen neuspešno kljub antibiotikom. Infekcija na sečilih je možna – a zadnji Sanford je bil negativen. Obstaja možnost procesa v abdomnu – a ginekološki pregled ni pokazal patoloških sprememb! Tudi ultrazvočna preiskava je bila brez posebnosti. Zaradi dispnoe, tahikardije in nekaterih EKG kriterijev bi bila možna tudi pljučna embolija.

Končni diagnostični postopki

Pri sprejemu v bolnišnico so opravili diagnostični poseg, ki je dal takojšnje in skorajda šokantne rezultate. Nobena od zgoraj naštetih diagnoz ni bila pravilna.

Ponovni ultrazvok trebuha je pokazal ascites in plevralni izvid obojestransko. Desni jajčnik se je zdel spremenjen, opravljena je bila diagnostična punkcija.

CT abdomna je pokazal številne manjše in večje peritonealne zasevke.

Največja tumorska masa je bila locirana desno od jajčnika, najverjetneje pripadajoča desnemu jajčniku.

Tumorski markerji: CA 125=404,7; CEA= 24.5. RTG prsnih organov: plevralni izliv desno, ki sega do 3.interkostalnega prostora, manjši izliv v levem sinusu. Renografija: oviran odtok iz ledvic obojestransko.

Končne diagnoze

- Adenocarcinoma ovarii dex; IV.stadij
- Ascites
- Pleuritis carcinomatosa

Zdravljenje

- Kemoterapija z namenom doseči operabilni stadij tumorja (Paraplatin, Endoxan)
- Paliativna terapija: Codein, Medrol, Reglan (antiemetik)

Razplet in razprava

Svojci (bolničnin 40-letni sin) so se oglasili v ambulanti, me obdolžili nevestnega zdravljenja in izbrali drugega zdravnika. Bolnica je umrla na Onkološkem inštitutu dva meseca po začetku zdravljenja.

18 % vseh ginekoloških karcinomov pri ženskah so ovarijski, največja pojavnost je po 50. letu starosti. Zgodnja diagnostika je težavna, ob času postavitve diagnoze je bolezen običajno razširjena že po vsej mali medenici ali celo izven nje. Eden od štirih tumorjev je malignen. Vsako povečanje jajčnika po menopavzi bi moralo biti sumljivo v smislu malignosti.

Ob tem primeru se odpirajo številna vprašanja in dileme:

1. Problem zgodnje diagnostike karcinoma ovarija še vedno ostaja nerešen. Abdominalni UZ, vaginalni UZ in tumorski marker Ca 125 ostajajo zaenkrat edine diagnostične možnosti. Kako pogosto naj bi jih ponavljali?
2. Problem delitve odgovornosti med izbranim zdravnikom in kliničnim specialistom: ali napotni zdravnik lahko podvomi v izvide kliničnega specialista? In če sme, kako naj ravna? Svetuje še sekundarno mnenje? Se obrne osebno na specialista s svojimi dvomi? Naj ga o dokončnem razpletu bolezni obvesti (v tem primeru je šlo celo za smrt)?
3. Kako voditi pogovor s svojci v takih primerih? Je bolje sam prevzeti vso odgovornost ali omeniti tudi možnost, da gre za soodgovornost konsultiranih specialistov?
4. Kako svojcem pojasniti, da gre za primer, ko je diagnoza praviloma vedno postavljena prepozno? Ali so znanstveni in statistični podatki zadostna uteha za svojce? Ali jih doživljajo kot nekakšne »izgovore« zdravnikov? Ali bi v tak pogovor s svojci kazalo vključiti tudi specialiste, ki so sodelovali pri diagnostiki (v danem primeru ginekologa) ali neodvisne specialiste (npr. onkologa, ki je v našem primeru sprejel bolnico na zdravljenje)?
5. Kako pogosto ponavljati iste preiskave?
6. Koliko grenkih izkušenj si nabere zdravnik v svoji karieri? S kom se mora pogovoriti o njih? S kom se lahko pogovori o njih?

ADMINISTRATIVNE NAPAKE PRI SODELOVANJU Z ZK I. STOPNJE

Olivera Masten Cuznar

»Everything must be taken seriously,
nothing dramatically.«
[Louis Adolphe Thiers]

Uvod

Napake, s katerimi se srečujemo pri delu na zdravniški komisiji I. stopnje (ZK), navadno niso smrtno nevarne, kot so lahko napake zdravnika pri neposrednem delu z bolnikom. Predstavljajo lahko hude nevarnosti za bolnika – zavarovanca (zavarovanca), njegovega delodajalca, njegovega osebnega zdravnika in seveda tudi za zdravnike na ZK I. Glede na vsebino in obliko pojavljanja bi jih lahko poimenovali administrativne napake, ki v sebi skrivajo nepotrebne negativne ekonomske posledice in sprožijo številne negativne odmeve na delo zdravnikov ZK. Z dobrim sodelovanjem med zdravniki ZK in zdravniki družinske medicine bi jih bilo mogoče zmanjšati ali celo odpraviti.

Predlog ZK I. stopnje - dobro ali slabo sodelovanje ?

Obrazec *Predlog ZK I. stopnje* in *Mnenje ZK I. stopnje* predstavljata najpogostejše edino obliko sodelovanja med zdravnikom družinske medicine, ki je izbrani osebni zdravnik zavarovanca, in zdravnikom na ZK. Pravilni *osnovni podatki bolnika - zavarovanca* na sprednji strani Predloga ZK in ujemanje z ustreznim zdravstvenim kartonom je naloga srednje medicinske sestre, ki odpošilja medicinsko dokumentacijo na ZK. *Zapis dela* (ne poklica!), ki ga zavarovanec opravlja, se zdi zgolj administrativna zahteva, je pa nujen za dobro ocenočasne nezmožnosti za delo, saj delazmožnost vedno presojamo v luči dela, ki ga zavarovanec opravlja. *Razlog obravnavečasne nezmožnosti za delo* označi zdravnik družinske medicine in je pomemben za izračun višine nadomestila kot tudi za kasnejše uresničevanje pravic iz invalidskega zavarovanja na invalidski komisiji. Obrazec *ER 8 (Prijava poškodbe pri delu)* mora biti v celoti izpolnjen in priložen medicinski dokumentaciji za obravnavo na ZK. Popolnost obrazca lahko preveri medicinska sestra. Delodajalec je dolžan izpolniti svoj del obrazca, s čimer potrdi, da je šlo za dogodek, ki se je zgodil med delom, na poti na delo ali z dela. Na podlagi izjave delodajalca in ugotovitve pregleda, da je šlo pri omenjenem dogodku za poškodbo,

zdravnik izpolni del obrazca, s katerim potrdi, da je bila posledica dogodka poškodba. Ustrezno je treba označiti *prvi dan, časovno opredeliti obliko začasne nezmožnosti za delo (za poln ali skrajšan delovni čas) in eventualne predhodne ocene na invalidski komisiji (IK)* (II., III. kategorija) oz. *datum napotitve na IK*. V veliko pomoč pri tem je posodobljen računalniški program administracije splošne ambulante. Kar je pravilno in vestno zapisano v računalniku, je tudi na *Predlogu*.

Zadnja stran Predloga je v celoti namenjena zdravniku. Obravnava Predlogov na ZK zahteva *vodilno in spremljajoče diagnoze ter ustrezne MKB šifre*, saj so odločilnega pomena za dobro oceno predvidene dolžine začasne nezmožnosti za delo ali oceno utemeljenosti napotitve v zdravilišče. Pri tem so pomembne predvsem eventualne kontraindikacije za takšno napotitev. Najpomembnejši strokovni del sodelovanja med osebnim zdravnikom in ZK je dober zapis anamneze, predpisane terapije in objektivnega trenutnega kliničnega statusa zavarovanca. Le-to predstavlja najboljše merilo za podaljšanje začasne nezmožnosti za delo ali napotitev v zdravilišče. Tudi v priloženih specialističnih izvidih je pomemben predvsem opis kliničnega statusa in ne toliko priporočila kliničnih specialistov o nezmožnosti za delo in napotitvi v zdravilišče, saj je med enim in drugim včasih močno neskladje.

Kadar je iz predložene medicinske dokumentacije razviden potek zdravljenja in utemeljenost nezmožnosti za delo, ZK lahko že na podlagi izvidov izda *Mnenje*. Če predložena dokumentacija ne omogoča izdaje mnenja, ZK lahko po pregledu poslane medicinske dokumentacije bolnika - zavarovanca povabi na obravnavo v prisotnosti, predvsem če gre za razhajanje med zdravstvenim stanjem bolnika - zavarovanca in priloženimi izvidi in ne, če zavarovanec "ne more delati", "ima naročene kontrolne preglede in diagnostiko" ali pa je "napoten na IK". Napotitev na IK sama po sebi ne pomeni nujno tudi popolne ali delne nezmožnosti za delo do IK ocene. Zavarovanec, ki je bil že ocenjen na IK (morda celo večkrat), priloženi izvidi pa ne dokazujejo bistvenega poslabšanja kliničnega statusa v primerjavi z ocenjenim v *Izvedenskem mnenju IK*, ne morejo čakati na ponovne in ponovne IK ocene v bolniškem staležu.

ZK večkrat zaprosi delodajalca za natančen opis dela in nalog, ki jih bolnik – zavarovanec opravlja. Kadar je iskrena želja delodajalca, da bi se bolnik – zavarovanec čimprej vrnil na delo, je mogoča celo prerazporeditev na ustrezno delo ali delo v skrajšanem delovnem času še pred oceno IK. Seveda so takšni primeri bolj izjema kot pravilo. Omejitve zapisane v *Mnenju ZK* in na *Zdravniškem potrdilu* niso obvezujoče za delodajalca, tako kot je odločba Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ).

Kadar je medicinska dokumentacija nepopolna, lahko ZK z dopisom zaprosi zdravnika družinske medicine za dodatne izvide ali potrebno obrazložitev.

Najkasneje v 8 dneh po prejemu popolne dokumentacije je ZK I. stopnje dolžna podati *Mnenje o začasni nezmožnosti za delo* ali *napotitvi na zdraviliško zdravljenje*.

Mnenje ZK I. stopnje

Kratko mnenje ZK po urah zadržanosti od dela, z razlogom začasne zadržanosti od dela in prvim dnevom začasne zadržanosti od dela prejmeta zavarovanec in delodajalec. Daljše mnenje ZK I. z obrazložitvijo prejmeta le zdravnik družinske medicine, ki je bolnika napotil na ZK in arhiv ZZZS. Zdravnik seznanj svojega bolnika z obrazložitvijo in utemeljitvijo začasne nezmožnosti za delo, posebno v primerih, ko je nezmožnost za delo zaključena. Ima tudi možnost zaključiti zadržanost od dela pred datumom, opredeljenim v *Mnenju ZK*, če zdravstveno stanje bolnika – zavarovanca to dovoljuje oz. je prejel odločbo ZPIZ in je dolžan ravnati v skladu z odločbo.

Pravni poduk glede možnosti pritožbe na ZK II. stopnje v roku 3 dni po prejemu *Mnenja in navodilo o ravnanju v času začasne nezmožnosti za delo* prejmejo bolnik – zavarovanec, delodajalec in zdravnik družinske medicine. Pritožbo na Mnenje ZK I. stopnje lahko vložita samo zavarovanec in delodajalec, vendar je zavarovanec dolžan ravnati v skladu z *Mnenjem* kljub vloženi pritožbi.

145. in 146. člen *Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ)* pravita, da ZK I. lahko predlaga zadržanje izplačila nadomestila zavarovancu, ki

1. se brez upravičenega razloga ne odzove povabilu na pregled na ZK;
2. se po ugotovitvah izbranega osebnega zdravnika družinske medicine ali pooblaščenega zdravnika oz. nadzornega organa ZZZS ne ravna po navodilih za zdravljenje ali ravnanje v času začasne zadržanosti od dela;
3. brez dovoljenja osebnega zdravnika med začasno zadržanostjo od dela odpotuje v tujino ali iz kraja svojega stalnega prebivališča;
4. laičnemu kontrolorju, pooblaščenemu s strani ZZZS, onemogoči opraviti kontrolni obisk;
5. odkloni ali neupravičeno odloži predlagano zdravljenje bolezni oz. poškodbe, ki bi ga ZZZS zagotovil in s tem neupravičeno podaljšuje začasno nezmožnost za delo.

Zadržano nadomestilo se zavarovancu izplača za ves čas opravičene zadržanosti od dela, ko so odpravljeni razlogi za zadržanje (primer napotitve na zdravljenje kronične odvisnosti od alkohola). Nadomestilo se ne izplača za obdobje, za katero je bil zavarovanec odsoten z dela po svoji krivdi in v primerih opravljanja pridobitnega dela.

Če ZZZS ali ZK ugotovita, da je bil zavarovanec neopravičeno odsoten z dela, mu za ta čas ne pripada nadomestilo. Če je nadomestilo že prejel, izpelje ZZZS postopek za vračilo izplačanega zneska.

Pravila OZZ (233. člen) osebnemu zdravniku le izjemoma dopuščajo, da oceni zavarovančevo začasno zadržanost od dela za nazaj, vendar za največ 3 dni od dneva, ko se je le-ta oglasil pri njem, razen če zdravnik zaradi praznikov ni bil dosegljiv v tem času. Če je bil zavarovanec v bolnišnici ali je zbolel v tujini in ni mogel do osebnega oz. mu ni mogel sporočiti razlogov za zadržanost, odsotnost za nazaj, daljšo od 3 dni, oceni ZK.

Prekinitve začasne zadržanosti od dela za isto diagnozo, ki so krajše od 30 dni, so v pristojnosti ZK. Zavarovance, za katere osebni zdravnik meni, da bi jim bilo potrebno ponovno odpreti bolniški stalež za isto diagnozo, je potrebno TAKOJ napotiti v obravnavo na ZK, ki odloča o tem, ali je nova odsotnost z dela upravičena ali ne. Vse pogostejše so pismene in ustne pritožbe delodajalcev nad kratkimi prekinitvami začasne zadržanosti od dela, saj je nadomestilo novo začelih 30 dni začasne zadržanosti od dela delodajalčevo finančno breme.

Prav lahko bi se zgodilo, da bi po pismenem opominu zaradi nespoštovanja *Pravil OZZ, ZZZS* plačilo nadomestila neutemeljeno odprte začasne nezmožnosti za delo naložil osebnemu zdravniku.

Sklep

Možnosti dobrega sodelovanja med osebnim zdravnikom in zdravniki na ZK še niso v celoti izčrpane. Celo s telefonskim klicem lahko odpravi nekatere pomanjkljivosti na *Predlogu ZK* ali napake v *Mnenju ZK*, ki so nastale zaradi pomanjkanja časa in preobremenitve sodelujočih. *Pravila OZZ* zahtevajo stalno dopolnjevanje in spremembe, ki jim je včasih težko slediti, kljub številnim možnostim v medijih. Najbolj zgovorni in poučni so vedno primeri iz prakse.

Literatura

1. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja s pojasnili in izvedbenimi navodili.
2. Učna delavnica Doktrina dela ZK po posameznih dejavnostih - Kriteriji predvidene začasne delanezmožnosti, Ljubljana 1999.
3. Učna delavnica Doktrina dela ZK po posameznih dejavnostih - Kriteriji predvidene začasne delanezmožnosti, Otočec 1998
4. Grbanović - Lješević L.: Izkušnje ob delu v zdravniški komisiji; Duševne motnje in zmožnost za delo, Begunje 1997; 152 - 158;

CELOVIT PRISTOP K OBVLADOVANJU ZDRAVSTVENIH TVEGANJ IN VARNEMU DELU

Janko Kersnik

*»Daj mi moč, da bi spremenil, kar se spremeniti da.
Daj mi potrpljenje, da bi sprejel, česar se spremeniti ne da.
Daj mi modrost, da bi ločil med tema dvema.«
[Frančišek Asiški]*

Uvod

Želja po obvladovanju napak v medicini je verjetno stara prav toliko kot medicina sama. Iskanje vzrokov za neugodne izide ima več obrazov. V ospredju je želja po kaznovanju in izločevanju tistih, ki delajo slabo [1, 2]. Pomembna je tudi želja po zmanjšanju stroškov, ki jih povzročajo tožbe in odškodninski zahtevki neposredno [3, 4] in posredno zaradi defenzivnega sloga dela [5]. Razlike, različki, odstopanja (pogreški in zmote) in zdravstvene napake pa postajajo vedno pomembnejši tudi iz čisto etičnih razlogov, tj. kakovosti oskrbe [6, 7]. Problema se lahko lotimo na individualni ravni ali na ravni sistema.

Posameznikov prispevek

Poleg stalnega strokovnega izobraževanja in usposabljanja zmanjšuje posameznik pogostost in težo napačnih odločitev s samonadzorom in s poročanjem o izjemnih dogodkih [8, 9].

Samonadzor

Samonadzor je nadzor nad strokovnostjo lastnega dela. Temelji na strokovni usposobljenosti in intelektualni poštenosti. Opravlja ga vsak zase v skladu z veljavnimi smernicami in strokovnimi načeli, ki veljajo za dani poklic oz. delo [9].

Poročanje o nepravilnostih

Če delavec ugotovi, da je prišlo pri njegovem delu ali delu njegovih sodelavcev do zdravstvenih napak oz. nepravilnosti, je dolžan takoj obvestiti svojega predpostavljene in v skladu s svojimi znanji ukreniti vse za odpravo napak ali

nepravilnosti in tudi morebitnih posledic. Pri poročanju o nepravilnostih West zahteva od poročevalca naslednje moralne lastnosti [10]:

- Poznavanje tega, v kar verjame.
- Svobodna izbira tega, v kar verjame.
- Negovanje tega, v kar verjame.
- Javno izražanje tega, v kar verjame.
- Stalno ravnanje v skladu z lastnim prepričanjem.
- Odgovorno sprejemanje posledic lastnih dejanj.

Na ravni zdravstvene ustanove je poročanje o nepravilnostih obvezno [9]. Na ravni države pa je poročanje o nepravilnostih moralna obveznost zdravnika, ki mu jo predpisuje Zdravniška zbornica Slovenije.

Pomen zadovoljstva bolnikov

Ustrezen slog sporazumevanja omogoča vzpostaviti zdravniku in medicinski sestri partnerski odnos in sodelovanje bolnika, s čimer se občutno zmanjša tveganje za neugodne izide. Nezadovoljni bolniki se ob enaki škodi, ki so jo utrpeli zaradi neustrezne zdravstvene oskrbe, pogosteje pritožijo in pogosteje tožijo zdravnike [11]. Večje zadovoljstvo prispeva k boljšemu sodelovanju bolnikov pri odločitvah in samem zdravljenju, kar zmanjša tveganje za nesporazume, ki bi lahko vodili do neugodnih izidov [11]. Nenazadnje imajo bolj zadovoljni bolniki tudi boljše zdravstvene izide [11]. Seveda pa mora organizacija zagotavljati ustrezne pogoje dela in tako organizacijo služb, da ne predstavlja nepotrebne ovire večjega zadovoljstva bolnikov.

Vloga organizacije pri obvladovanju tveganj in varnem delu

Glavna teža zmanjševanja neželenih izidov leži na plečih zdravstvene ustanove ali zasebnega zdravstvenega delavca. Splošne lastnosti organizacije, ki zagotavljajo bolj varno delo oz. manjše število neželenih dogodkov, so [10]:

- čim manjše število zaposlenih, oddelkov in služb, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;
- poimenska identifikacija čim večjega števila sodelujočih pri oskrbi;
- natančni protokoli uporabe zahtevne medicinske tehnologije;
- protokoli za čim več vsakdanjih postopkov (umivanje in razkuževanje rok, delo z nevarnimi odpadki, razdeljevanje zdravil);
- izdelava kliničnih poti za čim več bolezni;
- določitev formalnih poti izmenjave informacij o oskrbi bolnika;
- spodbujanje neformalne komunikacije med poklicnimi skupinami, ki se ukvarjajo s posameznim bolnikom;

- delo z zaposlenimi: motiviranje, nagrajevanje za uspehe in spodbujanje poklicne kariere;
- zmanjšati vpliv zunanjih dejavnikov na izpolnjevanje poslovnih ciljev;
- s strani plačnika in zdravstvene politike zagotovljeno stabilno financiranje;
- zagotavljanje varnosti, obvladovanje tveganj, odkrivanje izjemnih dogodkov in pritožni sistem so del sistema kakovosti organizacije.

Sodobne zdravstvene ustanove si torej ne moremo predstavljati brez sistema za obvladovanje tveganj in zagotavljanja varnega dela, ki je del sistema kakovosti in vključuje preprečevanje, odkrivanje, ocenjevanje, zmanjševanje in odpravljanje pomanjkljivosti [7, 10, 12]. Eden ključnih dokumentov zdravstvene ustanove na tem področju je Pravilnik o notranjem nadzoru, ki ga predpisujeta Zakon o zavodih in Zakon o zdravstveni dejavnosti [8, 13]. Ključna postaja na tej poti je odkrivanje odklonov od pričakovane ravni kakovosti zdravstvenih ukrepov.

Odkrivanje odstopanj

Odkrivanje odstopanj je postopek, pri katerem na podlagi ugotovljenih neželenih izidov iščemo njihovo vzročno povezavo z neustreznimi postopki oz. zdravstvenimi ukrepi, ki so pripeljali do njih. Lotimo se ga lahko z nadzorom, s poročanjem o vseh izjemnih dogodkih in s pritožnim sistemom.

Nadzor

Nadzor je predpisan z zakonom [8]. Možne so različne oblike nadzora: notranji nadzor, pregled med kolegi, krožek kakovosti, strokovni nadzor s svetovanjem ali komisijски nadzor ob sumu zdravstvene napake. Gre predvsem za naknadni nadzor nad kakovostjo dela - tj. nadzor po opravljeni oskrbi. Takšno odkrivanje odstopanj ima več pasti:

1. Temelji na podmeni, da je jasno, kakšna je prava (kakovostna) oskrba [7].
2. Temelji na domnevi, da je vsak izid posledica postopka, tj. odstopanj in ne upošteva različkov, ki so posledica pogojev dela in lastnosti bolnika.
3. O izvajanju zdravstvene oskrbe, postopkov in ukrepov razmišlja kot o mehaničnem procesu, o človekovem vplivu nanj zgolj kot hotnem in namernem neupoštevanju sedanjega znanja; že en neustrezen postopek je kazalec slabe kakovosti na splošno [7].
4. Zanaša se na "dokazno gradivo" v zdravstvenem kartonu in ostali medicinski dokumentaciji kot vereni posnetek opravljenega postopka [7].
5. Ob pomanjkanju jasnih meril in smernic je presoja ustreznosti postopka prav tako podvržena razlikam, kot tudi sam postopek [14].

6. Velikost škodljivosti oz. nastala škoda lahko bistveno vpliva na oceno pravilnosti postopka [14].

Da bi se izognili naštetim pastem, je nujno potrebno oblikovati natančne protokole za kateri koli nadzor in pri tem uporabiti jasna, vnaprej znana in napisana merila ocenjevanja ter smernice zelene ravni kakovosti [7, 14]. Žal nam trenutno stanje na področju nadzora kakovosti ne ponuja zanesljive in veljavne metode niti ne omogoča enostavnega sklepanja o krivdi in odgovornosti izvajalcev določenega postopka [15]. Nadzor kakovosti lahko izvajamo trajno, obdobjno ali občasno.

Trajni nadzor

Trajni nadzor ima tri oblike: samonadzor, skupinsko obvladovanje kakovosti in uporaba predpisov, pravil, norm, smernic, standardov idr. Samonadzor izhaja iz vrednot posameznega izvajalca, kulture ustanove in okolja. K učinkovitosti samonadzora prispevajo posameznikovo znanje, veščine in spretnosti. Skupinsko obvladovanje kakovosti se kaže v obliki skupinskega nadzora, tj. pritiska kolegov na konformnost vedenja. Najizrazitejši je ta vpliv znotraj kolektiva, v zdravstvu pa pogosto sega tudi preko meja ustanove. Različne oblike predpisov pod grožnjo kazenskih ali disciplinskih sankcij vplivajo na posameznika, da se s svojim ravnanjem čim bolj približa standardom, ki jih predpisujejo [7, 16]. Odkloni, ki jih na ta način opazi posameznik sam ali nanje pokaže skupina, praviloma hitro vplivajo na spremembo sloga dela v zeleni smeri [7].

Obdobjni nadzor

K obdobjnemu nadzoru lahko prištevamo spremljanje dela z informacijskim sistemom (npr. nad predpisovanjem zdravil, nad bolniškim staležem, nad poročanjem o nalezljivih boleznih), notranji (vodstveni) nadzor in strokovni nadzor s svetovanjem [7, 16]. Obdobjni nadzor težje zajame vse nianse postopkov in je zato njegov namen predvsem odkriti področja, kjer prihaja do takšnega sloga dela, ki zahteva podrobnejšo analizo in eventualne spremembe [7].

Občasni nadzor

Občasni nadzor se izvaja v obliki izrednega notranjega ali izrednega strokovnega nadzora s svetovanjem in z različnimi oblikami posameznikovega ali skupinskega obvladovanja kakovosti [7, 17]. Pomemben del k občasnemu nadzoru prispevajo vključevanje bolnikov, analiza izjemnih dogodkov in pritožni sistem [7, 18-20].

Tudi pri pritožbah (in tožbah) bolnikov, ki jih dobimo po tem, ko je neustrezen zdravstveni ukrep že povzročil določeno škodo, gre le še ugotavljanje, ali gre za nesrečo pri zdravljenju ali za zdravstveno napako. Marsikatera organizacija izpusti odlično priložnost za globljo analizo organizacije dela in se zadovolji z odkritjem krivca ali z umiritvijo problema [21]. V različnih sistemih zdravstvenega varstva je število tožb v zvezi z domnevnimi nepravilnostmi pri izvajanju zdravstvene oskrbe različno. Tudi cilji tožb so različni. Če domnevamo, da je eden izmed njih preprečevanje novih podobnih zdravstvenih napak, ugotovimo, da ima kaznovanje omejene možnosti za to [22, 23]. Pritožbe in tožbe kažejo le majhen del ponavadi specifičnih problemov pri izvajanju oskrbe [24]. Stalna grožnja pred tožbo in odškodninskimi zahtevki zvišuje zavarovalne premije za zavarovanje poklicne odgovornosti in zdravniki se zatekajo k obrambni medicini, s čimer se draži zdravstvena oskrba.

Poročanje o izjemnih dogodkih

Da bi izkoristili izkušnje zaradi različnih in pogostih odstopanj od pričakovane oskrbe, je potrebno uvesti poročanje o izjemnih dogodkih. V svetu so se uveljavili številni modeli in tudi v Sloveniji je tak program stekel z letošnjim letom [25-29]. Več o tem je opisano v posebnem poglavju.

Poročanje o izjemnih dogodkih je prostovoljna oblika samonadzora in medsebojnega nadzora z edinim namenom, odkriti odstopanja, ki predstavljajo povečano tveganje za izvajanje določenih zdravstvenih ukrepov in bi potencialno lahko ogrozila varnost bolnikov v prihodnje. Pri poročanju o izjemnih dogodkih in o poročanju, ki ga predpisujejo pravilniki o notranjem nadzoru v okviru samonadzora [7, 9] in odredba Ministra za zdravje glede poročanja o opozorilnih nevarnih dogodkih [29], pa velja pomisliti na nekaj načel, preden javno opozorite na napako [10]:

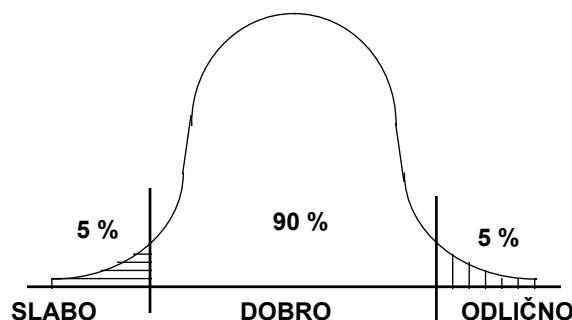
1. Poskusite rešiti problem po običajnih poteh znotraj vaše ustanove.
2. Prepričajte se, da bo imel bolnik zaradi opozarjanja na nepravilnosti več koristi kot škode.
3. Sprejmite odgovornost za svoja dejanja.
4. Za svoja dejanja imejte moralno in etično potrditev.
5. Raziščite primer in se prepričajte, da so dejstva resnično taka, kot se vam zdijo.
6. Dobro dokumentirajte dejstva.
7. Zavedajte se, da je vaša osnovna odgovornost do bolnikov, razen če neka druga moralna dolžnost pretehta to odgovornost.

Posledice različnih oblik nadzora

Nadzor nam na eni strani služi za kaznovanje "krivcev" za povzročeno škodo, na drugi strani pa kot neizčrpen vir za izboljševanje kakovosti [30]. Ko zaznamo neustrezen izid, nas najpogosteje bolj kot vzrok zanj zanima krivec, tj. kdo je odgovoren za nastalo škodo.

»Gnila jabolka«

Do nedavnega je prevladovala filozofija iskanja slabih izvajalcev, njihovo kaznovanje in izločanje. Veljala je obče sprejeta domneva, da bo kakovost zagotovljena z izločanjem tistih izvajalcev, ki so sodelovali pri ugotovljenih neustreznih izidih in jim je bilo dokazano odstopanje. Važneje je bilo najti "krivca", kot pa ugotoviti vzroke, ki so prispevali k slabemu izidu. Iskanje slabih izvajalcev pogosto imenujemo teorijo "gnilih jabolk" (slika 1). S kaznovanjem in izločanjem samo odkritih slabih postopkov le malo prispevamo k splošnemu izboljšanju kakovosti [7].



Slika 1. Teorija "gnilih jabolk". Z odkrivanjem in izločitvijo slabih izvajalcev, smo sicer dosegli, da le-ti ne bodo več opravljali nezaželene oskrbe, nič pa nismo storili, da bi se izboljšala kakovost ostalih 95 % izvajalcev.

Informacija o slabi oskrbi nam mora predvsem služiti za ukrepe, ki bodo spodbudili spremembe na boljše. Vsekakor je odkrivanje, kaznovanje in izločanje tistih, ki s svojim delom ogrožajo zdravje in življenje ljudi, pomembna naloga, vendar samo s tem ne moremo doseči želenega izboljšanja kakovosti. Pomembni zadržki so večplastni. Krepi se aparat za nadzor, ki troši denar, namenjen izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva. Večajo se stroški zaradi plačevanja visokih zavarovalnih premij na eni strani in stroški različnih odškodninskih postopkov zaradi poravnjav in na sodiščih ter zaradi širjenja defenzivne medicine. Zmanjšuje se

zaupanje bolnikov v sistem zdravstvenega varstva, v zdravstveno službo in v izvajalce.

“Obrambna” medicina

Odgovor stroke na možnost tožbe zaradi neustrezne zdravstvene oskrbe je t.i. obrambna medicina. Zdravnik za vsak slučaj, da bi se izognil kasnejšim očitkov v eventualnem odškodninskem ali kazenskem postopku, naroča več preiskav, pošilja tudi manj zapletene primere k specialistom in subspecialistom ter predpisuje več zdravil [5, 31]. Hkrati kaznovalni pristop odvrča izvajalce od zbiranja podatkov za projekte izboljševanja kakovosti, da jih ne bi kdo utegnil uporabiti proti njim [32].

Pozitivni učinki nadzora

Spremembe v slogu dela

Ne gre zanikati pozitivnih sprememb, ki jih povzročata večja budnost in obrambni slog dela. Bolj natančna razlaga postopkov in zdravljenja prispevata k večjemu vključevanju bolnikov, k njihovem večjemu zadovoljstvu in s tem boljšemu sodelovanju pri oskrbi. Bolj natančno vodenje zdravstvenega kartona omogoča lažje spremljanje lastnega dela in uporabo pri izboljševanju kakovosti [31]. Tudi večja koncentracija usmerjenih dejavnosti v rokah manjše skupine subspecialistov lahko predstavlja večjo strokovno kakovost [32], hkrati pa to predstavlja oženje vsebine dela druge stroke, manjša zadovoljstvo bolnikov zaradi ponavljajočih pregledov, preiskav in pogosto potovanja v oddaljeni kraj in ne nazadnje draži oskrbo [31].

Popravni ukrepi

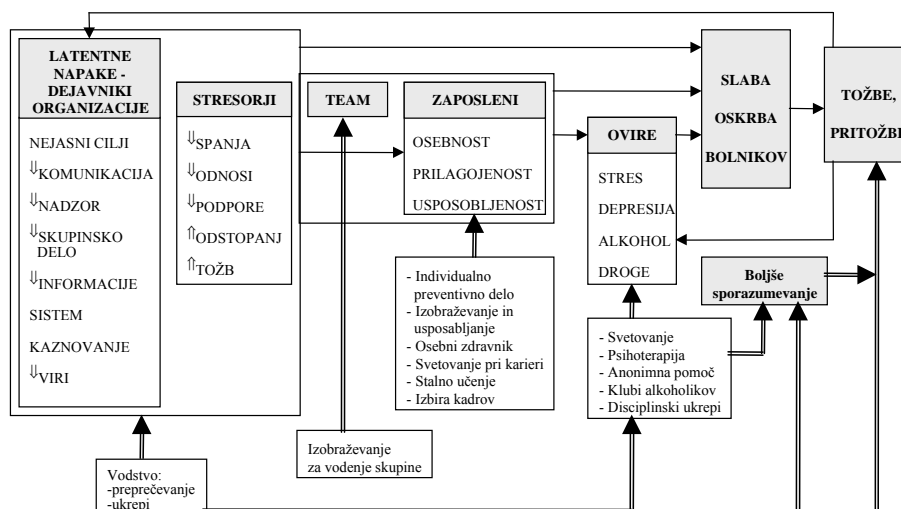
Poleg kaznovanja krivcev in sprememb pri organizaciji dela je eden najpomembnejših ciljev nadzora oškodovanemu bolniku na nek način poravnati povzročeno škodo. To se lahko zgodi v obliki opravičila ali finančne kompenzacije. Praksa na tem področju je pri nas v primerjavi s svetom še vedno zelo skromna.

Preprečevanje napak

Odkrivanje zdravstvenih napak v kateri koli obliki še ne zagotavlja doseganja zelene ravni kakovosti, včasih ima lahko celo rušilni učinek na prizadevanja za boljšo kakovost [31]. Poleg odkrivanja že nastalih zdravstvenih napak, ki so povzročile škodo, je potrebno poskrbeti predvsem za preprečevanje ponovitev odstopanj, ki bi lahko privedle do neželenih izidov, njihovo zgodnje odkrivanje in popravno

ukrepanje ob izvajanju podobnih zdravstvenih ukrepov v prihodnje [7, 12, 30]. Za uspešno preprečevanje zdravstvenih napak je nujno preoblikovati obstoječo organizacijo v zdravstvenih ustanovah in vzpostaviti sistem kakovosti [7], katerega deli so imenovanje odgovornega za kakovost, načrta zmanjševanja tveganj in zagotavljanja varnosti, analiza izjemnih dogodkov in pritožni sistem [7].

Ob ustrezni opredelitvi problema je poleg sporadičnih pritožb bolnikov in ob skromnem dometu občasnih nadzorov nujno rutinsko zbiranje podatkov o izjemnih (neželenih) dogodkih (ang. mishaps, nearly miss), ki nam kažejo, kje moramo iskati globlje sistemske ali človeške vzroke (slika 2). Naloga vodstva je poskrbeti za ustrezne ukrepe, ki delovnim skupinam in posameznikom omogočijo pogoje za varno delo in zmanjšajo tveganja za odstopanja.



Slika 2. Pogled na dejavnike, ki prispevajo k slabi oskrbi bolnikov, njihov povratni vpliv na organizacijo in zaposlene ter na možne popravne mehanizme [33].

Pri preprečevanju zdravstvenih napak si v organizaciji lahko pomagamo z naslednjimi ukrepi [30]:

Manjše zanašanje na človeški spomin

Kjerkoli je le mogoče, je potrebno zmanjšati vlogo človeškega spomina in drugih psihičnih procesov, ki so potrebni za odločanje [30]. Preoblikovanje delovnega procesa je možno tam, kjer je možno oblikovati smernice, delovne protokole in pri tem uporabiti računalniško tehnologijo [7, 30].

Večja uporabnost in dostopnost informacij

Uporaba računalniškega zdravstvenega kartona, v katerem so podatki zbrani »problemsko«, olajša spremljanje podatkov o bolniku ob njegovi obravnavi in ocenjevanje kakovosti dela [34]. Zdravstveni karton mora biti dostopen vsem izvajalcem, ki morajo vanj vpisovati vse svoje ukrepe.

“Standardizacija”

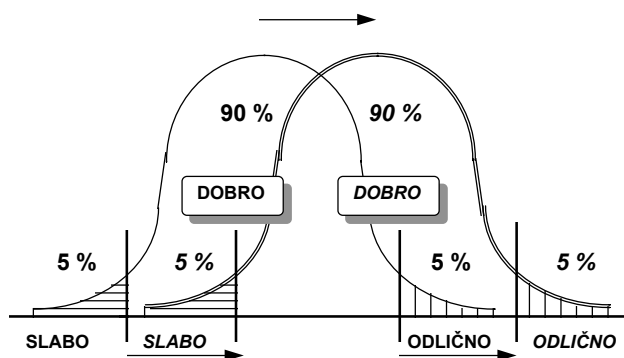
Sam izraz na nek način pomeni, da so določeni postopki “predpisani”, s čimer se zmanjšajo nepotrebna odstopanja in s tem možnost neustrezne oskrbe oz. napak. Najbolj znan in ustaljen primer standardizacije je postopek umivanja pred operacijo. Oblikovanje smernic, kliničnih poti, protokolov in navodil je smiselno na tistih področjih medicine, kjer je ugotovljena nekakovostna oskrba in jo je mogoče v sprejemljivi obliki obdelati in posredovati vsem prizadetim izvajalcem [7].

Izobraževanje in usposabljanje

Izobraževanje mora več časa posvetiti možnim zapletom različnih zdravstvenih ukrepov, njihovemu preprečevanju, odkrivanju in popravnim ukrepom, da se čim bolj zmanjša njihov škodljivi učinek. Izvajalce bi bilo potrebno poučiti, da napačno ukrepanje ni sramota, sramota je prikrivanje neustreznih postopkov. Zelo narobe je, da niti posameznik niti sistem (zdravstvena ustanova) v takih primerih ne ukrepata in ne spremenita načina oskrbe. Izobraževanje za kakovost mora biti del dodiplomskega, podiplomskega in stalnega strokovnega izobraževanja [7].

Odkrivanje najboljših - “zdrava jabolka”

Posamezni izvajalci si že po naravi prizadevajo, da bi svoje delo opravili čim bolje. Najboljši način za izboljšanje kakovosti lastnega dela je zato zgledovanje po tistih izvajalcih, ki se na svojem področju lahko izkažejo z najboljšimi izidi [7, 35, 36]. Ob uporabi povratnih podatkov in dodatnih spodbud si izvajalci prizadevajo, da bi dosegli čim boljše izide [7]. S premikom celotne krivulje izidov (slika 1) v smeri boljših izidov imajo vsi bolniki večjo korist od zdravstvene oskrbe, kot bi jo imeli le ob odstranitvi tistih, ki smo jih (enkrat) zalotili pri neustreznem postopku z neugodnim izidom (slika 3). Pri tem je zanimivo, da so spremembe lahko zelo dramatične že ob uporabi ne pretirano dragih spodbud [7].



Slika 3. Premik celotne krivulje izidov v zeleni smeri po uporabi povratnih podatkov o lastnem delu. Vidimo, da kar je danes dobro, lahko jutri ni več dobro; kar je danes odlično, bo jutri le še komaj dobro.

Stalno izboljševanje kakovosti in zavest vseh izvajalcev, da prispevajo h kakovosti, sta verjetno najpomembnejša dejavnika preprečevanja napak [7].

Sklep

Tudi največji požar se razplamti zaradi drobne iskre, če pade v primerno okolje. Pomembno je gasiti požar, a še važneje je, da imamo sistem za njihovo preprečevanje. S sistemom za obvladovanje tveganj in zagotavljanje varnega dela odkrivamo nastale zdravstvene napake, predvsem pa različne druge odklone (prikrite napake), ki bi utegnili povzročiti večje zdravstvene škodljivosti oz. občutno škodo bolniku.

Literatura

1. Milčinski J. O kazenskopravni odgovornosti zdravstvenih delavcev. V: Milčinski J: *Medicinska etika in deontologija. Razprave in članki*. Ljubljana: Univerzum, 1982: 102-114.
2. *Kazenski zakonik (Uradni list RS, št. 63/94, 70/94, 23/99)*.
3. Levinson W, Dunn PM. Coping with fallibility. *JAMA* 1989; 261:2252.
4. Blundell C. The Woolf report and the future of medical litigation. *Health Care Risk Report* 1995; 1: 1.
5. McQuade JS. Malpractice crisis - reflections on the alleged causes and proposed cures: discussion paper. *J Royal Soc Med* 1991; 84: 408-11.
6. Merrett H. Managing risks. The ethical dimension. *Health Care Risk Report* 1996; 2: 19-21.

7. Kersnik J. Kakovost oskrbe. V: Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino - SZD, 1998.
8. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/1992, 26/1992, 13/1993, 45/1994, 37/1995, 8/1996, 59/1999, 90/1999, 98/1999, 36/2000)*.
9. *Pravilnik o internem strokovnem nadzoru*. Kranj: Osnovno zdravstvo Gorenjske, 1994.
10. West E. Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. *Quality in Health Care 2000*; 9: 120-126.
11. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA 1997*;277:553-9.
12. Wilson J. Clinical risk management in general practice. *Health Care Risk Report 1996*; 3:19-21.
13. zakona o zavodih (UL RS, št 12/91)
14. Caplan RA, Posner KL, Cheney FW. Effect of outcome on physician judgements of appropriateness of care. *JAMA 1991*; 265: 1957-60.
15. Schroeder SA, Kabcenell AI. Do bad outcomes mean substandard care? *JAMA 1991*; 265: 1995.
16. Tavčar M. Kontroliranje. V. Možina S, ed. *Management*. Radovljica: Didakta, 1994: 676-705.
17. Hayes J, Shaw C. Hospital accreditation and risk management. *Health Care Risk Report 1996*; 2:19-25.
18. Kelson M. *Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes*. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London : Department of Health Clinical outcomes Group, 1995: 1-62.
19. Lingren O, Haywood B. Clinical incident reporting in NHS trusts. *Health Care Risk Report 1996*; 2:15-7.
20. Javetz R, Stern Z. Patients' complaints as a management tool for continuous quality improvement. *J of Management in Medicine 1996*; 10: 39-48.
21. Reason JT, Carthey J, de Leval MR. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Quality in Health Care 2001*;10: ii21-ii25.
22. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *JAMA 1991*; 265: 2089-94.
23. Lokar J. Izvedenska mnenja o morebitnih napakah v zdravnikovem odločanju in ukrepanju. V: Balažic J, Štefanič B. *Ocenjevanje telesnih poškodb. Medicinsko izvedenstvo 96. 2. memorialni sestanek Janeza Milčinskega*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, 1996: 11-16.
24. Localio RA, Lawthers AG, Brennan TA, laird NM, Hebert LE, Peterson LM, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Practice Study III. *NEJM 1991*; 325: 245-51.
25. Bagian JP, Gosbee JW. Developing a culture of patient safety at the VA. *Ambul Outreach 2000 Spring*: 25-9.
26. Wolff AM, Bourke J. Reducing medical errors: a practical guide. *Med J Aust 2000*; 173: 247-51.
27. Bagian JP, Lee C, Gosbee J, DeRosier J, Stalhandske E, Eldridge N, Williams R, Burkhardt M. Developing and deploying a patient safety program in a large health care

- delivery system: you can't fix what you don't know about. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27: 522-32.
28. Kieran W. Adverse events in health care: issues in measurement. *Quality in Health Care* 2000; 9: 47-52.
 29. Robida A. *Opozorilni nevarni dogodek*. <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>
 30. Leape LL. Error in medicine. *JAMA* 194; 272:1851-7.
 31. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ*; 310: 27-9.
 32. Black N. Medical litigation and the quality of care. *Lancet* 1990; 335: 35-7.
 33. Firth-Cozens J. Cultures for improving patient safety through learning: the role of teamwork. *Quality in Health Care* 2001;10: ii26-ii31.
 34. Kersnik J, Švab I. Predlog novega zdravstvenega kartona. *Zdrav Var* 1996; 35: 193-9.
 35. Kersnik J. Zgledovanje kot zagotavljanje kakovosti v zdravstvenih ustanovah. *Zdrav Var* 1995; 34: 125-30.
 36. Blumenthal D. Making medical errors into medical treasures. *JAMA* 1994; 272: 1867-8.

USPEŠNO SPORAZUMEVANJE ZMANJŠA TVEGANJE ZA ZDRAVSTVENE NAPAKE

Vlasta Vodopivec Jamšek

"Two monologues don't make a dialogue."

[Neznani avtor]

Uvod

Sporazumevanje z bolnikom je temeljna veščina pri delu zdravnika družinske medicine. Bolnikova voljnost za sodelovanje pri zdravljenju, njegovo zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo in tudi izidi oskrbe so neposredno odvisni od uspešnega sporazumevanja. Vseeno pa se včasih zgodi, da gre bolnik nezadovoljen iz ambulante ali da se zaradi napak pri sporazumevanju zgodi celo strokovna napaka. Veliko zdravstvenih napak ima svoje korenine prav v nepravilnem sporazumevanju. Zdravnik lahko napačno razume pomen bolnikove pripovedi ali pa napačno oz. slabo izrazi svoj namen [1]. Vzrok za bolnikovo nezadovoljstvo je lahko problem, ki je nerešljiv ali pa problem ni bil niti prepoznan.

Vsi vemo, da bolniki med posvetom lahko povedo zgodbo, ki jo težko pretvorimo v bolezen, običajno predstavijo celo več problemov, ki jih rešujemo v tem in v naslednjih posvetih. Pomembno je, da bolnikovo pripoved pazljivo poslušamo in tako odkrijemo bolnikove skrbi in bojazni. Med posvetom poskušamo ustvariti zaupljiv odnos z bolnikom, sporočamo v razumljivem jeziku, uporabljamo jasne razlage, sprotno preverjamo, če je bolnik razumel in upoštevamo bolnikova čustva ter se poskušamo vživeti v njegovo stisko [2].

Strokovnjaki menijo, da je nezadovoljstvo tisti razlog, ki ob slabem izidu ali storjeni zdravstveni napaki motivira bolnika, da se odloči za tožbo zdravnika. Kar v dveh tretjinah primerov, ko se bolniki odločijo, da bodo zadoščenje iskali pri odvetniku, temu botruje slabo sporazumevanje oz. čustvena plat dogajanja, bolj kot sam izid [3]. V teh primerih se bolniki pritožujejo, da jih zdravnik ni dovolj spoštoval ali da jih ni poslušal.

Modeli vodenja posveta

Dokazi, da so bolniki zadovoljni in da raje sodelujejo pri zdravljenju, če jim zdravniki dovolijo, da izrazijo svoje skrbi in ideje med posvetom, so močni [4, 5, 6].

Nekateri avtorji celo priporočajo, naj bodo bolniki vedno udeleženi pri sprejemanju odločitev med posvetom in ta koncept uporabljajo pri poučevanju družinskih zdravnikov [7, 8]. Nekaj je tudi raziskav, ki kažejo na odnos bolnikov do sprejemanja skupnih odločitev v postopku zdravstvene oskrbe. Bolniki imajo različne želje po vključevanju v odločitve pri zdravljenju. Razlike so odvisne od narave problema, ki ga izrazijo med posvetom (akutno stanje, kronična bolezen, psihični problemi ali življenjski slog), bolnikove starosti, njegovega socialnega statusa in kadilskega statusa [9, 10]. Zdravniki potrebujemo veščine, znanje o bolniku in čas, da ugotovimo ob kateri priliki, pri kateri bolezni in do katere mere želijo bolniki vključevanje v proces sprejemanja odločitev.

Obstajajo različni modeli sporazumevanja z bolnikom in seveda različni modeli sprejemanja odločitev pri zdravljenju. Razdelimo jih lahko v tri velike skupine: paternalistični, informativni in posvetovalni. Razlikujejo se po tipu, količini in pretoku informacij med obema [11]. Poleg tega so nekateri pristopi bolj kot drugi primerni za vključevanje bolnikovih idej in izvabljanje njegovih stališč.

Zdravniki, ki uporabljajo pretežno **paternalistični pristop**, nimajo posebnega interesa, da bi razpravljali o bolnikovih skrbah, ki so pridružene problemu, zaradi katerega je bolnik obiskal zdravnika. Običajno želijo le kratek opis telesnih simptomov, ki jih lahko pretvorijo v diagnostične kategorije. Pri čisti obliki takega pristopa zdravniki potem odločijo o zdravljenju, kot sami mislijo, da je najbolje za bolnika, ne da bi raziskali bolnikove potrebe in skrbi.

Pri **informativnem modelu** je bolniku podeljena bolj aktivna vloga pri razjasnitvi problema, zaradi katerega prihaja, in pri določanju zdravljenja. Zdravnik pri takem pristopu bolnika seznanja z ustreznimi strokovnimi podatki o možnostih zdravljenja, z njihovimi koristmi in tveganji. Tako seznanjen bolnik se potem sam odloči in izbere sebi primerno rešitev.

Značilnost **posvetovalnega pristopa (k bolniku usmerjenega posveta)** je, da zdravnik z bolnikom vzpostavi medsebojni odnos, ki omogoči skupno reševanje problema na način, ki je v skladu z bolnikovimi stališči in prioriteta. Zdravnik poskuša ustvariti sproščeno vzdušje in bolnika spodbuja, da pripoveduje o svojih mislih in izkušnjah v zvezi s pritožbo. Bolnika aktivno posluša, kar pomeni, da se zave tudi čustev, ki se skrivajo v zgodbi. Izmenjava sporočil pri tem pristopu pomaga zdravniku, da razume bolnika, bolniku pa zagotovi seznanjenost z možnostmi zdravljenja, njihovim tveganjem in koristmi. Bolnik tako lažje zgradi zaupljiv odnos z zdravnikom.

Vedenje posameznega zdravnika med posvetom z bolnikom v vsakdanjem življenju le redko sodi natančno v enega izmed modelov. Pri večini srečanj med bolnikom in

zdravnikom se običajno kombinirajo elementi iz različnih modelov [12]. Pristop do bolnika in njegovih težav se lahko menja tudi med samim posvetom.

Na splošno se priporoča k bolniku usmerjen pristop, a je njegova izvedba v praksi odvisna od značilnosti zdravnika in bolnika [13, 14]. Nekateri vidiki usmerjenosti k bolniku imajo pomembne koristi za bolnike: boljše sporazumevanje izboljša zadovoljstvo bolnikov in izide zdravstvene oskrbe ter zmanjša možnost napak pri predpisovanju zdravil.

Najvažnejša področja sporazumevanja, ki zagotavljajo izvajanje k bolniku usmerjenega pristopa v praksi, so:

- raziskovanje bolnikovih izkušenj z boleznijo, bolnikovih idej o problemu, občutkov, pričakovanj in vplivov na telesne funkcije,
- celostni pristop, ki vključuje telesne, duševne (bolnik začuti, da smo razumeli njegova čustva) in socialne (vpliv zdravstvene težave na družino in delo) prvine,
- partnerstvo pri reševanju problemov: skupno razumevanje problemov, soglasje, vrstni red reševanja, cilji zdravljenja ter vloga zdravnika in bolnika,
- promocija zdravja: zmanjšanje tveganja, pospeševanje zdravja in zgodnje odkrivanje bolezni,
- izboljševanje odnosa med zdravnikom in bolnikom: delitev moči, skrb in pripravljenost poslušanja in
- pravilna izraba časa.

Ko so raziskovali, katera od teh področij so najpomembnejša za bolnike, se je izkazalo, da so to: poslušanje, raziskovanje skrbi in potrebe po informacijah, jasne razlage, partnerstvo (doseganje soglasja) in promocija zdravja. Bolniki, ki so imeli psihosocialne težave, pogosti obiskovalci in taki, ki so se počutili slabo ali zaskrbljeno, so si bolj želeli k bolniku usmerjenega pristopa [15].

Največja ovira za izvajanje k bolniku usmerjenega pristopa je vsekakor pomanjkanje časa. Povprečen čas za pogovor z bolnikom je pri nas, a tudi pri angleških zdravnikih družinske medicine, približno osem minut, kar je običajno premalo za tak pristop.

Zakaj je potrebna večja odgovornost do bolnikov in boljše sporazumevanje?

Večja pričakovanja javnosti

V zadnjih letih se vse bolj poudarja aktivno vključevanje bolnikov v zdravstveno oskrbo in izboljševanje odgovornega odnosa do bolnikov, kar je najverjetneje tudi

posledica zanimanja javnosti za napake v medicini [16]. Pričakovanja bolnikov so glede na dosežke sodobne znanosti zelo velika, zmožnosti zdravstvenega sistema, da bi vse nove dosežke vključili prakso, pa so omejene. Ne glede na tehnološki napredek v medicini predstavlja dušo in srce dogajanj v zdravstvenem sistemu še vedno srečanje med zdravnikom in bolnikom ter njuno sporazumevanje. Boljše sporazumevanje razvija medsebojne odnose in tako ne le izboljša bolnikovo sodelovanje pri zdravljenju in izide oskrbe, pač pa ob slabem izidu lahko deluje kot blažilo bolnikove jeze.

Za izboljšanje varnosti zdravstvene oskrbe in zmanjševanje možnosti strokovnih napak postaja za zdravnike vse bolj pomembno:

- vključevanje bolnikov v odločanje o zdravljenju,
- seznanjanje bolnikov,
- izboljševanje sporazumevanja z bolnikom,
- zagotovitev priporočil in čustvene podpore,
- pridobitev soglasja za vse posege in postopke,
- izvabljanje povratnega odgovora od bolnikov in poslušanje njihovih stališč,
- odprtost in iskrenost ob neželenem dogodku.

Zagotavljanje primerne oskrbe

Zagotovitev informacij in vključevanje bolnikov v zdravstveno oskrbo kot partnerjev z drugačnimi izkušnjami sta jedro k bolniku usmerjenega pristopa. Če je zdravnik nedojemljiv za bolnikova stališča in ideje, je lahko bolnik deležen zdravstvene oskrbe, ki ni v skladu z njegovimi potrebami. Raziskave so pokazale, da zdravniki pogosto ne odkrijejo bolnikovih želja in potreb, nekatere ostanejo preprosto neizgovorjene [13]. Bolniki, ki so dobro seznanjeni s prognozo, možnostmi zdravljenja, stranskimi učinki in možno škodo zdravljenja bolj sodelujejo pri zdravljenju in dosežejo boljše zdravstvene izide [17]. Običajno tudi ne želijo neučinkovitih ali tveganih postopkov. Če zdravniki podamo bolnikom jasne razlage o dokazih za klinično delo, lahko povečamo koristi zdravljenja.

Odločitev za k bolniku usmerjen način sporazumevanja, kjer je bolnik opogumljen, da izrazi svoja stališča in sodeluje pri odločanju, nedvomno izboljša oskrbo. Ključ do uspešnega partnerstva predstavlja spoznanje, da je bolnik tudi strokovnjak. Zdravniki smo oz. naj bi bili dobro seznanjeni z diagnostičnimi postopki, bolezenskimi vzroki, prognozo, možnostmi zdravljenja in preventivnimi strategijami. Bolniki pa edini vedo o svoji izkušnji z boleznijo, socialnih okoliščinah, navadah, nagnjenosti k tveganju, stališčih in vrednotah. Oba vidika, tako zdravnikov kot bolnikov, pa sta nujna za zadovoljivo obvladovanje zdravstvene težave. Pripravljenost obeh strani za skupno razumevanje problema in skupno odločanje pri zdravljenju predstavlja temelj uspešne oskrbe. Zanimanje za tak način dela je v svetu in tudi pri nas predvsem na primarnem nivoju

zdravstvenega varstva, čeprav se tudi na tem področju še ne izvaja v priporočeni in zaželeni meri [18].

Zajamčena bolnikova varnost

Zdravstveni sistem je neločljivo povezan s tveganjem za zdravstveno napako (človeško ali organizacijsko), ki se lahko zgodi tudi pri najboljših izvajalcih. Zgodnje odkrivanje tveganja preprečuje napake, vendar je neločljivo povezano s kulturo zaupanja, poštenosti in odprtega sporazumevanja med bolniki in izvajalci zdravstvene oskrbe.

Zdravniki lahko zmanjšamo pojavljanje strokovnih napak in stranskih učinkov zdravstvene oskrbe z aktivnim vključevanjem bolnikov. Bolniki, ki vedo, kakšne standarde oskrbe lahko pričakujejo in na kaj naj bodo pozorni, lahko bistveno zmanjšajo možnost za strokovno napako. Kot primer lahko navedemo napake pri predpisovanju zdravil, ki so relativno pogoste in jih lahko preprečimo, če so bolniki dejavneje vključeni v oskrbo [19].

Najpogostejše napake pri predpisovanju zdravil:

- slabo sodelovanje pri jemanju zdravil, ker niso bila upoštevana bolnikova stališča o zdravlilu in načinu zdravljenja;
- slabo sodelovanje, ker bolnik ni bil seznanjen, čemu je zdravilo dobil in kako bo delovalo;
- neprimerno zdravilo ali odmerek, ker se zdravnik in bolnik nista sporazumela o kontraindikacijah in stranskih učinkih;
- neuspešen prenos bistvenih podatkov o tem, kako in kdaj naj bolnik vzame zdravilo;
- ni pogovora o najpogostejših stranskih učinkih in bolnik ni pripravljen, da bi prepoznal nepričakovane probleme;
- napake pri prepisovanju zdravil iz zdravstvenega kartona pri kroničnem zdravljenju (te se lahko prepreči, če se bolniku prebere recepte ali omogoči bolniku vpogled v zdravstveni karton).

Veliko posvetov pri zdravniku družinske medicine se konča s predpisom recepta za zdravilo, zato je pri tem kar veliko možnosti za nesporazume [14]. Vrste nesporazumov pri predpisovanju zdravil:

- *Zdravnik ne izve dovolj o bolniku:*
 - Bolnik ne omeni ustreznih podatkov o prejšnjih stranskih učinkih zdravila, ker meni, da se jih zdravnik zaveda.
 - Zdravnik se ne zaveda bolnikovih bojazni o bolezni in zdravljenju, npr. pretirane uporabe antibiotikov.
 - Zdravnik napačno razume bolnika, da želi recept, le-ta pa ga v resnici ne želi ali obratno.

- Zdravniku ni znana uporaba alternativnih zdravil in zdravil iz proste prodaje.
- Zdravnik ne ve, da je bolnik spremenil odmerek ali da ga vedno zmanjša.
- *Bolnik od zdravnika ne izve dovolj:*
 - Bolnik ne razume natančno, kako deluje zdravilo (npr. meni, da kortikosteroidno pršilo pomaga pri akutnem napadu astme).
 - Bolnik ni poučen o natančnem odmerku zdravila (npr. zdravnik mu naroči, naj zmanjša odmerek diuretikov, a mu ne razloži kako).
 - Bolnik želi informacije, a zdravnik tega ne opazi ali pa se mu zdi, da bolnik informacij ne potrebuje ali jih ne bi razumel (npr. bolnik želi informacije o koristi in tveganju predlagane nosne operacije, a v odgovor dobi dva recepta za zdravila).
- *Bolnik je deležen nasprotujočih si informacij:*
 - Bolnik je zmeden, ker dobi drugačne informacije o zdravilu od zdravnika v bolnišnici in od zdravnika družinske medicine ali farmacevta.
- *Nesporazumi glede stranskih učinkov zdravila:*
 - Bolnik lahko nezaželeno spremembo v počutju pripiše zdravilu, a se s tem njegov zdravnik ne strinja.
 - Zdravnik vztraja pri predlaganem jemanju zdravila, čeprav so prisotni blagi stranski učinki, ki naj bi kmalu minili, bolnik pa na svojo pest zdravljenje prekine.
- *Bolnik ne razume zdravnikovega načrta diagnostike in zdravljenja:*
 - Bolnik ne razume, se ne spominja ali ne sprejme diagnoze (npr. meni, da ima angino pectoris, ker mu je zdravnik predpisal nifedipin, zdravnik pa mu pravi, da ima inermitentno klavdikacijo).
 - Bolnik ne razume zdravnikovih odločitev pri zdravljenju (npr. ni mu jasno, kako lahko zdravnik predpiše zdravilo, čeprav mu diagnoza ni jasna).
- *Nesporazumi zaradi medsebojnih odnosov:*
 - Bolnik meni, da je bilo zdravilo potrebno, samo zato, ker je bilo predpisano, zdravnik pa ni čisto prepričan, da je potrebno, a o tem ne spregovori z bolnikom. Bolnik verjame, da ponavljajoč predpis zdravila namiguje na odobravanje zdravnika, v resnici pa se zdravnik pred bolnikom ne želi soočiti s stališči kolega, ki je zdravilo prvi napisal ali ga svetoval v specialističnem izvidu.
 - Zdravnik predpisuje, bolnik pa jemlje zdravilo predvsem zato, ker se bojita porušiti medsebojni odnos. Bolnik jemlje zdravilo, čeprav meni, da ni potrebno in se boji, da bi odklonitev zdravila pomenila manjšo zdravnikovo skrb zanj v bodočnosti.

Zmanjšanje pritožb in sodnih procesov

Slabo sporazumevanje in neupoštevanje bolnikovih stališč sta vzroka v večini pritožb in tožb v medicinski stroki. Delež zdravstvenih napak se lahko zmanjša z uporabo k bolniku usmerjenega pristopa. Raziskava 227 tožb angleških zdravnikov je pokazala, da je bila velika večina bolnikov ali njihovih svojcev nezadovoljnih z načinom in jasnostjo razlage, ki so je bili deležni od zdravnika in z neprimernim odnosom po storjeni napaki [20]. V nekaterih primerih bi celo preprečili tožbe, če bi z zdravniki po storjeni napaki ravnali drugače.

Bolniki imajo pogosto preveč idealistična pričakovanja, ker jim zdravniki ne ponudimo dovolj natančnih podatkov o tveganjih in pričakovanih rezultatih postopkov in zdravljenja, to pa je lahko tudi eden izmed vzrokov za tožbe. Bolniki so vse prepogosto deležni preveč optimističnih in prikrojjenih razlag o zdravstveni oskrbi. Ne gre se torej čuditi, da so bolniki nezadovoljni z rezultati, če smo jim obljubljali odlične rezultate s čudežnim zdravilom ali operacijo brez tveganja in zapletov. Napačno uporabljeni paternalizem, ki poskuša zaščititi bolnika pred slabo novico, vliva bolniku in njegovim svojcem lažno upanje in je dolgoročno škodljiv tako za bolnika, kot tudi za zdravnika.

Izboljšanje bolnikovega samozaupanja

Paternalistični način zdravstvene oskrbe, ki še vedno prevladuje v zdravstvenem sistemu, v resnici povečuje povpraševanje po zdravstvenih storitvah. Ker se zdravniki predstavljamo v preveč vsemogočnih vlogah, bolniki premalo zaupajo lastni presoji in se za vsako malenkost oglasijo pri zdravniku. Vse prepogosto se z bolniki ravna kot z otroki, ki jim je potrebno natančno določiti ravnanje in jih hrabriti, ne pa kot z odraslimi ljudmi, ki lahko razumejo informacije in se sami odločajo. Paternalizem pospešuje pasivnost in odvisnost, slabi samozavest in spodkopava bolnikovo moč, da se bori. Veliko bolje je, če bolnike sprejemamo kot partnerje v procesu reševanja problemov, kajti njihov delež pri odkrivanju in imenovanju problema ter odkrivanju rešitev ter načrtovanju zdravljenja je neprecenljiv.

Če želimo partnerski odnos z bolniki, jim moramo seveda omogočiti nepristranske, s strokovnimi dokazi podprte informacije o možnostih zdravljenja in možnih izidih zdravstvene oskrbe, da bodo lahko sprejeli razumne odločitve. Če so bolniki dobro seznanjeni, so običajno bolj zadržani in izbirajo manj tvegane postopke, kot bi jih sicer zdravniki. Dobro bi bilo, da bi te informacije lahko bolniki dobili od neodvisnega vira.

Sporazumevanje ob storjeni zdravstveni napaki

Čeprav je v naši kulturi še vedno prisoten strah, da bi se osmešili in izpostavili obsodbam, če bi spregovorili o lastnih napakah, bolniki želijo, da se o tem govori. Bolniki želijo, da zdravnik prizna napako in se o njej pogovori, čeprav ni povzročila zdravstvene škode [3]. Vse prepogosto se namreč zgodi, da bolniki ne vedo, kaj se je v resnici dogajalo, kar jih še bolj bega.

Velikokrat se bolniki na storjeno napako odzovejo z jezo. Če znake jeze zgodaj prepoznamo, jih lažje obvladujemo. Jeza je namreč pogost in naraven odgovor na strah in predstavlja izgubo kontrole bolnika nad samim seboj. Bolje je, da se na jezo ne odzovemo z obrambo, ampak jo raje potrdimo, npr. *Vidim, da vas je to res razjezilo*. Uporabimo odprta vprašanja, da ugotovimo, zakaj je bolnik jezen, npr. *Povejte kako je bilo?* Opogumimo bolnika, da lažje izrazi svojo jezo, npr. *Kako ste bili jezni?* Pokažemo empatijo in spoštovanje do bolnikovih naporov, da se obvlada. Povzamemo pogovor in tako pokažemo bolniku, da smo dojeli njegovo skrb in ponudimo pomoč [21].

Ključni elementi posveta z bolnikom po napaki so:

- Priznamo bolniku, da se je neželena izid zgodil.
- Opišemo dogodek, kolikor nam je znano in ne teoretiziramo. Razložimo, kako je prišlo do napake. Lahko rečemo, da vsa dejstva še niso znana in da jih bomo posredovali, brž ko bo možno.
- Izrazimo obžalovanje bolniku, da se je neželena dogodek zgodil, npr. *Žal mi je, da se je to zgodilo*.
- Ne priznavajmo krivde ali obdolžujemo drugih.
- Opišimo možne posledice napake za bolnika.
- Poudarimo, kakšni ukrepi bodo sledili, da se prepreči ponovitev take napake.

Sklep

Zdravniki po svetu in pri nas spoznavamo, kako pomembno je razpravljati o strokovni napaki, ki bo vedno možen spremljevalec zdravstvene oskrbe. Za vsako zdravstveno napako pa vedno obstajata bolnik, zdravnik in njun medsebojni odnos. Uporaba k bolniku usmerjenega modela posveta zmanjšuje možnost pojavljanja strokovnih napak, ker vključuje bolnika kot aktivnega partnerja. Ob pojavu neželenega dogodka pa tak partnerski način sporazumevanja olajša stisko bolniku in zdravniku.

Literatura

1. McWinney IR. *A textbook of family medicine. 2nd edition.* Oxford: Oxford University Press, 1997: 104-78.
2. Vodopivec Jamšek V. Posvet. In: Švab I, Rotar Pavlič D, eds. *Družinska medicina.* Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 610-8.
3. Flaherty M. Good communication cuts risk. *Physician's Financial News 2002; 20:* s10-s11.
4. Heaton PB. Negotiation as an integral part of the physician's clinical reasoning. *J Fam Pract 1981; 13:* 845-8.
5. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES et al. Randomized clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet 1975; 1:* 1205-7.
6. Stewart M, Brawn JB, Weston WW. *Patient-centred medicine.* Thousand Oaks: Sage, 1995.
7. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. *Meetings between experts.* London: Tavistock, 1985.
8. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation. An approach to learning and teaching.* Oxford: Oxford University Press, 1991.
9. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Serv Res Policy 1997; 2:* 112-21.
10. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ 2000; 321:* 867-71.
11. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med 1997; 44:* 681-92.
12. Charles C, Gafni A, Whelan T. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ 1999; 319:* 780-2.
13. Barry C, Bradley C, Britten N, Stevenson F, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ 2000; 320:* 1246-50.
14. Britten N, Stevenson F, Barry C, Barber N, Bradley C. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ 2000; 320:* 484-8.
15. Little P, Everit H, Williamson I et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ 2001; 322:* 1-7.
16. Richards T. Patients' priorities. *BMJ 1999; 318:* 277.
17. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet 2001; 357:* 757-62.
18. Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med 2000; 50:* 829-40.
19. Dean B, Barber N, Schachter MK. What is a prescribing error? *Q Health Care 2000; 9:* 232-7.
20. Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet 1994; 343:* 1609-13.
21. Tate P. *The doctor's communication handbook.* Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.

UPRAVNI NADZOR

Andrej Robida

*»He that will not apply new remedies must expect new evils;
for time is the greatest innovator.«
[Francis Bacon]*

Uvod

Nadzor nad delovanjem ustanov je potreben zlasti tam, kjer je od pravilnega in vestnega delovanja odvisna usoda posameznika ali populacije. Zaradi tega je tak nadzor uzakonjen tudi na področju zdravstvene dejavnosti. Namen različnih zvrsti nadzorov je izboljšati kakovost zdravstvene oskrbe. Različne oblike nadzorov same po sebi ne izboljšujejo kakovosti zdravstvene oskrbe, a nedvomno pripomorejo k njenemu dvigu. O kakovosti zdravstvenega varstva in kakovosti zdravstvene oskrbe govorimo vsi, a večkrat mislimo predvsem na količino opravljenega dela. Radi ocenjujemo druge, sami pa se ocenjevanju in nadzoru raje izognemo. V Nacionalnem programu zdravstvenega varstva republike Slovenije [1] je omenjen tudi nadzor nad delovanjem zdravstvene oskrbe z naslednjimi nameni:

1. izboljševanja kakovosti strokovnega dela,
2. organiziranosti zdravstva,
3. finančnega poslovanja,
4. pravičnosti in dostopnosti do zdravstvenega varstva,
5. delovanja zdravstvenih ustanov in zasebnih izvajalcev in
6. uresničevanje pravic zavarovancev.

V Sloveniji potekajo nadzori na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti v naslednjih oblikah [2]:

1. z internimi strokovnimi nadzori, ki poteka v obliki samonadzora in nadzora, ki ga izvajajo strokovna vodstva zdravstvenih ustanov (glej Notranji nadzor, str. 127)
2. strokovnega nadzora s svetovanjem, ki ga izvajajo tiste zbornice ali strokovna združenja, ki imajo javna pooblastila (glej Strokovni nadzor s svetovanjem, str. 121)
3. nadzor nad uresničevanjem pravic in pogodbenih obveznosti zdravstvenih zavodov in koncesionarjev izvaja Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije
4. upravni nadzor, ki ga izvaja Ministrstvo za zdravje.

Definicija upravnega nadzora

Upravni nadzor je nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev. Nadzor je lahko reden ali izreden. Redni nadzor načrtuje minister za zdravje. Izredni nadzor pa se opravi na podlagi zahteve ali pobude bolnika, bolnikovega svojca ali skrbnika, zdravstvenega zavoda, delodajalca, pristojne zbornice, sodišča ali po lastni presoji (tj. ministra). Upravni nadzor odredi minister za zdravje. Mislim, da v pravilniku o upravnem nadzoru v zdravstvu [3] manjka pobuda ali zahteva delojemalcev. Čeprav ti lahko uveljavljajo tako zahtevo preko pristojne zbornice, lahko sedanji način postopek samo še bolj zamota.

Kaj je potrebno navesti v zahtevi za upravni nadzor?

Zahtevo ali pobudo mora predlagatelj obrazložiti. Če so navedbe utemeljene, odloča minister o eventualni izvedbi upravnega nadzora. Ministrstvo za zdravje glede navedb predlagatelja lahko pridobi tudi dodatna pojasnila od izvajalca zdravstvene dejavnosti, pri katerem naj bi se nadzor izvedel.

Kdo izvede upravni nadzor?

Nadzor opravi komisija, ki jo sestavljajo zaposleni na Ministrstvu in ustrezni strokovnjaki s področja zdravstva.

Kaj se nadzira?

Komisija pregleda dokumentacijo izvajalca, vodi pogovor z direktorjem in posameznimi zaposlenimi v ustanovi izvajalca ali z zasebnim zdravstvenim delavcem. Pogovori se lahko tudi s predlagateljem, če gre za izredni nadzor.

Naloge komisije

Komisija pripravi zapisnik, ki ga podpišejo člani komisije in izvajalec, pri katerem je bil opravljen nadzor. Izvajalec lahko zahteva, da se njegova nestrinjanja z delom komisije vpišejo v zapisnik. Komisija nato v 15 dneh sestavi poročilo. Če se posamezni člani komisije ne strinjajo s vsebino, lahko podajo svoje ločeno mnenje. Poročilo komisije dobi izvajalec, v primeru izrednega upravnega nadzora pa tudi predlagatelj.

Kaj lahko sledi upravnemu nadzoru?

Če komisija ugotovi neposredno nevarnost za zdravje ljudi ali za zdravstvene razmere, lahko minister odredi začasne ukrepe. Začasni ukrepi niso vnaprej predpisani, ker je njih narava odvisna od ugotovljenih neposrednih nevarnosti za zdravje ali zdravstvene razmere, npr. začasno zaprtje enote zdravstvenega doma zaradi neustreznega vzdrževanja in zato nevarnosti nesreče, ki bi jo bolniki, osebje in obiskovalci lahko doživeli zaradi gradbene neustreznosti stavbe; začasno prenehanje delovanja oddelka bolnišnice in premestitev bolnikov v drugo bolnišnico zaradi pomanjkanja medicinskih sester in zaradi tega pomanjkljive zdravstvene nege, ki lahko neposredno ogroža zdravje bolnikov ali privede do zdravstvenih napak. Če se ugotovi, da zdravstveni delavec oz. zdravstveni sodelavec ali zasebni zdravstveni delavec ni sposoben opravljati svojega dela, Ministrstvo obvesti pristojno zbornico in delodajalca. Kadar se ugotovijo nepravilnosti, minister z odločbo določi ukrepe in roke za odpravo nepravilnosti. Kakšni bodo ukrepi, je odvisno od narave nepravilnosti. Npr., če komisija ugotovi, da se v zadnjem letu ni opravił niti en notranji nadzor in da zdravstvena ustanova nima pravilnika in navodil o notranjih nadzorih, mora zdravstvena ustanova v določenem času pripraviti pravilnik in izvesti notranji nadzor. Izvajalec nato poroča Ministrstvu o izvršitvi zahtevanih ukrepov.

Kot je v navadi, ima izvajalec pravico do pritožbe na Ministrstvo, vendar mora ukrepe vseeno izvršiti.

Kdo plača upravni nadzor?

Upravni nadzor plača izvajalec, kadar se ugotovijo nepravilnosti, sicer nosi stroške Ministrstvo.

Sklep

Ker je zdravstveni sistem kompleksen, obsežen in se tudi spreminja, ena vrsta nadzora nikakor ne more zagotoviti sprejemljive kakovosti ali celo odličnosti zdravstvene oskrbe. Upravni nadzor je samo ena izmed oblik nadzora v zdravstvu, ki se osredotoči predvsem na zakonitost dela zdravstvene ustanove ali zasebnih zdravstvenih delavcev. V bodoče nas čaka bolj celovita presoja delovanja zdravstvenih ustanov po vzoru mnogih tujih držav. Ta bo potekala v obliki zunanje presoje na podlagi vnaprej pripravljenih standardov in zahtev, kar je v načrtu Ministrstva za zdravje. Njen namen bo presoditi delovanje zdravstvene ustanove v celoti z osredotočenjem na upravljanje sistema celovite kakovosti.

Literatura

1. Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije - Zdravje za vse do leta 2004. *Uradni list RS št 49-2333/2000*, str. 6650.
2. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS, št 9-460/92*, str. 590.
3. Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu. *Uradni list RS, št. 14-648/1995*, str. 1157, *Uradni list RS, št. 72-3682/1998*, str. 5607.

STROKOVNI NADZOR S SVETOVANJEM

Marko Kolšek

*»Contradiction is not a sign of falsity,
nor the lack of contradiction a sign of truth.«
[Blaise Pascal]*

Uvod

Eden izmed glavnih ciljev zdravnikovega dela je zadovoljstvo bolnika. Pri izpolnjevanju tega cilja se zdravnik neredko sreča z različnimi ovirami oz. nasprotujočimi pričakovanji posameznih členov v verigi, ki so vpleteni v zdravnikovo delo: bolnik, bolnikova družina, zdravnikov nadrejeni, zdravnikovi sodelavci, Zavod za zdravstveno zavarovanje, Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica, zdravnikova družina in nenazadnje zdravnik sam. Za čimbolj ustrezno in uspešno delo zdravnika mora biti zato izpolnjenih več različnih pogojev, npr. prostori, oprema, organizacija dela, znanje, veščine, človečnost, poštenost in še kaj. V vsakem zdravstvenem sistemu je zagotavljanje teh pogojev porazdeljeno na več različnih dejavnikov (izobraževanje zdravnikov, financiranje dejavnosti, organiziranje dela...).

Kadar govorimo o teh pogojih, pogosto govorimo o t.i. »potrebni« pogojih, ki pa ponavadi niso tudi »zadostni« pogoji za ustrezno in uspešno delo. To pomeni: čeprav so teoretično zagotovljeni vsi potrebni pogoji, ni trdnega zagotovila, da je delo zdravnika opravljeno na najboljši možni način. V načelu pričakujemo, da zdravnik dela najbolje. Ker pa smo tudi zdravniki samo ljudje, se vsi bolj ali manj zavedamo, da so tako rekoč pri vsakem delu možne izboljšave in da lahko vsak od nas naredi tudi napako.

Zaradi tega so v vseh zdravstvenih sistemih vzpostavljeni bolj ali manj ustrezni mehanizmi, s katerimi se poskuša zagotavljati določeno kakovostno raven dela in zmanjšati število pomanjkljivosti in napak. Eden od takšnih mehanizmov je nadzor nad delom zdravnika, ki pa ima lahko več različnih oblik.

Ena od oblik nadzora nad delom zdravnika je strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga opravlja Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) na podlagi pooblastila Ministrstva za zdravje. Ta oblika nadzora se izvaja v skladu s *Pravilnikom o strokovnem nadzoru s svetovanjem* (v nadaljevanju Pravilnik) [1], ki ga je sprejela skupščina ZZS, nanj pa je dala soglasje Vlada Republike Slovenije.

Strokovni nadzor s svetovanjem

Strokovni nadzor s svetovanjem je lahko *redni, izredni ali pa ekspertni z mnenjem*. Namen in cilji strokovnega nadzora s svetovanjem so opredeljeni v Zakonu o zdravstveni dejavnosti [2] in Pravilniku [1]:

1. nadzor strokovnega dela ter uporaba strokovno preverjenih metod in dosežkov znanosti,
2. ugotavljanje izvajanja strokovnih navodil strokovnih kolegijev,
3. ugotavljanje uporabe metod kakovosti pri zdravnikovem delu,
4. svetovanje zdravnikom na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora.

Strokovni nadzor izvaja nadzorna komisija, ki je sestavljena iz dveh do petih zdravnikov (praviloma specialistov iste stroke, kot je nadzorovani zdravnik), ki jih predhodno imenuje izvršilni odbor ZZS. *Nalog za redni strokovni nadzor* se nadzorovanemu zdravniku vroči najmanj 15 dni pred dnem nadzora, prav tako tudi vodji enote, kjer ta zdravnik dela, in odgovorni osebi za strokovna vprašanja; če je zdravnik zasebnik, se vroči nalog samo njemu. Nalogu se priloži tudi vprašalnik, katerega vsebino določi Odbor za strokovno-medicinska vprašanja ZZS (v nadaljevanju Odbor). *Nalog za izredni nadzor in nadzor z ekspertnim mnenjem* se lahko vroči kadar koli, vendar najkasneje neposredno pred samo izvedbo nadzora.

Pri strokovnem nadzoru so prisotni: nadzorovani zdravnik, člani nadzorne komisije in vodja enote, vendar se lahko nadzor opravi tudi brez prisotnosti nadzorovanega zdravnika in vodje enote, če ne opravičita svoje odsotnosti ali se izmikata izvedbi nadzora.

Redne strokovne nadzore s svetovanjem opravlja ZZS na podlagi izdelanega letnega programa nadzorov, ki ga predhodno potrdi Ministrstvo za zdravje, ki za to tudi zagotavlja potrebna finančna sredstva. Redni strokovni nadzor s svetovanjem naj bi se opravil pri vsakem zdravniku vsaj enkrat v vsakem sedemletnem licenčnem obdobju, kar do sedaj ni uspevalo zaradi premajhnih finančnih sredstev.

Izredni strokovni nadzor s svetovanjem se opravi izven letnega programa nadzorov ob utemeljenem sumu, da gre pri določenem zdravniku za oporečno opravljanje dela. Predlog za izredni nadzor lahko podajo: minister za zdravje, plačnik zdravstvenih storitev ali drug naročnik, pobudo lahko poda tudi sama ZZS. Naročnik izrednega nadzora je tudi plačnik nadzora.

Ekspertni nadzor z mnenjem se lahko opravi na podlagi sklepa predsednika ZZS, Odbora, tožilca ali predsednika rabsodišča ZZS v okviru rednega letnega programa ali kot izredni nadzor, ki lahko obravnava tudi konkretnega bolnika, če je bil podan

sum, da je bila storjena zdravstvena napaka ali da je bilo ravnanje zdravnika neustrezno.

Potek strokovnega nadzora s svetovanjem

Člani nadzorne komisije se najprej pogovorijo z nadzorovanim zdravnikom o splošnih vprašanjih in pogojih izvajanja zdravstvene dejavnosti, preverijo podatke iz vprašalnika o zdravnikovi usposobljenosti, stalnem strokovnem izobraževanju, zdravnikovi ambulanti, organizaciji dela v njej, sodelovanju z drugimi strokovnjaki v zdravstvu in morebitnih ovirah za uspešno delo. Člani komisije nato pregledajo medicinsko dokumentacijo bolnikov, ki jih je vodil oziroma zdravil nadzorovani zdravnik, da retrogradno preverijo njegovo strokovnost dela. V dokumentaciji bolnikov se uradno z žigom ZZS in podpisom članov komisije označi, da je bila predmet nadzornega pregleda. Po pregledu medicinske dokumentacije se z nadzorovanim zdravnikom opravi razgovor o ugotovitvah nadzora in se mu svetuje morebitne izboljšave. O celotnem poteku in vsebini nadzora komisija sestavi ugotovitveni zapisnik, ki ga podpišejo predsednik in člani nadzorne komisije. Zapisnik se v roku 15 dni po končanem nadzoru posreduje nadzorovanemu zdravniku, njegovemu delodajalcu, ministrstvu za zdravje ter Odboru, v primeru izrednega nadzora pa tudi predlagatelju takega nadzora. Nadzorovani zdravnik lahko vloži pripombe na zapisnik. Na podlagi zapisnika in morebitnih pripomb nanj Odbor oceni delo zdravnika kot ustrezno, ob ugotovljenih pomanjkljivostih ali napakah zdravnika pa ustrezni organi ZZS lahko izrečejo različne ukrepe – odvisno od resnosti pomanjkljivosti ali napake.

Kljub temu, da se opisani postopek imenuje »nadzor«, srž rednega nadzora ni le v nadziranju, ampak v pogovoru s kolegi in svetovanje za morebitno izboljšanje kakovosti dela.

Če zdravnik dobi nalog za redni strokovni nadzor s svetovanjem, niso potrebne nobene posebne priprave. Zdravnik naj do datuma nadzora izpolni vprašalnik, ki ga dobi skupaj z nalogo in pripravi podatke o ambulanti in delu, ki jih ta vprašalnik zahteva. Za to potrebuje manj kot eno uro časa. Na dan nadzora naj ne naroča bolnikov v polnem številu, saj sam nadzor lahko traja nekaj ur. Prav tako naj si pravočasno dobi zamenjavo, če je na dan slučajno razpisan za nujno medicinsko pomoč.

Nekoliko drugače je pri *izrednem strokovnem nadzoru*. V takem nadzoru je eden pomembnih ciljev iskanje pomanjkljivosti ali nepravilnosti, za katere je bil postavljen sum, pri *ekspertnem nadzoru z mnenjem* pa še posebna obravnava konkretnega primera, pri katerem naj bi prišlo do nepravilnosti. Sam potek izrednega nadzora je zelo podoben kot pri rednem nadzoru: pogovor z

nadzorovanim zdravnikom o splošnih vprašanih izvajanja zdravstvene dejavnosti, usposobljenosti in strokovnem izobraževanju, delu v ambulanti, morebitnih ovirah za uspešno delo. Prav tako člani komisije pregledajo medicinsko dokumentacijo bolnikov, ki jih je vodil oziroma zdravil nadzorovani zdravnik. Pri tem so posebej pozorni na morebitne strokovne pomanjkljivosti, napake ali nepravilnosti, da ugotovijo morebitno upravičenost predloga takšnega nadzora. Pri ekspertnem nadzoru z mnenjem še posebno natančno pregledajo vso dokumentacijo v zvezi s konkretnim spornim bolnikom. Tudi v tem primeru se z nadzorovanim zdravnikom opravi zaključni razgovor in svetovanje za morebitne izboljšave. Prav tako se sestavi zapisnik o nadzoru. Pomembna razlika v primerjavi z rednim nadzorom je v nalogu, ki ni nujno vročen vsaj 15 dni pred nadzorom, ampak je lahko vročen kadar koli pred nadzorom – to pomeni, da lahko člani komisije pridejo tudi nenapovedano in tik pred nadzorom vročijo zdravniku nalog za izredni nadzor.

Nekaj misli o strokovnem nadzoru

Osnovni cilj rednega strokovnega nadzora naj bi bil izboljšanje kakovosti oskrbe bolnikov [3]. Če s takšnimi nadzori iščemo le odstopanja v slabo, neustrezno, ima to majhen vpliv na splošen dvig kakovosti. Bolje je, če nadzorni zdravniki ugotavljajo tudi dobre strani dela, ki jih potem spodbujajo pri nadzorovanem zdravniku in s svetovanjem prenašajo drugim zdravnikom [4, 5]. Pri vrednotenju zdravnikove strokovnosti morajo nadzorni zdravniki upoštevati veljavne predpise, sprejeta doktrinarna stališča in smernice ter izbrana merila za nadzor; čim bolj se morajo izogibati subjektivnih meril, ki jih uporabljajo na podlagi »lastnih izkušenj«. Merila morajo biti splošno znana in naj bodo podprta z dokazi, t.i. »nujna« – kaj in kako mora biti, nekatera pa so tudi »zaželeni«, kaj in kako naj bi bilo [3, 6]. Ker vemo, da idealnih ambulant in zdravnikov ni, je potreben dogovor v obliki smernic, kakšno oziroma kolikšno izpolnjevanje meril je še sprejemljivo. Vsa merila in smernice za redni strokovni nadzor s svetovanjem še niso povsem določene za vse vidike strokovnega dela zdravnika. Še najlažje je ovrednotiti izpolnjevanje pogojev, ki omogočajo strokovno delo (npr. oprema in strokovna usposobljenost), saj so bila merila in smernice izbrane že pred več leti [7, 8].

Težje je ocenjevati samo strokovno delo, saj lahko pri takšnem strokovnem nadzoru, kot je uveljavljen sedaj, temelji ocena predvsem na pogovoru z zdravnikom in pregledu medicinske dokumentacije bolnikov oz. naključno izbranega vzorca bolnikov. V omejenem času, ki je predviden za nadzor, seveda ni mogoče pregledati dovolj velikega števila zdravstvenih kartonov bolnikov, tj. tolikšnega števila slučajno izbranih kartonov, da bi lahko statistično veljavno posplošili ugotovljeno stanje. Tako npr. ni mogoče zagotovo oceniti morebitnega prepogostega ali preredkega spremljanja laboratorijskih parametrov. Prav tako je malo možnosti, da bi pri rednem nadzoru našli hujše napake, ker na srečo niso zelo pogoste. Pri

pregledu dokumentacije lahko ocenjujemo postopke in izide pri posameznem bolniku. Vrednotenje strokovnosti lahko dodatno olajša (in približa oceno strokovnosti resničnemu stanju) pogovor članov komisije z nadzorovanim zdravnikom ob samem pregledovanju dokumentacije. Če že poznamo merila za vrednotenje vodenja medicinske dokumentacije, pa smernice še niso povsem dorečene. Poleg tega je treba upoštevati, da je to pravzaprav vrednotenje vodenja dokumentacije, kar ni vedno nujno skladno s samo strokovnostjo zdravnika. Seveda je ugotovljena slabo vodena zdravstvena dokumentacija dobro izhodišče za svetovanje, ki lahko spodbudi izboljšanje.

Za bolj zanesljivo oceno strokovnosti dela zdravnika bi moral nadzor vključiti še nekatera druga merila in metode, ki bi zahtevale dodaten čas članov komisije in nadzorovanega zdravnika. Zavedajoč se, da ne obstaja nek idealen nadzor, tako kot ne obstaja idealna ambulanta, pa ima tak nadzor kljub temu smisel, saj lahko spodbudi proces izboljševanja kakovosti dela, hkrati pa tudi lahko odkrije pomanjkljivosti [9, 10]. Še bolj bo uspešen, ko bo med zdravniki splošno sprejeta miselnost k izboljševanju in bo tak nadzor prerasel v pogovor z zdravnikom o samonadzoru, pregled uporabljenih metod za samoocenjevanje in v svetovanje, kako izboljšati tak samonadzor in katere nove metode uporabljati zanj [4, 6].

Včasih se pojavijo pomisleki o pravici članov nadzorne komisije do vpogleda v dokumentacijo bolnikov. Člane komisije - tako kot druge zdravnike - veže obveznost varovanja poklicne skrivnosti, tako da ni ovir za tak vpogled. Če bi še bili pomisleki, lahko nadzorovani zdravnik v dokumentaciji prekrije identifikacijske podatke bolnika.

Sklep

Nekateri zdravniki se bojijo strokovnega nadzora s svetovanjem, vendar ni cilj teh nadzorov zastraševanje. Če se zdravnik pri svojem delu trudi biti strokoven in uspešen, kar hkrati tudi ustrezno dokumentira, bodo to zagotovo lahko ugotovili tudi člani nadzorne komisije, zavedajoč se, da smo tudi zdravniki ljudje, ne pa idealni stroji. Kdor se ne poskuša približevati k boljšemu, naj mu bo morebiten strokovni nadzor rajši spodbuda za izboljšanje kakovosti dela (preventivni smisel nadzora), ne pa zavora ali ovira za samostojno delo.

Literatura

1. Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem. *Uradni list RS*, št. 35-1651/00.
2. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS*, št. 8/96.

3. Kersnik J, Švab I. Ocenjevanje in nadzor kakovosti s pomočjo dokazov. In: Kersnik J, ed. *Znanstveno utemeljena medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2000: 59-68.
4. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD: 1998.
5. Shaw CD. Criterion based audit. *BMJ* 1990; 300: 649-51.
6. Fraser RC, Lakhani MK, Baker RH, eds. *Evidence-based audit in general practice. From principles to practice*. Oxford: Butterworth & Heinemann: 1998.
7. Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. *Splošna medicina. Načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1992.
8. *Pravilnik o zdravniških licencah*. Ur.l. RS, št. 109-5066/99.
9. Goldman RL. The reliability of peer assessments of quality of care. *JAMA* 1992; 267: 958-60.
10. Smith MA, Atherly RL, Kane RL, Pacala JT. Peer review of the quality of care. Reliability and sources of variability for outcome and process assessments. *JAMA* 1997; 278: 1573-8.

NOTRANJI NADZOR

Janko Kersnik

*»You cannot run away from weakness;
you must some time fight it out or perish.«
[Robert Louis Stevenson]*

Uvod

Nadzor kakovosti se naslanja na podmeno, da je z ustreznimi mehanizmi možno odkrivati odstopanja in različke pri delu ter z odstranjevanjem krivcev zanje izboljšati oskrbo bolnikov. Posledica tega naj bi bila ustrezna kakovost. Nadzor delimo na notranji in zunanji glede na končnega uporabnika podatkov, pridobljenih med nadzorom. O notranjem nadzoru govorimo, kadar se ga izvaja znotraj določene ustanove z namenom, da se

- nadzoruje strokovnost dela zdravstvenih delavcev in sodelavcev,
- nadzoruje organiziranost dela, opremljenost in higienski režim v posameznih organizacijskih enotah in v zavodu kot celoti,
- nadzoruje in spremlja kadrovska zasedba delovnih mest ter izvajanje strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja,
- ugotavlja izvajanje strokovnih navodil strokovnega kolegija zavoda in drugih inštitucij.

Zakona o zavodih [1] in Zakon o zdravstveni dejavnosti [2] predpisujeta **notranji (interni) strokovni nadzor** kot obvezno obliko zagotavljanja kakovosti. Izsledki notranjega strokovnega nadzora so poslovna skrivnost in se lahko uporabijo le v namene, ki jih določa pravilnik o notranjem nadzoru [2, 3]. Za izvajanje notranjega nadzora je pristojen in odgovoren direktor zavoda. Izvajajo ga posamezniki in skupine, ki jih določa Pravilnik o notranjem nadzoru in drugi predpisi ali jih imenuje direktor.

Oblike notranjega nadzora

Notranji strokovni nadzor se izvaja kot stalni - **redni strokovni nadzor** ali kot **izredni strokovni nadzor**.

Redni strokovni nadzor

Redni notranji nadzor izvaja vsak izvajalec sam pri sebi v obliki **samonadzora** ali samoocenjevanja kakovosti, kot pregled med kolegi (angl. peer review) oz. kot krožek kakovosti in kot **vodstveni nadzor** kakovosti. Po predpisih mora vsak zavod o notranjem (internem) nadzoru sprejeti ustrezen pravilnik in ga redno izvajati [2, 3].

Samonadzor

Samonadzor je nadzor nad strokovnostjo lastnega dela. Temelji na strokovni usposobljenosti in na intelektualni poštenosti. Opravlja ga vsak zase v skladu z veljavnimi strokovnimi spoznanji in načeli, ki veljajo za dani poklic oz. delo [3].

Nadzor, ki ga opravljajo vodje posameznih služb oz. dejavnosti

Vodje služb skrbijo za strokovnost dela delovnih skupin, ki jih vodijo. Nadzor opravljajo v skladu s sodobnimi spoznanji in strokovnimi načeli. O svojem delu, o kakovosti dela in morebitnih zdravstvenih napakah poročajo strokovnemu vodju zavoda in direktorju zavoda. V primeru ugotovljenih zdravstvenih napak ali nepravilnosti pri delu službe, ki jo vodijo, in pri svojem delu, so dolžni takoj obvestiti direktorja. Prav tako so dolžni v skladu s svojim strokovnim znanjem takoj narediti vse za preprečitev posledic, da ne bi prišlo do ponovitve napake oz. nepravilnosti.

Nadzor, ki ga opravlja strokovni kolegij zavoda

Strokovni kolegij sprejema in ocenjuje izvajanje načrtovanega strokovnega dela za posamezno obdobje (praviloma na podlagi četrletnih, polletnih in letnih poročil), obravnava pritožbe uporabnikov na delo zdravstvenih delavcev in sodelavcev zavoda in o njih odloča z vidika stroke ter opravlja ostale naloge na področju notranjega strokovnega nadzora v okviru svojih pristojnosti.

Nadzor, ki ga opravlja direktor

Direktorji zavodov so obenem tudi vodje strokovnih kolegijev zavodov, ki skrbijo za strokovnost dela celotnega zavoda. Nadzor opravljajo v skladu s sodobnimi strokovnimi spoznanji in strokovnimi načeli. Na strokovnih kolegijih zavodov, se poleg izvajanja strokovnega nadzora, spremlja in ocenjuje opravljeno strokovno delo, obravnava pritožbe uporabnikov na delo zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter o ukrepih. V primeru ugotovljenih zdravstvenih napakah ali nepravilnostih pri

delu so dolžni v skladu s svojim strokovnim znanjem narediti vse, da preprečijo posledice storjene napake in da preprečijo ponovitev napake oz. nepravilnosti. Kadar direktor zavoda po temeljni izobrazbi ni zdravnik, svet zavoda imenuje strokovnega vodja zavoda, ki je po pooblastilu direktorja med drugim odgovoren za izvajanje strokovnega nadzora. Končna odgovornost je v vsakem primeru v rokah direktorja kot uradnega zastopnika zavoda.

Nadzor, ki ga opravlja strokovni vodja zavoda

V primeru, da ima zavod strokovnega vodjo, ta vodi strokovno delo zavoda in je pristojen za izvajanje strokovnega nadzora po pooblastilu direktorja, zato opravlja notranji strokovni nadzor in je odgovoren tudi za ugotavljanje izvajanja s pravilnikom določenega notranjega strokovnega nadzora [1, 2, 3]. O svojem delu je dolžan poročati svetu zavoda, direktorju zavoda in strokovnemu kolegiju zavoda.

Izredni strokovni nadzor

Izredni strokovni nadzor se izvede v primeru, če se ugotovi oz. obstaja sum za hujše zdravstvene napake oz. je prišlo do izjemnega dogodka v posamezni službi ali dejavnosti zdravstvenega doma. V takem primeru se v tej službi opravi komisijski notranji strokovni nadzor. Notranji strokovni nadzor izvaja tričlanska komisija. Za vsak posamezni primer, na predlog strokovnega vodja zavoda, jo imenuje direktor zavoda s posebnim sklepom. Sklep o imenovanju mora vsebovati

- ime in priimek predsednika in dveh članov komisije,
- naziv službe ali dejavnosti, v kateri bo opravljen notranji strokovni nadzor,
- čas, v katerem mora komisija opraviti notranji strokovni nadzor,
- opozorilo, da komisija o svojem delu napiše zapisnik takoj po opravljenem notranjem strokovnem nadzoru in ga posreduje direktorju zavoda.

Zapisnik mora vsebovati podatke o organizacijski enoti, v kateri je bil izveden notranji strokovni nadzor, podatke o osebah, kraju in času opravljanja strokovnega nadzora, ugotovitve notranjega strokovnega nadzora, morebitne predloge, navodila in nasvete za izboljšanje strokovnosti dela oz. za odpravo napak.

Komisija mora biti sestavljena tako, da sta v njej najmanj dva strokovnjaka iz dejavnosti, v kateri bo opravljen notranji strokovni nadzor. Pri tem mora vsaj en član komisije imeti višjo ali enako strokovno izobrazbo, kot se le-ta zahteva za delavca, ki opravlja najzahtevnejše delo v službi, v kateri se izvaja notranji strokovni nadzor.

Obvestilo o izvedbi notranjega strokovnega nadzora mora biti posredovano službi, v kateri bo opravljen notranji strokovni nadzor, najmanj 5 dni pred prihodom

komisije. V primeru, ko se izvede notranji strokovni nadzor zaradi neposredne nevarnosti za zdravje in življenje ljudi, se opravi notranji strokovni nadzor brez odlašanja in predhodnega obveščanja.

Pri notranjem strokovnem nadzoru je obvezna navzočnost vodje službe. Na podlagi zapisnika o opravljenem notranjem strokovnem nadzoru, sprejme strokovni kolegij zavoda oceno notranjega nadzora. Strokovni kolegij zavoda pri tem lahko:

- potrdi ali zavrže predloge komisije,
- sprejme dodatne ukrepe,
- določi roke za izvedbo predlogov oz. ukrepov.

Sklep

V praksi je izvajanje notranjega nadzora zelo različno. Zlasti redni notranji strokovni nadzor se navadno ne izvaja. V Osnovnem zdravstvu Gorenjske nadaljujemo staro tradicijo rednih strokovnih nadzorov v družinski medicini z obdobjimi nadzori kolegov, ki jih načrtuje in vodi kolegij za družinsko medicino v obliki tričlanskih komisij, ki obišejo kolega v njegovi ambulanti. Nadzor poteka podobno kot strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvaja Zdravniška zbornica Slovenije. Kolegij za nujno medicinsko pomoč in kolegij patronažnih sester izvajata nadzor z medsebojnim obiskovanjem in svetovanjem.

Notranji nadzor je v praksi slabo izkoriščena oblika izboljševanja kakovosti našega dela. Omogoča celovit pristop k odkrivanju odstopanj in njihovemu odpravljanju preden prerastejo v usodne zdravstvene napake, ki bi pripeljale do neugodnih izidov. Vodilni v zdravstveni ustanovi imajo tudi izjemno priložnost izpeljati vse potrebne ukrepe, ki lahko preprečijo ponavljanje odstopanj in s tem zmanjšajo tveganje za nastanek neugodnih izidov. Nobena druga oblika nadzora nima takšnih možnosti.

Literatura

1. Zakon o zavodih. *Uradni list RS, št. 12/91.*
2. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS, št. 9/92.*
3. *Pravilnik o internem strokovnem nadzoru.* Kranj: Osnovno zdravstvo Gorenjske, 1994.

PRITOŽNI SISTEM

Janko Kersnik

*»Things alter for the worse spontaneously,
if they be not altered for the better designedly.«
[Francis Bacon]*

Uvod

Pritožba je (navadno negativno) mnenje uporabnika – bolnika – o lastni izkušnji z izvajanjem zdravstvene oskrbe pri določenem izvajalcu. Če se je bolnik odločil, da vloži pritožbo, domnevamo, da je pri oskrbi prišlo do odstopanj od pričakovanj bolnika, zato je potrebno proučiti vsako pritožbo. Na nek način je pritožba poročilo o izjemnem dogodku. Od njega se razlikuje po metodologiji zbiranja. Pri pritožbi ima bolnik diskrecijsko pravico, ali bo nek dogodek ocenil kot neustrezen ali ne. Ali je šlo pri takem dogodku resnično za odstopanje od običajne prakse, ugotavljamo šele naknadno v pritožnem postopku. Pri analizi izjemnih dogodkov zbiramo podatke o vseh dogodkih, ki smo jih že vnaprej opredelili, da predstavljajo odstopanje od pričakovane ravni kakovosti. Da bi obdržali javno zaupanje v sistem zdravstvenega varstva in dobronamernost vseh izvajalcev, je treba zagotoviti ustrezno, pravočasno in celovito obravnavo vseh pritožb [1]. **Pritožni sistem** je sistematičen način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe bolnikovih stališč o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela po oskrbi. Ima naslednje vloge:

- Bolnikom omogoča, da izrazijo svoje mnenje o izkušnjah z oskrbo.
- Omogoča jim zadoščenje zaradi občutene krivice ali škode, ki je nastala zaradi zdravstvenih ukrepov.
- Izvajalci tako pridobijo vpogled v težave pri oskrbi in mnenje bolnikov o oskrbi. To jim omogoča izbiro prednostnih nalog, ki bodo kar največ prispevale k izpolnjevanju potreb in želja uporabnikov pri stalnem izboljšanju kakovosti njihovega dela.

Cilj pritožnega sistema je ugotavljanje bolnikovih pogledov in pomanjkljivosti, ki jih ugotavlja bolnik, in jih ni mogoče ugotoviti z drugimi metodami. Gre za učenje iz »napak«, ki bi drugače ostale pozabljene in neizrabljene za preprečevanje novih različkov in odstopanj [2, 3]. Pritožba ne sme ostati sama sebi namen. Poleg bolnikovega zadoščenja je pritožni sistem za izboljševanje kakovosti neizčrpen vir za izbiranje prednostnih nalog. Da bi lahko izrabili potencial pritožnega sistema, morajo biti bolniki seznanjeni s svojimi pravicami in možnostmi njihovega

uresničevanja. Najučinkoviteje jih seznanjamo s plakati in zloženkami. K njihovem oblikovanju je treba pritegniti tudi uporabnike.

V našem kulturnem okolju je doslej veljalo, da delajo zdravniki vedno samo v dobro bolnika. Odstopanje od ustaljene prakse, ki je za seboj potegnilo tako škodljivost, da je bolnik ali kdo drug sprožil postopek za ugotavljanje krivde zaradi domnevno storjene zdravstvene napake, sta strokovna in laična javnost sprejeli kot nekaj izjemnega. Zbiranje drobnih odstopanj ali izjemnih dogodkov doslej ni bilo v navadi. Z obravnavo vseh pritožb (tudi obrobnih) ustvarjamo ozračje, ki je sprejemljivo za bolnikovo mnenje. To preprečuje pretirane pretrese ob resnejših pritožbah. Izvajalci se s tem naučimo prisluhniti bolnikovemu mnenju, bolniki pa osvojijo kulturo izražanja svojih stališč v zvezi z oskrbo. Zavedati se moramo, da je pomembnejše od odkritja domnevnega »krivca« za občuteno krivico zaradi škode, ki jo je povzročila škodljivost nekega postopka oskrbe, odkriti vzroke, ki so pripeljali do neugodnejšega razmerja med koristjo in škodljivostjo, kot je bilo pričakovano. Poleg tega je zgolj iskanje krivca neproduktivno, saj osemdeset odstotkov vzrokov nastane zaradi sistema, a organizacije oskrbe in le dvajset odstotkov pri neposrednih izvajalcih.

Vsebina pritožnega sistema

Prvine pritožnega sistema so bolnikove **pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P)**, vprašalnik o zadovoljstvu, zbiranje, obdelava, reševanje in odgovori na pritožbe [2-4]. Obrazce in navodila lahko najdete tudi na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine [5]. Uporabnike zdravstvene službe je treba spodbujati k sporočanju svojega mnenja. Pomembno jih je spodbujati tudi k sporočanju pozitivnih izkušenj in predlogov za izboljšave, ne zgolj k tožarjenju ali izražanju nezadovoljstva. Bolnik mora imeti na razpolago ankete o zadovoljstvu, da lahko svoje mnenje sporoči v strukturirani obliki. Zagotoviti je treba tudi možnost zbiranja drugih mnenj. Vsak izvajalec mora imeti nabiralnik za zbiranje pripomb, pritožb, pohval, pobud, predlogov in anket o zadovoljstvu. Vsaka delovna skupina vodi seznam pritožb.

Pritožni sistem mora biti organiziran tako, da omogoča reševanje vprašanj na najnižji možni ravni. Posredovanje pritožb mora biti zagotovljeno v vsaki zdravstveni ustanovi čim bliže mest, kjer se izvaja oskrba. Vse vloge morajo biti evidentirane in zagotovljena mora biti navpična razvidnost pritožb. Zdravstvena ustanova mora določiti tudi odgovorno osebo za obravnavo mnenj, ki jih delovna skupina sama ne zmore rešiti oz. posegajo na strokovno področje in tako zahtevajo širše reševanje. Sistematičnost reševanja zagotavlja uporabnikom, da bo vsaka njihova vloga rešena z največjo pozornostjo na način, ki zagotavlja zadoščenje ob možni krivici, mnenje uporabnikov bo uporabljeno za izboljševanje kakovosti na

ravni celotne zdravstvene ustanove. Zdravstvena ustanova je dolžna obravnavati tudi anonimne pritožbe s to razliko, da »oškodovani« ne more dobiti neposrednega zadoščenja.

Načela pritožnega sistema

Bolniki morajo biti poučeni o načinu, kako lahko izrazijo svoje mnenje in kako bo obravnavano. Pritoži se lahko vsak uporabnik sam, če je starejši od 16 let in ni tako hudo duševno ali telesno prizadet, da bi tega ne zmoget sam. Izjemoma se v imenu uporabnika lahko pritoži tudi njegov pooblaščen zastopnik. Pritožbo je treba vložiti najkasneje v šestih mesecih po tistem, ko je bila opravljena zdravstvena oskrba, ki je sprožila postopek. Poznejše vloge je treba upoštevati le, kadar se bolnik zaradi hude bolezni ni mogel pritožiti v predvidenem roku.

Pritožniku je treba zagotoviti, da o svojih težavah spregovori brez strahu pred posledicami. Reševanje pritožb mora potekati zaupno. V celotnem postopku je treba zagotoviti zaupnost med pritožnikom in prizadetimi izvajalci. Po končani obravnavi pritožbe je treba pritožnika podrobno seznaniti z izsledki in jih uporabiti za izboljšanje dela, kjer je to umestno. Kadar je primerno, se moramo pritožniku opravičiti in izraziti obžalovanje za različke in odstopanja v postopku oskrbe, ki so bolniku povzročili škodljivost in škodo. Opravičilo ni avtomatično priznanje krivde izvajalcev oskrbe ali zdravstvene ustanove, temveč del sporazumevalne kulture.

Pritožnika je treba o prejemu pismene pritožbe obvestiti in ga pri daljših postopkih obdobjno seznanjati s postopkom. Na pritožbe odgovori odgovorna oseba vedno pisno. Odgovorna oseba vodi evidenco zbranih in rešenih pritožb.

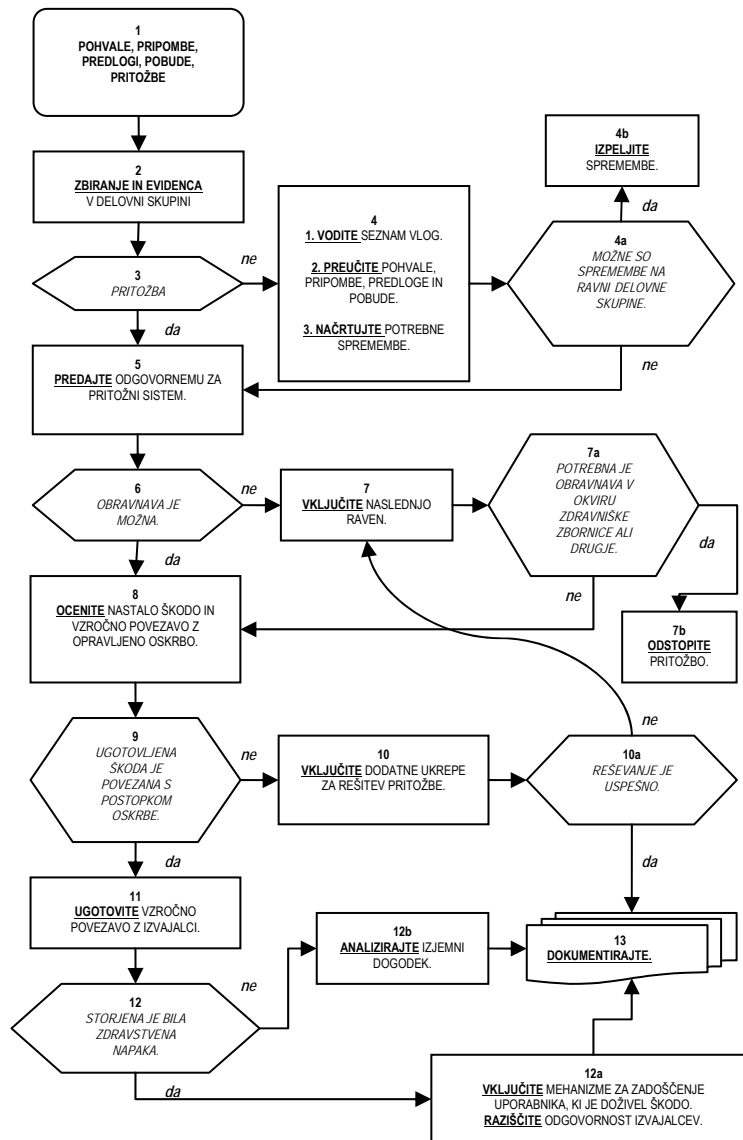
Organizacija pritožnega sistema

Pritožni sistem mora biti organiziran na vseh ravneh tako, da vprašanja rešujejo na najnižji možni (dopustni) ravni (slika 1). Sezname pritožb omogočajo preglednost in javnost pritožnega sistema. Navpična povezava delovne skupine z odgovornim za pritožni sistem v zdravstveni ustanovi omogoča ustrezno obravnavo vlog.

Reševanje pritožb

V zdravstveni ustanovi je treba določiti odgovorne(ga) za obravnavo pritožb. Ta oseba sprejema tudi ustne pritožbe in skrbi za to, da poskuša nastalo težavo rešiti v najkrajšem možnem roku. Tri četrtine težav naj bi bilo mogoče rešiti že na krajevni ravni. Velikokrat za zadoščenje bolnikov zadošča že pripravljenost izvajalcev, da

primer vzamejo resno, ukrepajo hitro in so sočutni. Večino ustnih pritožb je zato



mogoče rešiti že kar takoj.

Slika 1. Organizacija pritožnega sistema na ravni zdravstvene ustanove

- 1 - Pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (5 P) - izpolnjeni vprašalniki o zadovoljstvu se zbirajo v posebnem nabiralniku.
- 2 - Delovna skupina obdobjno pregleduje nabiralnik, vodi seznam vlog in rešuje vloge, ki se nanašajo na delo ambulante, odnos zaposlenih do bolnika in strokovna vprašanja, ki jih je mogoče rešiti brez preoblikovanja organizacije ali izobraževanja, ki bi zahtevalo privoljenje vodstva.
- 3 - Delovna skupina vedno preda pritožbo odgovornemu za pritožbe v zdravstveni ustanovi.
- 4 - Delovna skupina poskuša rešiti preostale vloge; kolikor je mogoče, tudi pritožbe, zlasti če se nanašajo na manjše razlike ali odstopanja pri delu.
- 5 - Kadar rešitev nastale težave ni mogoča znotraj delovne skupine, jo preda odgovornemu za pritožbe.
- 6 - Odgovorni za pritožbe najprej razjasni, ali je vlogo možno rešiti samo znotraj zdravstvene ustanove ali pa jo bo predal tudi naslednji ravni.
- 7 - Pritožbe v zvezi s strokovnostjo preda Zdravniški zbornici Slovenije, pritožbe v zvezi z organizacijo Ministrstvu za zdravje.
- 8 - Odgovorni mora sam ali z imenovano komisijo ugotoviti obseg nastale škode in vzročno povezavo z oskrbo, ki naj bi povzročila škodljivost, zaradi katerih je nastala škoda.
- 9 - Kadar ne gre za vzročno povezavo med postopkom oskrbe in škodo, je treba pritožbo razjasniti v soglasju s tistim, ki se je pritožil.
- 10 - Kadar je nastala škoda posledica nujne ali možne škodljivosti ali škodljivosti zaradi bolnikove lastnosti, je treba pritožnika o tem seznaniti in poiskati za vse sprejemljivo rešitev.
- 11 - Če je ugotovljena vzročna povezanost med postopkom oskrbe in škodo, je treba ugotoviti, ali gre tudi za povezavo med postopkom oskrbe in različkom ali odstopanjem pri oskrbi (ali so za večjo škodljivost krivi pogoji ali izvedba postopka).
- 12a - Posledica vsakega pritožnega postopka mora biti ustrezno zadoščenje za uporabnika.
- 12b - Če je za odstopanje ugotovljen osebni prispevek posameznega izvajalca, potem je treba raziskati tudi strokovno odgovornost.
- 13 - Vsak pritožni postopek mora biti tudi v celoti dokumentiran zaradi razvidnosti in javnosti dela. Končno poročilo prejmejo pritožnik, izvajalec in zdravstvena ustanova.

Odgovorni za pritožni sistem poda svoje mnenje na podlagi pregleda pritožnika in medicinske dokumentacije v zvezi z obravnavanim postopkom oskrbe, zato mora dobiti na razpolago celotno dokumentacijo v zvezi s postopkom obravnavane pritožbe. Pritožbe lahko rešuje v sodelovanju z vodji služb in po potrebi izbere skupino laikov ali medicinskih strokovnjakov, ki prouči primer in poda svoje mnenje. Uporabnik in izvajalec morata imeti možnost podati svoje videnje postopka določene oskrbe. Posamezne primere, ki presegajo okvire zdravstvene ustanove ali zahtevajo širšo strokovno obravnavo, posreduje odgovorni za zdravstveno ustanovo tudi naprej, npr. Zdravniški zbornici Slovenije. Odgovorna oseba ali skupina ne sme nastopati, kot bi šlo za pravni spor, temveč kot razsodišče, ki ocenjuje utemeljenost pritožbe, zato pri pogovorih ne smejo biti prisotni pravni zastopniki. Kadar je vsebina pritožbe predvsem strokovno medicinske narave, naj bi podala svoje mnenje vsaj dva neodvisna strokovnjaka zunaj okolja (oddelka ali službe), kjer se je zgodil primer.

Za organizacijo pritožnega sistema je potrebnih nekaj dodatnih virov in poveritev odgovornosti za reševanje pritožb, zahteva pa tudi nekaj dodatnega časa že zaposlenih kadrov.

Popravni ukrepi

Poleg zadoščenja uporabnika in javnosti dela je uporaba pritožb za izboljšanje kakovosti temeljni preventivni cilj vsakega pritožnega sistema. Popravni ukrepi so možni na dveh področjih: pri neposrednih izvajalcih zaradi odstopanj in pri pogojih oskrbe zaradi različkov. Delodajalec je odgovoren za škodo, ki je bila povzročena bolniku z zdravstveno oskrbo. Za ugotovljeno napako je moralno, kazensko in odškodninsko odgovoren tudi zdravnik, zato se mora za morebitno nastalo škodo tudi zavarovati. Slednje predpisuje 61. člen Zakona o zdravniški službi [5]. Zavarovanje za strokovno napako ne sme biti izgovor, da si zdravnik ne bi stalno prizadeval za strokovnost dela in čim večje zadovoljstvo bolnikov.

Sklep

V družinski medicini vedno bolj uporabljamo partnerski slog dela, ki omogoča bolnikom, da se aktivno vključujejo v svojo oskrbo. Omogočiti jim mora, da lahko po oskrbi izrazijo svoje mnenje. Zdravstvena ustanova in zdravnik zasebnik sta zato dolžna organizirati pritožni sistem.

Literatura

1. Kelson M. *Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice.* London: Department of Health Clinical outcomes Group; 1995.
2. Kersnik J. Complaint system. V: Alles V, Maekelae M, Persson L in sod, editors. *Tools and methods for quality improvement in general practice.* Jyvaeskylae: Gummerus printing Finland, 1998; 24.
3. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini. 1. natis.* Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998:308.
4. Kersnik J. Organizacija žalbenoga sustava u ordinacijama, službama, osnovnim jedinicama i u osnovnom zdravstvu Gorenjske. V: Marteljan E, editor. *Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Zbornik.* Labin 1999. Labin: Dom zdravlja Dr. Lino Perišič 1999: 161-67.
5. Pritožni sistem. http://www.drmed.org/pritozni_sistem/
6. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). *Uradni list RS, št. 98-4618/99.*

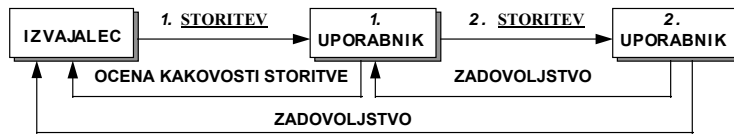
UČENJE IZ NAPAK – ANALIZA IZJEMNIH DOGODKOV (AID)

Janko Kersnik

*"It is easier to be wise for others than for ourselves."
[François duc de la Rochefoucauld]*

Izjemni dogodki

Na napakah se učimo. Odločilno prednost ima tisti, ki to počne na tujih. Ker gre pri tem za široko paleto neustreznih ukrepov in neugodnih izidov, o njih raje govorimo kot o izjemnih dogodkih. **Izjemni dogodek** je posamezni ukrep, celoten postopek, pogoj dela ali izid celotne oskrbe ali posameznega ukrepa, ki ga nekdo izmed udeležencev zdravstvene oskrbe (izvajalci, bolnik, plačnik...) zazna kot pomembno odstopanje ali različek od pričakovane ravni kakovosti [1]. Opazovalec najpogosteje nastopa v vlogi uporabnika (slika 1). Izjemni dogodek pa lahko zazna izvajalec sam ali pa ga zaznajo tudi njegovi sodelavci. V zadnjem času se je začel po vzoru iz tujine pojavljati tudi izraz opozorilni nevarni dogodek [2]. **Opozorilni nevarni dogodek** (angl. sentinel event) je kateri koli dogodek, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne funkcije. Pomeni nepredvideno odstopanje v postopku ali izidu zdravstvene in druge oskrbe. Opozorilni se imenuje zato, ker lahko ob ponovitvi privede do resne škodljivosti za bolnike in zato zahteva takojšnje ukrepanje. V načelu gre za isto pogled: na podlagi zbiranja podatkov o dogodkih, ki odstopajo od pričakovanj, analizirati razloge, ki so privedli do njih, sprejeti ustrezne ukrepe in na ta način čim bolj zmanjšati škodljivosti zdravstvene oskrbe.



Slika 1. Ocena kakovosti našega dela v poteku izvajanja določene oskrbe. S sporočitvijo o izjemnem dogodku uporabnik ali izvajalec sam posreduje dragocene podatke, ki nam pomagajo pri odkrivanju prikritih različkov in odstopanj od pričakovane ravni kakovosti, saj bi se sčasoma lahko prelevile v usodne napake, ki bi privedle do slabih izidov.

Kopičenje drobnih odstopanj sčasoma lahko pripelje do situacije, ko nek ukrep v neugodnih okoliščinah lahko namesto do pričakovanega izida pripelje do velike škodljivosti. Da bi izkoristili potencial, ki se skriva v odpravi drobnih odstopanj, morajo zdravstvene ustanove oblikovati sisteme za zbiranje, poročanje in analiziranje izjemnih dogodkov, omogočiti popravne ukrepe in se naslanjati predvsem na spodbude za odkrivanje pomanjkljivosti v postopkih oskrbe, a manj na iskanje ter kaznovanje krivcev [3, 4].

Kakovost izvajalca pride do izraza vedno, kadar je uporabnik (stranka) v določenem postopku odvisna od odločitev in dela izvajalca. Vsak dan se pri našem delu zgodijo številni dogodki, ki nas ovirajo pri boljšem delu, ali pa predstavljajo grožnjo, da se zgodi napaka, ki bi pripeljala do neželenega izida. Danes se ti dragoceni podatki praviloma izgubijo. Kolegi navadno reagirajo le na posebno izstopajoča odstopanja od pričakovanj, manjša odstopanja pa povzročajo predvsem nejevoljo. Izvajalec tako praktično nima možnosti, da bi se seznanil s težavami, ki tarejo uporabnika njegovih storitev. Tudi Ministrstvo za zdravje RS želi npr. spremljati samo nekatere najhujše opozorilne nevarne dogodke [2]:

1. nepričakovano smrt,
2. večjo stalno izguba telesne funkcije,
3. samomor bolnika v zdravstveni ustanovi,
4. zamenjavo novorojenčka,
5. hemolitično transfuzijsko reakcijo po transfuziji krvi ali krvnih produktov zaradi neskladja glavnih krvnih skupin,
6. kirurški poseg na napačnem bolniku ali napačnem delu telesa,
7. sum kaznivega dejanja.

Kljub temu, da ponuja celovit sistem obvladovanja teh dogodkov [2], ne more nadomestiti tovrstnega sistema znotraj zdravstvene ustanove. Slika 2 prikazuje primer obrazca za zbiranje podatkov o izjemnih dogodkih pri napotitvah na neodložljive preglede h kliničnim specialistom. Na podoben način je mogoče zasnovati obrazec za zbiranje podatkov o izjemnih dogodkih v nujni medicinski službi in pri številnih drugih dejavnostih.

SPLOŠNI PODATKI						PODATKI O IZJEMNEM DOGODKU							
ŠTEVILKA IZJEMNEGA DOGODKA	DATUM PREGLEDA	URA PREGLEDA	NAPOTNI ZDRAVNIK	DATUM NAPOTITVE	DIAGNOZA OB PREGLEDU	NEPOTREBNA NAPOTITEV	PREPOZNA NAPOTITEV	NEPOLNA DOKUMENTACIJA	NEUSTREZNA DOKUMENTACIJA	NEPRIMEREN ČAS	NAPAČNA DIAGNOZA	DRUG PROBLEM	OPOMBE

Slika 2. Primer obrazca za zbiranje podatkov o izjemnih dogodkih pri napotitvah na pregled k bolnišničnim specialistom.

AID - analiza izjemnih dogodkov

Po svetu poznajo zdravstvene ustanove različne oblike obravnave izjemnih dogodkov, kot so poročanje o incidentih pri zdravljenju (angl. incident reporting), o odkrivanju izjemnih dogodkov (angl. occurrence screening), o pomembnih dogodkih (angl. significant event auditing), pritožni sistem (angl. complaint procedures) in celo zaupno proučevanje o takih dogodkih na državni ravni [5]. V Sloveniji poleg omenjenega zbiranja opozorilnih nevarnih dogodkov že desetletja poznamo tudi poročanje o neželenih učinkih zdravil. Ker imajo vse oblike precej skupnih potez, smo pri nas to dejavnost poimenovali analiza izjemnih dogodkov (AID). AID (slov. pomoč) je orodje za izboljševanje kakovosti, ki omogoča sistematično

- zbiranje podatkov o neustrezni, nepotrebni in napačni oskrbi,
- seznanjanje širše strokovne javnosti o ugotovitvah,
- načrtovanje ustreznih posegov (izobraževanje, svetovanje, preoblikovanje organizacije, vaje ipd.) za odpravo pomanjkljivosti,
- preverjanje uspešnosti dela in
- hkrati eno izmed zanesljivih meril kakovosti dela zdravnikov družinske medicine ter drugih.

Analiza izjemnih dogodkov je zlasti primerna metoda zasledovanja izjemnih dogodkov na posameznih oddelkih, službah, dejavnosti ali v celotnih zdravstvenih ustanovah. Celotni postopek analize izjemnih dogodkov mora slediti krogu kakovosti: načrtuj, stori, preveri, ukrepaj.

Orodje kljub svoji navidezni preprostosti zahteva od posameznika nekaj dodatnega dela, od organizatorja zbiranja pa veliko potrpljenja, prizadevanj in spodbujanja kolegov. Vsakdo, ki bo zbiral podatke in tako ocenjeval kakovost oskrbe, se mora držati treh načel:

- upoštevati mora dogovorjene standarde;
- zapisati mora vsako opazno odstopanje, ki odstopajo od norm kakovostne oskrbe;
- metoda mora zagotavljati anonimnost in ne more biti povezana z disciplinskimi in drugimi postopki.

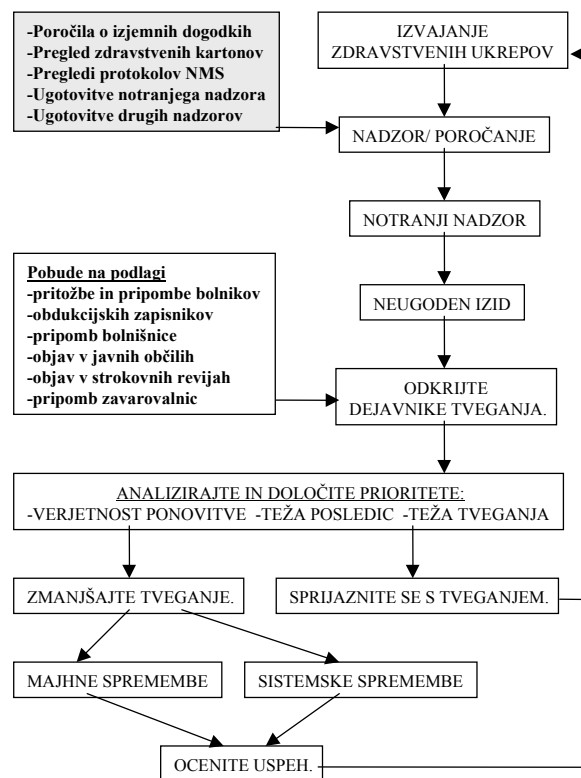
Do dogovora o skupnih merilih in standardih se upoštevajo smernice ali doktrina ustanove, kjer dela zdravnik, ki ocenjuje. Zbiranje podatkov omogoča oceno kakovosti dela zdravnikov do tega trenutka in načrtovanje ustreznih ukrepov za izboljšanje dela.

Pomemben je podatek o celotnem številu pregledov in o deležu pregledov, kjer se pojavlja "slabša kakovost". Po ustreznih posegih naj bi se delež napak zmanjševal [1]. Kopičenje napak na določenem področju nas poleg tega usmerja tudi k iskanju sistemskih razlogov za nastale težave. V tem je tudi bistvena razlika s predlaganim poročanjem o opozorilnih nevarnih dogodkih, ki daje predvsem poudarek analiziranju posamičnih primerov [2].

Opazovalno obdobje je odvisno od pripravljenosti sodelujočih in problemov, ki se bodo pojavljali. Idealno bi bilo trajno zbiranje podatkov o izjemnih dogodkih.

Dogodke nato analiziramo, da ločimo prikrita odstopanja in zdravstvene napake, ki so že povzročile škodo. Razvrstimo jih po njihovi tveganosti za neugoden izid (slika 3) [5, 6, 7]. Z nadaljnjo analizo poskušamo poiskati vzroke za nastali dogodek. Vzroki so lahko na strani zdravstvene službe, same bolezni ali kakih drugih dejavnikov. Raziskati je potrebno, ali obstaja možnost, da bi se takim dogodkom izognili oz. če za to področje obstajajo smernice ali standardi. Preveriti je potrebno, če je dogodku botrovala malomarnost ali pa je bil celo posledica namernega dejanja ali opustitve zdravstvenega ukrepa. Tega se lahko loti posameznik, ki je v zdravstveni ustanovi zadolžen za kakovost dela (strokovni vodja), ali pa to opravi v obliki notranjega nadzora s tričlansko komisijo [5]. Sledi ocena resnosti tveganja za neugoden izid. Wolf in njegovi sodelavci predlagajo petstopenjsko razdelitev vpliva posledic neugodnega izida od 1 (nepomemben vpliv: brez zdravstvene

škodljivosti, majhna finančna škoda) do 5 (katastrofalen vpliv: smrt, ogromni stroški) in petstopenjsko lestvico verjetnosti neugodnega izida od 1 (redko) do 5 (skoraj zagotovo) [7].



Slika 3. Model analize izjemnih dogodkov [6, 7].

Na podlagi tega načrtujemo in vpeljemo spremembe, da bi preprečili ponovitev podobnih dogodkov. Učinkoviti ukrepi so npr. poenostavitev organizacije dela, standardizacija postopkov (pisni protokoli), vpeljava omejitev pri izvajanju potencialno nevarnih ukrepov ali postopkov, uporaba opomnikov ali protokolov (obrazcev za spremljanje postopkov; npr. operativni protokol, protokol oživljanja ipd.), izmenjava povratnih podatkov, predvsem pa učenje v malih skupinah [6].

Pogosto lahko z razmeroma enostavno in cenovno sprejemljivo strategijo uspešno spodbudimo spreminjanje sloga dela in pri tem odpravimo prikrita odstopanja, ki bi lahko vodila v večje probleme [1]. Prednost zdravstvene ustanove pri obvladovanju

izjemnih dogodkov v primerjavi s posameznikom je predvsem v možnosti, da se naloge razdelijo med več ljudi. Pri tem pa je potrebno premostiti ovire, ki se lahko pojavljajo zaradi ovir v komunikaciji med sodelavci - zaradi hierarhičnih odnosov ali pomanjkljive kulture komuniciranja. Zdravstvene ustanove, ki delajo bolj »varno«, so si med drugim podobne po naslednjih lastnostih: skrbno izbirajo in skrbijo za usposabljanje zaposlenih, zagotavljajo ustrezne delovne pogoje (opremo), spodbujajo kolegialnost, dogovarjanje v okviru [8].

Dosežene spremembe je potrebno spremljati z oceno sprememb enkrat letno in z rednim posredovanjem povratnih podatkov zdravnikom splošne medicine.

Sklep

Analiza izjemnih dogodkov predstavlja prikladen način odkrivanja in odpravljanja številnih drobnih odstopanj pri vsakdanjem delu, kot spremljanje izjemnih (kritičnih) dogodkov. Metoda omogoča, da je vsak izvajalec na sistematičen način seznanjen z vsemi izjemnimi dogodki službe, kjer dela. Primerna je za oceno sodelovanja med dvema različnima izvajalcema znotraj iste zdravstvene ustanove (med oddelki) in še posebno primerna za izboljševanje sodelovanja med dvema (ali več) zdravstvenima ustanovama in/ali drugimi organizacijami. Oceni stanja morajo slediti ukrepi, ki spodbujajo spremembo sloga dela v zeleno smer.

Literatura

1. Kersnik J. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino – SZD, 1998.
2. Robida A. Opozorilni nevarni dogodek. <http://www2.gov.si/mz/mz-splet.nsf>
3. Bagian JP, Gosbee JW. Developing a culture of patient safety at the VA. *Ambul Outreach 2000 Spring*: 25-9.
4. Bagian JP, Lee C, Gosbee J, DeRosier J, Stalhandske E, Eldridge N, Williams R, Burkhardt M. Developing and deploying a patient safety program in a large health care delivery system: you can't fix what you don't know about. *Jt Comm J Qual Improv 2001*; 27: 522-32.
5. Kieran W. Adverse events in health care: issues in measurement. *Quality in Health Care 2000*; 9: 47-52.
6. Wolff AM, Bourke J. Reducing medical errors: a practical guide. *Med J Aust 2000*; 173: 247-51.
7. Wolff AM, Bourke J, Campbell IA, Leembruggen DW. Detecting and reducing hospital adverse events: outcomes of the Wimmera clinical risk management program. *Med J Aust 2000*; 173: 247-51.
8. West E. Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. *Quality in Health Care 2000*; 9: 120-126

VARNA UPORABA ZDRAVIL

Aziz Sheikh, Josip Car

*»Forewarned, forearmed; to be prepared is half the victory.«
[Miguel de Cervantes]*

Uvod

V zadnjih letih narašča zaskrbljenost zaradi zdravstvenih napak in posledično tudi skrb, kako jih preprečiti. Skrb za varnost bolnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti je največja na področju postavljanja diagnoze, predpisovanju zdravil, komunikaciji in organizaciji. Izboljšati varnost bolnikov je ena izmed glavnih prioriteta posodobitev zdravstvenih sistemov po vsem svetu. To ni nikakor presenetljivo, saj raziskave v Združenih državah in Evropi kažejo, da je število zapletov in neželenih dogodkov v zdravstvu veliko. Ni razloga, da ne bi mislili, da je situacija v Sloveniji podobna.

V prispevku se bova usmerila na varnost bolnikov v osnovni zdravstveni dejavnosti in poskušala odgovoriti na vprašanje, kako se lahko izboljša varnost uporabe zdravil. Varnost uporabe zdravil v osnovni zdravstveni dejavnosti je nadvse pomembna, saj večino predpisanih zdravil predpiše ravno družinski zdravnik. Pri tem se ne sme zanemariti dejstvo, da je število različnih zdravil, ki jih predpisuje zdravnik družinske medicine, iz leta v leto večje.

»Primum nil nocere« je opozarjal Hipokrat pred skoraj dva tisoč leti in njegov nasvet je postal ena izmed maksim biomedicine. A realnost je zelo drugačna, kot so pokazale nedavne raziskave o tveganju bolnikov za iatrogene poškodbe. Kot odgovor so se v številnih državah sprejele nacionalne strategije za izboljšanje varnosti bolnikov [1]. Eno izmed glavnih področij, na katere se usmerja pozornost, je varnost predpisovanja zdravil v družinski medicini.

Ocenjuje se, da je 7 % hospitalizacij posledica napak, povezanih s predpisovanjem zdravil, od katerih je večino mogoče preprečiti. Glavna področja, ki jim je potrebno posvetiti posebno pozornost vključujejo: odločitev o predpisu zdravila, izdajanje in uporaba zdravil, izobraževanje bolnika, nadzor nad uporabo zdravila in ponovno predpisovanje [2].

Prva odločitev, da se zdravilo predpiše, je pogosto odločilna, saj se večina z zdravili povezanih zapletov zgodi kmalu po začetku novega zdravljenja. Temeljita ocena

tveganja in koristi ob začetku zdravljenja je zato ključnega pomena. Da bi lahko to kompleksno odločitev sprejeli učinkovito, je potrebno imeti ob odločanju na voljo čim več informacij o zdravilu (kontraindikacije, interakcije in stranski učinki), kakor tudi o bolniku (pričakovanja in želje, druge bolezni in zdravila, alergije). Večina zdravnikov v razvitem svetu je danes opremljena z računalniškimi programi, ki jim pri tem pomagajo z avtomatskim opozarjanjem na npr. neustrezne ali potencialno nevarne kombinacije zdravil, alergije. Računalniška podpora predpisovanju zdravil je eden izmed ključnih dejavnikov pri izboljševanju varnosti bolnikov v Sloveniji, ki je še pred nami.

Danes je znano, da večina zapletov zaradi uporabe zdravil povzroča omejena skupina zdravil, predstavljena v tabeli 1 [3]. Izobraževanje bolnikov o možnih stranskih učinkih je zato še posebej pomembno za bolnike, ki uporabljajo ta zdravila. Redno spremljanje in nadzor bolnikov, ki uporabljajo ta zdravila, omogoča, da identificiramo bolnike, ki npr. prejemajo visoke odmerke prednizolona za dalj kot 6 mesecev in jim ni bila predpisana profilaksa za osteoporozo.

Okrog 70 % vseh predpisanih receptov predstavljajo ponovno predpisana zdravila, zato je nadvse pomembno za zmanjšanje tveganja napak, da zdravniki razvijejo sistem za skrbno in natančno ponovno predpisovanje. Področje, ki je s tem povezano in predstavlja enega izmed ključnih izzivov družinski medicini, je, kako kar najbolje sistematično nadzorovati bolnike na dolgotrajnem zdravljenju, vključujoč ocenjevanje, ali je zdravilo/a še potrebno, kakšno je bolnikovo sodelovanje pri jemanju zdravila in poizvedba, ali bolnik morda občuti kakšne stranske učinke. Za številne zdravnike družinske medicine je pri tem največja »težava« pomanjkanje časa.

Potrebno je razviti sistem, kjer bo zdravniku (ali morda medicinski sestri/farmacevtu [4]) omogočeno, da varno predpisuje zdravila in nadzoruje njihovo učinkovitost in uporabo.

Bolnikom je potrebno redno osveževati znanje o zdravilu in njegovi uporabi, spremljati morebitne stranske učinke, kompatibilnost (novo) predpisanih zdravil. Sodelovanje s kliničnimi specialisti in farmacevti je pri tem pogosto zelo pomembno in odločilno. Pomembno je tudi zagotoviti poročanje o stranskih učinkih in zapletih, ki je še daleč od optimalnega. Le z analizo, zakaj je prišlo do določenega zapleta, se lahko izdelajo strategije za učinkovito preprečevanje podobnih zapletov v prihodnosti.

Tabela 1. Zdravila in skupine zdravil, ki so najpogosteje povezane s preprečljivimi zapleti in metod,e s katerimi se lahko predpisovanje naredi varnejše [3].

Zdravilo ali skupina zdravil	Metode za izboljšanje varnosti
Nesteroidni antirevmatiki (vključujoč aspirin)	<ul style="list-style-type: none"> - Uporabljaljaj preudarno, posebej pri starejših in tistih, ki imajo povečano tveganje za zaplet. - Pri skupinah bolnikov s povečanim tveganjem, ki potrebujejo ta zdravila istočasno, predpiši zaščito.
Diuretiki	<ul style="list-style-type: none"> - Uporabljaljaj preudarno, posebej pri starejših. - Vprašaj za zaplete, npr. posturalna hipotenzija, padci in elektrolitske motnje. - Skrbno preudari, kaj so koristi in kaj tveganja, če pride do zapletov.
Hipoglikemiki	<ul style="list-style-type: none"> - Nujno je izobraziti bolnike o uporabi teh zdravil, posebej v smislu, kako prepoznati zgodnje znake znižanja plazemske glukoze in kaj storiti v primeru drugih vmesnih bolezni (npr. okužbe).
Antikoagulanti	<ul style="list-style-type: none"> - Pomembno je preudariti koristi in tveganja za posameznega bolnika. - Nujen je sistem skrbnega nadzora. - INR je potrebno ponovno kontrolirati ob uvedbi drugega zdravila, ki bi lahko nanj vplivalo.
Digoksin	<ul style="list-style-type: none"> - Uporabljaljaj preudarno in kontroliraj zaplete. - Preudari potrebo po kontroli nivoja digoksina ali znižaj dozo pri bolnikih z okvaro ledvične funkcije.
Psihotropna zdravila	<ul style="list-style-type: none"> - Uporabljaljaj preudarno, posebej pri starejših in kontroliraj za prisotnost stranskih učinkov.
Proti-mikrobna zdravila	<ul style="list-style-type: none"> - Uporabljaljaj preudarno, posebej pri starejših. - Z namenom zmanjšanja tveganja pseudomembranoznega kolitisa se poskušaj izogibati večkratnemu dajanju širokospektralnih antibiotikov.
Beta-adrenoreceptor blokatorji	<ul style="list-style-type: none"> - Izogibaj se uporabi pri bolnikih z astmo ali KOPD – to velja tudi za kapljice za oči.
Dolgotrajno jemanje kortikosteroidov	<ul style="list-style-type: none"> - Uporabljaljaj preudarno in skrbno pretehtaj med koristmi in tveganji, preden predpišeš zdravilo. - Skrbno preudari spremljajoče bolezni in druga zdravila, ki lahko povečajo tveganje uporabe kortikosteroidov. - Poskušaj se izogibati istočasnemu predpisovanju nesteroidnih antirevmatiokov (vključno z aspirinom) in/ali uporabi zaščitno zdravilo. - Bolnikom na dolgotrajno visokih dozah kortikosteroidov predpiši profilakso za osteoporozo.

Literatura

1. Car J, Smeaton L, Sheikh A. Prescribing Safety in UK Primary Care. *Update* (in press)
2. Wilson T, Sheikh A. Enhancing public safety in primary care. *BMJ* 2002; 324: 584-587.
3. Avery AJ, Sheikh A, Hurwitz B, Smeaton L, Chen YF, Howard R, et al. Safer Medicines Management in Primary Care. *BJGP* (in press)
4. Zermansky AG, Petty DR, Raynor DK, Freemantle N, Vail A, Lowe CJ. Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice. *BMJ* 2001; 323: 1340.

AMBULANTNA MEDICINSKA SESTRA KOT ZDRAVNIKOVA VAROVALKA PRED NAPAKO

Rade Iljaž

*»Vem, da bodo medicinske sestre vselej stale ob strani tistim,
ki jih potrebujejo – trpečim - in ranljivim, ki potrebujejo skrb in pomoč«
[Gro Harlem Brundtland, dr. med., generalna direktorica WHO]*

Vsak zdravnik se po nekaj letih dela začne zavedati, da prav vseh možnosti za napake pri svojem delu najbrž ne bo mogel nikoli izključiti. Nekateri si zastavijo kot prednostno nalogo nenehna prizadevanja za izboljšanje kakovosti lastnega dela na vseh črtah. Najbolj pomembni in zvesti zavezniki pri tem negotovem delu so jim najpogosteje le najbližji sodelavci. Za zdravnike družinske medicine so to prav gotovo patronažne in ambulantne medicinske sestre.

Odgovornost za delo v skupini

Danes si v medicini težko predstavljamo delo brez sodelovanja več zdravstvenih delavcev, katerih medsebojna razmerja so lahko zelo različna. Pri zahtevnejših kirurških posegih je običajno število sodelujočih v skupini (teamu) deset in več zdravstvenih delavcev različnih profilov. V medicinski praksi sta znani dve temeljni obliki dela v skupini, glede na delitev dela in odgovornosti, in sicer »navpično ali hierarhično« in »vodoravno« organizirane skupine. Za razliko od prve oblike dela gre pri drugi za sodelovanje, pri katerem vsak od članov skupine samostojno opravlja svoje poklicne dolžnosti in pozna vse nevarnosti, ki obstajajo znotraj njegovega področja dela. V navpično organiziranih skupinah se zastavlja vprašanje odgovornosti nadrejenega, predvsem zdravnika, za kršitve dolžnostnega ravnanja drugih članov skupine. Temelj za morebitno odgovornost je predvsem dolžnost samoiniciativnega preverjanja znanja podrejenih. Nadrejeni zdravnik je dolžan člane skupine natančno poučiti o vseh vidikih dela in skrbeti za komunikacijo znotraj skupine [1]. Delo v ambulanti zdravnika družinske medicine je organizirano po tipu minimalne hierarhične skupine.

Pravni in etični okviri dela medicinske sestre

Poklic medicinske sestre se po nekaterih značilnostih močno naslanja na zdravniški poklic. Obema skupna predvsem je zavezanost delu z bolnikom in zanj [2]. Ker gre za delo s človekom in njegovim zdravjem, ima opravljanje obeh poklicev posebno težo, vsebino in vrednost. Zato so se tudi za sestrski poklic izoblikovala pravila o dolžnostih in odgovornostih, in sicer kot moralne norme, poklicno-deontološke

norme in kot pravne norme. Za medicinske sestre obstaja Mednarodni kodeks etike medicinskih sester (Frankfurt 1965) in Kodeks za medicinske sestre (Frankfurt 1973). Hiter razvoj medicine, številne tehnične možnosti in čedalje zahtevnejša medicinska nega terjajo vsakodnevno dograjevanje meril obnašanja in moralnoetičnih smernic za ta profil zdravstvenega osebja [3].

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je sprejela Skupščina Zbornice zdravstvene nege Slovenije leta 1994. Obsega devet temeljnih poklicno-etičnih načel obeh poklicev [4]. Kršitev teh načel se kaže kot kršitev etične norme, norme poklicnega kodeksa in kot kršitev pravne norme. Posamezna kršitev skoraj vedno predstavlja kršitev več takih norm, kar je lahko tudi temelj za odškodninsko in kazensko odgovornost. 55. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti v drugem odstavku določa, da zdravstveni delavec za svoje poklicno delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost [5].

Poklicna vloga medicinske sestre je dvojna. Nekatera opravila opravlja povsem samostojno, v določenem delu svojega dela pa je podrejena zdravniku. V razmerju med zdravnikom in med sestro je zdravnik pooblaščen za izvajanje diagnostičnih postopkov in zdravljenja [1, 4].

Delitev dela med zdravnikom družinske medicine in medicinsko sestro je po svetu različno urejena. Medicinske sestre so pogosto organizacijsko ločene od zdravnikov [9]. Vzroki za ločeno delo so ekonomski v revnih državah in zgodovinski v nekaterih sodobnih zdravstvenih sistemih. V večini evropskih držav poznajo vsaj dve ravni izobrazbe za medicinske sestre. Temu ustrezata v Sloveniji naziva višja medicinska sestra in medicinski tehnik. Od leta 1999 se izvaja v Sloveniji tudi visokošolski štiri letni študij za medicinske sestre.

Slovenski zdravnik družinske medicine sodeluje s svojo ambulantno sestro, s patronažno sestro, z dežurno ali urgentno medicinsko sestro oz. z medicinskim tehnikom. S pospešenim uvajanjem preventivnega dela v njegov vsakdan, bo zdravstveno-vzgojna medicinska sestra postala prav tako enakopraven člen njegovega tima.

Napaka v medicini

Opredelitev napake je precej široka. To je lahko:

1. nekaj kar ni v skladu: z določenim pravilom ali normo; z resničnostjo, dejstvi; z zahtevanimi lastnostmi, zahtevano kakovostjo [6] in
2. dejanje, ravnanje, ki ni v skladu z določenim ciljem, položajem [6], neko nenamerno dejanje ali ukrep, s katerim ne dosežemo predvidenega izida [7].

Definicijo zdravstvene napake je v različnih pravnih sistemih izoblikovala šele praksa. Na splošno se je izoblikovalo mnenje, da je zdravstvena napaka tisto, kar je v nasprotju z veljavnimi standardi razumnega smotrnega ravnanja in v nasprotju z običajno poklicno prakso. Zdravstvena napaka se ugotavlja šele, če cilj zdravljenja ni bil dosežen [8]. V primerjavi z zdravstveno napako je za nesrečo pri zdravljenju odgovorna višja sila, naključje, nesrečen slučaj – torej nehoten ali nepričakovan dogodek, ki je spravil bolnika v nevarnost, mu povzročil škodo na zdravju ali celo smrt [8].

Do zdravstvene napake lahko pride ob zanemarjanju preventive napak (pri diagnosticiranju, konzultacijah, uresničevanju pojasnilne dolžnosti ipd.), pri pomanjkljivi organizaciji dela, ob malomarnem postopku zdravljenja, ob nevestnem opravljanju nadzorstva medicinskih naprav, uporabe zdravil in zdravilnih sredstev ter dela zdravniškega tima [8].

Iz naštetih pasti, ki so nastavljene zdravniku pri njegovem delu, je razvidno, da si z ustreznostjo dela z medicinsko sestro, verjetnost za nastanek napake lahko bistveno zmanjša. Ena pomembnih lastnosti dobrega zdravnika je smisel za delitev odgovornosti med sodelavci, za nadzorovanje zaupanih nalog in opravil [9]. Posebnost odnosa med zdravnikom in medicinsko sestro na osnovni ravni zdravstvenega varstva izhaja iz prvin družinske medicine: splošnost, dostopnost, integritetnost, stalnost, skupinsko delo, celostnost, osebni odnos in zaupnost [10].

Sodelovanje zdravnika družinske medicine in njegove ambulantne sestre

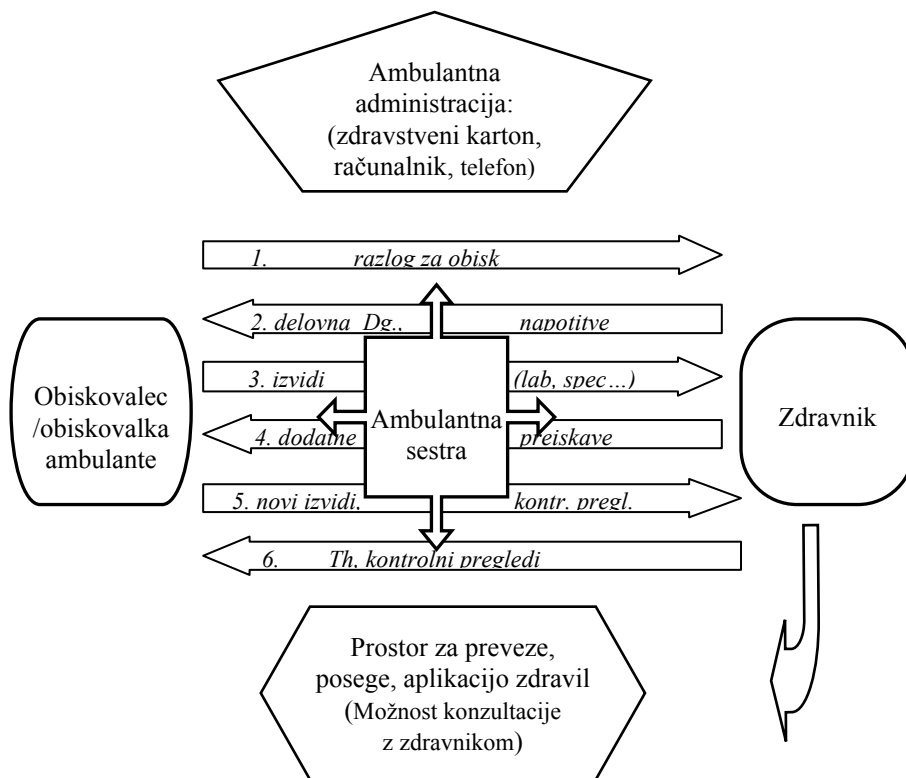
Delo sestre v ambulanti obsega naslednjih pet pomembnih področij [9]:

- zdravstveno nego,
- zdravstveno vzgojo,
- administrativno in organizacijsko delo v ordinaciji,
- sodelovanje pri posegih,
- psihosocialno pomoč.

Posebnost dela medicinske sestre v osnovnem zdravstvu je precejšnji delež administrativnih nalog in dosti manj obveznosti s področja zdravstvene nege, tj. s področja, za katero se je med štiri- ali večletnim šolanjem predvsem usposabljala. Neovirano in tekoče delo v ambulanti zdravnika družinske medicine je tako v veliki meri odvisno od organizacijskih, tajniških in človeških lastnosti njegove medicinske sestre. Čeprav je široka medicinska izobrazba sestre v družinski medicini pomemben dejavnik, pa le-ta ne zadostuje za njeno uspešno delo v ambulanti in na terenu.

Nekatera najbolj značilna opravila medicinske sestre v ambulanti so:

- skrb za natančno vodenje računalniške in papirnate administracije (predvsem zapiski o vpisanih in pregledanih bolnikih, narejenih storitvah, naročenih preiskavah, staležu, odposlanih izvidih za konzilije, naročanje bolnikov ipd.),
- sprejem in triaža telefonskih klicev, sprejem bolnikov - prvi stik,
- sprotna priprava in preverjanje njihove zdravstvene dokumentacije (zdravstvenega kartona, zdravstvene kartice...),
- sodelovanje pri prevezah, posegih, aplikacija parenteralnih zdravil,
- sprotno svetovanje in zdravstvena vzgoja obiskovalcev ambulante,
- preverjanje in dopolnjevanje obrazcev, ki jih izpolni zdravnik, skrb za ambulanto blagajno in pravilen obračun storitev,
- skrb za ambulanto inventuro, ustrezno pripravljenost instrumentov, nabavo potrošenega materiala.



Slika 1. Sestrsko delo v ambulanti.

Opravljanje vseh naštetih delovnih nalog mora biti tako usklajeno, da omogoči čimbolj tekoče delo ambulate in zmanjša možnost za zdravstvene, tehnično-administrativno ali podobno napako. Tako je dobro usposobljena ambulantna sestra neke vrste sodobni ambulantni menedžer (slika 1).

Sodelovanje zdravnika družinske medicine z drugimi člani njegovega tima

Delo *dežurne/urgentne sestre* je manj obremenjeno z administrativnimi opravili in je strokovno bolj zahtevno. Praviloma so za tovrstno delo zadolžene medicinske sestre z višjo in visoko izobrazbo ali pa medicinski tehniki s posebnimi tečaji iz urgentne medicine. Potrebna je dobra usposobljenost za reanimacijske veščine, urgentne posege na terenu in v ambulanti, sprejemanje nujnih klicev, triažo bolnikov v čakalnici glede na nujnost.

Patronažna sestra je pomemben spremljevalec in nadzornik dogajanj na terenu. Njena osnovna naloga je stalna zdravstvena nega kronično bolnih v njihovem domačem okolju. Je v bolj neposrednem stiku z bolnikom in je dragocen vir informacij za zdravnika družinske medicine.

Zdravstveno-vzgojna sestra je praviloma dodatno izobražena za celostno delo na področju zdravstvene vzgoje. Tovrstno delo je usmerjeno v ogrožene skupine prebivalstva in temelji na načelih primarne, sekundarne in terciarne preventive ter obsega:

- različna predavanja in svetovanja o zdravem in manj tveganem življenjskem slogu,
- koordiniranje in vodenje skupin, učnih delavnic, različnih preventivnih programov,
- druge oblike zdravstveno-vzgojnega dela.

Delo sester v domovih starejših občanov je podobno ali enako delu negovalnih sester na bolnišničnih oddelkih. Za organizacijo dela, vodenje medicinske dokumentacije in administracije je zadolžena glavna sestra v domu.

Sklep

Nadzor v medicini nikoli ni in ne sme biti le enosmeren, hierarhičen proces. To dejstvo je v družinski medicini bolj poudarjeno, kot na drugih nivojih zdravljenja. Pogojeno je s kompleksnostjo družinskega pristopa, z usmerjenostjo v bolnika in ne v bolezen in z obilico dodatnega administrativnega dela. Zadnje je ponavadi bolj pisano na kožo medicinskim sestram in sta jim iz tega razloga prepuščena nadzor in

vodenje tovrstnega dela. Kakovost in usklajenost medsebojnega sodelovanja je izrednega pomena za vse udeležence v zahtevnem procesu zdravljenja.

Model dela v urgentni medicini, s poudarkom na pogovoru in analizi ukrepanja vseh članov urgentne ekipe po vsaki nujni intervenciji, je lahko dober zgled za izboljšanje kakovosti ambulantnega dela v družinski medicini. Za tovrstne pogovore bi pobude lahko dajali vsi člani tima, da se vnaprej določi poseben čas namenjen analizi strokovnega dela in obratovanja ambulante. Odkriti pogovor in načrtovanje sta nujna pogoja za kakovostno delo tima kot celote. Prizadevanja za kakovost prispevajo k naši osebni rasti in zadovoljevanju lastnih poklicnih ambicij [11].

Nekatera splošna priporočila za preprečevanje in odpravljanje napak pri drugih zahtevnih poklicih so uporabna in koristna tudi za zdravnika. To so: načrtovanje dela, stalno preverjanje varnosti lastnega dela, standardizacija in poenotenje protokolov in delovnih nalog ter nenehno usposabljanje in izobraževanje [10]. Možnost nastajanja zdravstvene, organizacijske ali drugačne napake nikakor ne sme biti ovira za pridobivanje novih znanj in veščin vseh članov tima zdravnika družinske medicine. Nasprotno, lahko je le spodbuda za učinkovitejšo medsebojno komunikacijo in pogostejšo analizo skupnega dela.

Literatura

1. Šelih A. Kazenska odgovornost za delo v medicinski skupini. V: Pavčnik AP, Lukić DW *Pravo in medicina*. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1998, 179-190.
2. Milčinski J. Odgovornost medicinske sestre z etične in pravne plati. V: Milčinski J. *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana: DDU Univerzum, 1982, 128.
3. Dolenc A. *Medicinska etika in deontologija*. Ljubljana: Mihelač. 1993, 369-72.
4. Šelih A. *Obzornik zdravstvene nege 1997*; 31: 205-10.
5. *Zakon o zdravstveni dejavnosti. Ur. list RS, 9/199*: 255 člen.
6. Bajec A et al. *Slovar slovenskega književnega jezika SAZU*. Ljubljana: DZS, 1995.
7. Leape LL. *Napaka v medicini*. JAMA-slovenska izdaja 1996; 4: 15-24.
8. Strojín T. *Uvod v zdravstveno pravo: (izbrana poglavja iz zdravstvene zakonodaje)*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije, 1998, 115-120.
9. Švab I. Zdravnik splošne medicine in njegova sestra. V: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F, eds. *Splošna medicina: načela in tehnike*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino 1992; 171-74
10. Švab I, Kersnik J. Družinska medicina in družina. V: Švab I, ed. *Družina v družinski medicini*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo - Sekcija za splošno medicino, 1996; 1-5.
11. Kersnik J. Izboljševanje kakovosti oskrbe bolnikov. *Med Razgl* 1998; 37: 77-87.

OBVLADOVANJE NAPAK V SISTEMU ISO

Alenka Simonič

OPREDELITEV IZRAZOV

- **Aktivno odstopanje** je nevarno dejanje (napaka ali neustrezen ukrep) posameznika, ki neposredno sodeluje pri oskrbi bolnika in ima lahko takoj za posledico neugoden izid. [Wolff AM, Bourke J, 2000]
- **Analiza izjemnih dogodkov.** Po svetu poznajo zdravstvene ustanove različne oblike obravnave izjemnih dogodkov, kot so poročanje o incidentih pri zdravljenju (angl. incident reporting), o odkrivanju izjemnih dogodkov (angl. occurrence screening), o pomembnih dogodkih (angl. significant event auditing), pritožni sistem (angl. complaint procedures) in celo zaupno proučevanje o takih dogodkih na državni ravni. V Sloveniji poleg omenjenega zbiranja opozorilnih nevarnih dogodkov že desetletja poznamo tudi poročanje o neželenih učinkih zdravil. Ker imajo vse oblike precej skupnih potez, smo pri nas to dejavnost poimenovali analiza izjemnih dogodkov (AID). AID (angl. pomoč) je orodje izboljševanja kakovosti, ki omogoča sistematično zbiranje podatkov o neustreznih, nepotrebni in napačni oskrbi, seznanjanje širše strokovne javnosti o ugotovitvah, načrtovanje ustreznih posegov (izobraževanje, svetovanje, preoblikovanje organizacije, vaje ipd.) za odpravo pomanjkljivosti, preverjanje uspešnosti dela in hkrati eno izmed zanesljivih meril kakovosti dela zdravnikov družinske medicine in drugih.
- **Ekspertni nadzor z mnenjem** se lahko opravi na podlagi sklepa predsednika ZZS, Odbora za strokovno-medicinska vprašanja, tožilca ali predsednika razsodišča ZZS v okviru rednega letnega programa ali kot izredni nadzor, ki lahko obravnava tudi konkretnega bolnika, če je bil podan sum, da je bila storjena zdravstvena napaka ali da je bilo ravnanje zdravnika neustrezno.
- **Izjemni dogodek** je posamezni ukrep, celoten postopek, pogoj dela ali izid celotne oskrbe ali posameznega ukrepa, ki ga nekdo izmed udeležencev zdravstvene oskrbe (izvajalci, bolnik, plačnik...) zazna kot pomembno odstopanje ali različek od pričakovane ravni kakovosti. Vsi odkloni od pričakovane ravni kakovosti in še zlasti neugodni izidi predstavljajo **izjemne dogodke**, ki nas opozarjajo, da pri izvajanju oskrbe nekaj škriplje in bo potrebno ukrepati.
- **Izredni notranji (strokovni) nadzor** se izvede v primeru, če se ugotovi oz. obstaja sum za hujše zdravstvene napake oz. je prišlo do izjemnega dogodka v posamezni službi ali dejavnosti zdravstvenega doma. V takem primeru se v tej službi opravi komisijski notranji strokovni nadzor. Notranji strokovni nadzor izvaja tričlanska komisija.
- **Izredni strokovni nadzor s svetovanjem** se opravi izven letnega programa nadzorov ob utemeljenem sumu, da gre pri določenem zdravniku za oporečno opravljanje dela. Predlog za izredni nadzor lahko podajo: minister za zdravje, plačnik zdravstvenih storitev ali drug naročnik, pobudo lahko poda tudi sama ZZS. Naročnik izrednega nadzora je tudi plačnik nadzora.
- **Kaznivo dejanje** je protipravno dejanje, ki ga zakon zaradi njegove nevarnosti določa kot kaznivo dejanje in hkrati določa njegove znake in kazen zanj.
- **Korist zdravstvene oskrbe** (zdravstvena korist) je vsaka dobrobit, ki je je deležen bolnik in/ali družba zaradi zdravstvene dejavnosti. Vsak zdravstveni ukrep ima za posledico zdravstvene koristi in zdravstvene škodljivosti. Praktično ni zdravstvenega

- ukrepa, ki ne bi povzročal tudi škodljivosti. Nekatere škodljivosti so tako velike, da povzročajo škodo na zdravju in/ali premoženju.
- **Latentno odstopanje** je posledica odločitev vodilnih v zdravstveni ustanovi, ki so v organizaciji lahko prisotne dlje časa brez kakršnega koli vpliva in povzročijo neugoden izid šele v kombinaciji z nekim dodatnim dejavnikom (ki poruši dotedanje ravnovesje) [Wolff AM, Bourke J, 2000].
 - **Malomarno zdravljenje** zagreši zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do enega leta.
 - **Malomarno zdravljenje.** Kaznivo dejanje je storjeno iz **malomarnosti**, če se je storilec zavedal, da zaradi njegovega ravnanja lahko nastane prepovedana posledica, pa je lahko miselno mislil, da jo bo lahko preprečil ali da ne bo nastala; ali če se ni zavedal, da lahko nastane prepovedana posledica, pa bi se bil po okoliščinah in po svojih osebnih lastnostih tega moral in mogel zavedati [Kazenski zakonik – 18. člen].
 - **Naklep.** Kaznivo dejanje je storjeno z naklepom, če se je storilec zavedal svojega dejanja in ga je hotel storiti; ali če se je zavedal, da lahko zaradi njegovega ravnanja nastane prepovedana posledica, pa je privolil, da takšna posledica nastane.
 - **Napaka** je ravnanje, ki ni v skladu z določenim pravilom (stroke) ali dogovorom.
 - **Nesreča pri zdravljenju** je škodljiv, vendar nehoten in nepričakovan dogodek med zdravljenjem, ki je spraval bolnika v nevarnost ali pa mu je že povzročil škodo na zdravju ali celo smrt [prof. Janez Milčinski].
 - **Nesreče pri zdravljenju.** V primerih »nesreče« pri zdravljenju gre za **nekaznivo strokovno napako**, ki jo je prof. Janez Milčinski imenoval višja sila oziroma zaplet (komplikacija) med zdravljenjem (strokovna napaka, ki nima lastnosti kaznivega dejanja).
 - **Neugoden izid** je izid, ki je slabši od pričakovanega. Odstopanja lahko privedejo do slabših izidov (**neugodnih izidov**) od pričakovanih in pri tem povzročijo škodo na zdravju ali premoženju bolnika. Hkrati pa lahko kljub ustrezni oskrbi pride do neugodnega izida, zato je pomembno identificirati vse zdravstvene ukrepe določenega postopka oskrbe bolnika in jih korak za korakom primerjati z ukrepi, ki bi jih po pravilih stroke pričakovali od posameznega izvajalca.
 - **Neželen izid** je izid, pri katerem je prišlo do nenamerne škode zaradi zdravstvenih ukrepov, ne pa zaradi narave same bolezni [West E].
 - **Notranji nadzor.** O notranjem nadzoru govorimo, kadar se ga izvaja znotraj določene ustanove z namenom, da se nadzoruje strokovnost dela zdravstvenih delavcev in sodelavcev, organiziranost dela, opremljenost in higienski režim v posameznih organizacijskih enotah in v zavodu kot celoti, nadzoruje in spremlja kadrovska zasedba delovnih mest ter izvajanje strokovnega izobraževanja in izpopolnjevanja ter ugotavlja izvajanje strokovnih navodil strokovnega kolegija zavoda in drugih inštitucij.
 - Notranji strokovni nadzor se izvaja kot stalni - **redni strokovni nadzor** ali kot **izredni strokovni nadzor**.
 - **»Obrambna« medicina.** Odgovor stroke na možnost tožbe zaradi neustrezne zdravstvene oskrbe je t.i. obrambna medicina. Zdravnik za vsak slučaj, da bi se izognil kasnejšim očitkom v eventualnem odškodninskem ali kazenskem postopku, naroča več preiskav, pošilja tudi manj zapletene primere k specialistom in subspecialistom ter predpisuje več zdravil.

- **Odstopanje** je vsak odklon od pričakovanega načina same izvedbe postopka oskrbe.
- **Opozorilni nevarni dogodek** (angl. sentinel event) je kateri koli **izjemni dogodek**, ki privede ali bi lahko privedel do nepričakovane smrti ali večje stalne izgube telesne funkcije. Pomeni nepredvideno odstopanje v postopku ali izidu zdravstvene in druge oskrbe. Opozorilni se imenuje zato, ker lahko ob ponovitvi privede do resne škodljivosti za bolnike in zato zahteva takojšnje ukrepanje.
- **Opustitev zdravstvene pomoči** zagreši zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje (neposredni smrtni nevarnosti), čeprav bi to lahko storil brez nevarnosti zase ali za koga drugega.
- **Pričakovani izid** zdravstvenih ukrepov je skupek **koristi** in **škodljivosti zdravstvenih ukrepov**, ki izboljšajo **lasten izid**, tj. izid, ki bi ga bolnik doživel brez posredovanja zdravstvene službe.
- **Pričakovani način oskrbe** je tisti, ki ga določajo trenutna znanstvena spoznanja.
- **Prikrita odstopanja**. Različna odstopanja od pričakovane izvedbe postopkov so vsakdanja spremljevalka našega dela. Večina jih gre mimo nas neopaženih, saj kljub škodljivostim ne povzročajo zaznavne škode, ali pa se uporabnik z njo sprijazni in se formalno ne pritoži.
- **Pritožba** je (navadno negativno) mnenje uporabnika – bolnika – o lastni izkušnji z izvajanjem zdravstvene oskrbe pri določenem izvajalcu.
- **Pritožni sistem** je sistematičen način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe bolnikovih stališč o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela po oskrbi.
- **Privolitev** je izjava volje, ki pomeni uresničevanje pravice do svobodnega odločanja vsakega posameznika o posegih v njegove osebne pravice. Pravno veljavna privolitev je podana le v primerih, če ga je zdravnik predhodno na primeren in razumljiv način poučil o bolezni oz. stanju, pojasnil možnost zdravljenja, morebitne nevarnosti in predvidljivost uspeha. Ta zdravnikova dolžnost se v literaturi označuje kot “**pojasnilna dolžnost**”.
- **Različek**. Odklon od pričakovane oskrbe, ki ga povzročijo pogoji oskrbe, ki se razlikujejo od predvidenih, imenujemo **različek**. Različek je v celoti posledica problemov v organizaciji, a ne neustreznega ravnanja posameznega izvajalca.
- **Redne strokovne nadzore s svetovanjem** opravlja ZZS na podlagi izdelanega letnega programa nadzorov, ki ga predhodno potrdi Ministrstvo za zdravje, ki za to tudi zagotavlja potrebna finančna sredstva. Redni strokovni nadzor s svetovanjem naj bi se opravil pri vsakem zdravniku vsaj enkrat v vsakem sedemletnem licenčnem obdobju.
- **Redni notranji nadzor** izvaja vsak izvajalec sam pri sebi v obliki **samonadzora** ali samoocenjevanja kakovosti, ali kot pregled med kolegi (angl. peer review) oz. kot krožek kakovosti in kot **vodstveni nadzor** kakovosti.
- **Samonadzor** je nadzor nad strokovnostjo lastnega dela. Temelji na strokovni usposobljenosti in na intelektualni poštenosti. Opravlja ga vsak zase v skladu z veljavnimi smernicami in strokovnimi načeli, ki veljajo za dani poklic oz. delo.
- **Samonadzor** je nadzor nad strokovnostjo lastnega dela. Temelji na strokovni usposobljenosti in na intelektualni poštenosti. Opravlja ga vsak zase v skladu z veljavnimi smernicami in strokovnimi načeli, ki veljajo za dani poklic oziroma delo.
- **Sodelovanje pri zdravljenju** temelji na uravnoveženem in partnerskem odnosu med zdravnikom in bolnikom. Bolnik je soodločevalec pri izbiri postopkov zdravljenja, je

- oseba, ki naj se z načinom zdravljenja strinja, ne pa da ga le pasivno sprejema in se podreja zdravnikovim navodilom.
- **Strokovna napaka (zdravniška napaka, zdravstvena napaka)** je pravno opredeljena kot dejanje zdravnika v očitnem nasprotju z dosežki medicinske znanosti na katerem koli področju medicine in ki ima elemente kaznivosti – malomarnost, neznanje, namernost, ali opustitev s posledično škodo [Prof. dr. Jože Balažic].
 - **Strokovna zmota** pa nastane takrat, kadar je zdravnik pri svojem delu ukrepal v skladu s svojimi pristojnostmi in svojim najboljšim znanjem in vedenjem in bil prepričan, da je bila njegova odločitev pravilna, kljub temu pa je prišlo do neljubega dogodka ali celo do smrtnega izida [Prof. dr. Jože Balažic].
 - **Strokovni nadzor s svetovanjem** je ena od oblik nadzora nad delom zdravnika. Opravlja ga Zdravniška zbornica Slovenije na podlagi pooblastila Ministrstva za zdravje. Strokovni nadzor s svetovanjem je lahko *redni, izredni ali pa ekspertni z mnenjem*. Gre za obliko t.i. zunanjega nadzora.
 - **Sum zdravstvene napake.** Dokler zdravstvena napaka na sodišču ni pravnomočno dokazana, govorimo o **sumu zdravstvene napake**.
 - **Škodljivost zdravstvene oskrbe** (zdravstvena škodljivost) je nasprotje dobrobiti in je je deležen bolnik in/ali družba zaradi zdravstvene dejavnosti. Vsak zdravstveni ukrep ima za posledico zdravstvene koristi in zdravstvene škodljivosti. Praktično ni zdravstvenega ukrepa, ki ne bi povzročal tudi škodljivosti. Nekatere škodljivosti so tako velike, da povzročajo škodo na zdravju in/ali premoženju.
 - **Tveganje** je izvajanje ukrepov, ki obetajo zdravstvene koristi ali izide, za katere ni podatkov o njihovi uspešnosti oz. imamo podatke o možnem neuspehu in o njihovi škodljivosti.
 - **Upravni nadzor** je nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev [Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS, št 9-460/92*, stran 590].
 - **Zdravstvena napaka** je pravno opredeljena kot dejanje zdravnika v očitnem nasprotju z dosežki medicinske znanosti na katerem koli področju medicine in ki ima elemente kaznivosti – malomarnost, neznanje, namernost, ali opustitev s posledično škodo [Prof. dr. Jože Balažic]. Da bi se izognili številnim izrazom, ki dostikrat begajo zdravnika, bolnika in včasih tudi pravno stroko, so strokovnjaki s področja zdravstva, sodne medicine in prava na sestanku na Ministrstvu za zdravje leta 2002 sprejeli sklep, da bomo v bodoče pri vseh primerih strokovne napake govorili o »**zdravstveni napaki**«, tj. o napaki, ki se je zgodila v zdravstvu in je lahko povezana s celotno verigo sodelujočih v procesu zdravljenja.
 - **Zdravstvena oskrba** je splet številnih dejavnosti, ki jih izvajamo v zdravstveni službi z namenom vplivati na zdravstveno stanje bolnika.
 - **Zdravstveni ukrep** je posamezna dejavnost, ki jo izvedemo v zdravstveni službi z namenom vplivati na zdravstveno stanje bolnika.
 - **Zmota** je predstava o okoliščinah, ki ne ustrezajo resničnosti. Zmota je ravnanje (dejanje ali opustitev dejanja), ki temelji na prepričanju, ki ni v skladu s stvarnostjo ali v skladu z resničnim stanjem stvari (predmeta ali subjekta).

IZPITNA VPRAŠANJA

- Upravni nadzor je...
 1. nadzor nad zakonitostjo dela zdravstvenih ustanov in zasebnih zdravstvenih delavcev.
 2. nadzor nad uresničevanjem pravic in pogodbenih obveznosti zdravstvenih zavodov in koncesionarjev.
 3. nadzor, ki poteka v obliki samonadzora in nadzora.
 4. nadzor koncedenta nad delom zasebnih zdravstvenih delavcev.
 5. nadzor upravne enote nad uresničevanjem pravic bolnikov in pogodbenih obveznosti zdravstvenih zavodov in koncesionarjev.

- V praksi potekajo v Sloveniji nadzori na podlagi Zakona o zdravstveni dejavnosti v naslednjih oblikah:
 - a) s strokovnim nadzorom s svetovanjem,
 - b) z nadzorom nad uresničevanjem pravic in pogodbenih obveznosti zdravstvenih zavodov in koncesionarjev;
 - c) z arbitražo,
 - d) z internimi strokovnimi nadzori,
 - e) z upravnim nadzorom.
 1. a,
 2. a, d
 3. b, c, e
 4. a, b, d, e
 5. a, b, c, d, e

- Izredni upravni nadzor se opravi na podlagi zahteve ali pobude
 1. bolnika, bolnikovega svojca ali skrbnika,
 2. zdravstvenega zavoda,
 3. delodajalca,
 4. pristojne zbornice,
 5. sodišča.
 1. a,
 2. a, d
 3. b, c, e
 4. a, b, d, e
 5. a, b, c, d, e

- Kdo plača upravni nadzor?

1. Upravni nadzor plača izvajalec, kadar se ugotovijo nepravilnosti, sicer nosi stroške ministrstvo.
2. Upravni nadzor vedno plača izvajalec.
3. Upravni nadzor vedno plača ministrstvo.
4. Upravni nadzor plača tisti, ki je dal pobudo za nadzor.
5. Upravni nadzor palača upravna enota.

- Pritožbo na Mnenje ZK I. stopnje o začasni delanezmožnosti lahko vloži

- a) Zdravnik družinske medicine – osebni zdravnik
- b) Zavarovanec
- c) Klinični specialist – lečeči pezialist
- d) Zdravniška zbornica Slovenije
- e) Delodajalec

1. a, b
2. a, d
3. b, c,
4. a, c
5. b, e

- Mnenje ZK I. stopnje o začasni delanezmožnosti prejme(jo)

- a) Osebni zdravnik
- b) Zavarovanec
- c) Področni zavod za ZV
- d) Delodajalec
- e) Arhiv ZZZS

1. a,
2. a, d
3. b, c, e
4. a, b, d, e
5. a, b, c, d, e

- K vam pride bolnik in želi bolniški stalež za 10 dni nazaj. Kakšno je pravilno ravnanje zdravnika družinske medicine?

1. Bolniškega staleža za 10 dni nazaj mu ne more odpreti
2. Bolniški stalež lahko odpre za 10 dni nazaj

3. Bolniški stalež za 10 dni nazaj mu lahko odpre, če je bil bolnik v tem času v bolnišnici
 4. Bolniški stalež za 10 dni nazaj mu lahko odpre, če je bil bolnik v tem času na zdravljenju v tujini
 5. Bolniški stalež za 10 dni nazaj mu lahko odpre, če je bil bolnik v tem času na neprizvoljeni hospitalizaciji
- K vam pride bolnik in želi bolniški stalež za 10 dni nazaj. Bolnik se je zaradi prometne nezgode zdravil v bolnišnici. Kakšno je pravilno ravnanje zdravnika družinske medicine?
1. Bolniškega staleža za 10 dni nazaj mu ne more odpreti brez soglasja Zdravniške komisije I. stopnje.
 2. Bolniški stalež lahko odpre za največ 3 dni nazaj, za ostale dni naj zavarovanec vzame dopust
 3. Bolniški stalež za 10 dni nazaj mu lahko odpre, če je bil bolnik v tem času v bolnišnici
 4. Bolniški stalež za 10 dni nazaj mu lahko odpre, če je bil bolnik v tem času na zdravljenju v tujini
 5. Bolniškega staleža za 10 dni nazaj ni mogoče odpreti, bolnik bo za ta čas moral vzeti dopust
- K vam pride bolnik in želi bolniški stalež za 10 dni nazaj. Kakšno je pravilno ravnanje zdravnika družinske medicine?
1. Bolniškega staleža za 10 dni nazaj ni mogoče dati v nobenem primeru
 2. Bolniški stalež lahko sam odpre za 10 dni nazaj
 3. Bolnika bo napotil na Zdravniško komisijo I. stopnje, če je bil bolnik v tem času v bolnišnici ali na zdravljenju v tujini in tega ni mogel sporočiti svojemu zdravniku
 4. Bolniku bo svetoval, naj vzame dopust
 5. Bolniški stalež za 10 dni nazaj mu lahko odpre, če je bil bolnik v tem času na zdravljenju v zdravilišču

Za koliko dni nazaj lahko zdravnik družinske medicine sam odpre bolniški stalež bolniku?

1. Bolniški stalež lahko odpre z dnem obiska pri osebnem zdravniku
2. Bolniški stalež lahko odpre do največ tri dni pred obiskom pri osebnem zdravniku
3. Bolniški stalež lahko odpre do največ deset dni pred obiskom pri osebnem zdravniku
4. Bolniški stalež lahko odpre do največ trideset koledarskih dni pred obiskom pri osebnem zdravniku

ZDRAVSTVENE NAPAKE

5. Bolniški stalež lahko odpre do največ trideset delovnih dni pred obiskom pri osebnem zdravniku