Poštovani kolegice i kolege,

iskoristit ću blagdansko doba godine na izmaku, koje ujedno simbolizira i skori istek mandata čelništvu Zbora za kratko promišljanje o vremenu iza nas.

Proteklih godina medicina je zauzela posve novo mjesto u našem društvu. Za razliku od samozatajne djelatnosti koja neprimjetno pomaže bolesnima, liječi i ublažava patnje, spašava živote i njeguje zdravlje, nastupa posve novo poimanje zdravlja i bolesti koje podrazumijeva zdravstvenu potrošnju pod svaku cijenu. Vještina i umjetnost liječenja grubo pretvorena u uslužnu djelatnost dolazi u središte medijske pažnje, kreiraju se nerealna očekivanja i poistovjećuju bezbrojne pretrage i gutanje lijekova s postizanjem blagostanja i vječnog života. Zar smo, gledajući zdravstvene statistike, zaista toliko bolesniji svake godine? Ili imperativ zdravlja postaje, uz gotovo potpuno besplatnu zdravstvenu zaštitu, »lifestyle« koji dovodi do prenapregnutosti svih nas koji moramo bez lista čekanja udovoljiti zahtjevima. Pri tome nerijetko propisujući dvojbeno opravdane pretrage kako bismo se zaštitili od neželjenih (često neizbježnih) ishoda koji će se podvesti pod stručne greške. Zaista je teško predvidjeti do koje se mjere još može podizati produktivnost u našim ordinacijama i kakvim je rješenjima moguće trajno održavati godišnji porast potrošnje lijekova po glavi stanovnika kao do sada. Promovirati zdrave načine života mnogo je manje unosno, a zahtijevati od građana da se i sami brinu za svoje zdravlje mnogo manje popularno. Prebacivanje odgovornosti za sve na liječnička leđa nije rješenje, a više lijekova ne znači više zdravlja.

Medicina nije izuzetak, očito je da se krugovi razvoja u svim djelatnostima ubrzavaju do neslućenih razmjera, rađajući bojazan o završnom kaosu kada budu premašene naše sposobnosti. Zbog svega toga želim vas podsjetiti da smo svi zaslužili trenutak predaha i opuštanja nakon ovako naporne i zahtjevne radne godine.

Uz božićne blagdane veže se pojam mira i ljubavi prema obitelji i bližnjima, praštanja svim ljudima na svijetu. Zašto čekati cijelu godinu? Razdijelimo plemenitost osjećaja na sve dane i pokušajmo učiniti novu godinu boljom od prošle. Pronađimo vremena za sve što nismo stigli. Optimisti među nama vesele se novoj godini, dok pesimisti s radošću napuštaju staru.

Sretan vam Božić i Nova 2009. godina! Provedite ih sa svojim obiteljima u skladu i radosti. Želim vam da nađete dovoljno vremena za sebe, čuvajući i svoje zdravlje, koje se ne može ponovo kupiti kad se naruši.

Prim. dr. sc. Hrvoje Šobat, dr. med.,
predsjednik Hrvatskoga liječničkog zbora



Osvrt
Comment

OSVRT NA NACIONALNI KONSENZUS O DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU DEBLJINE

COMMENT ON CROATIAN NATIONAL CONSENSUS ON DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBESITY

JOZO JELČIĆ, MAJA BARETIĆ, MIRKO KORŠIĆ*

Deskriptori: Pretilost – dijagnoza, liječenje; Konsenzus; Hrvatska

Sažetak. Debljina je kronična endokrino-metabolička bolest multifaktorijske etiologije i poligenetske osnove, koja složenim patofiziološkim mehanizmima uzokuje nastanak brojnih komplikacija. Masno tkivo je žlijezda koja intenzivno »komunicira« s cijelim organizmom. Ono izlučuje adipokine koji imaju autokrino, parakrino i endokrino djelovanje, a čija je sinteza, izlučivanje u krv i djelovanje na ciljnim tkivima i organima u debljini poremećeno, što za posljedicu ima razvoj komplikacija na svim organskim sustavima. Pandemijski razmjeri debljine i prekomjerne tjelesne težine su toliki, da u razvijenim zemljama i zemljama u razvoju tek manji dio stanovništva ima normalnu tjelesnu težinu. U Hrvatskoj svaki peti stanovnik je debeo, a ukupno oko 2/3 muškaraca i nešto više od polovine žena imaju tjelesnu težinu veću od normalne. Rizik od smrti raste već nakon BMI >25 kg/m2, a u debelih osoba je povećan 1.5–2 puta, dok je u osoba s morbidnom debljinom (BMI >40 kg/m2) očekivano trajanje života kraće 5–15 godina. Liječenje debljine je dugotrajno i zahtijeva multidisciplinaran pristup i uključivanje specijalista različitih struka. U Opatiji je u organizaciji Hrvatskog društva za debljinu od 4. do 6. 4. 2008. održan III. hrvatski kongres o debljini s međunarodnim sudjelovanjem. Raspravljalo se o epidemiologiji i dijagnostici debljine, patofiziološkim mehanizmima, komplikacijama, smrtnosti i liječenju, a predstavljen je i Nacionalni program za zaustavljanje epidemije debljine. Na kraju Kongresa usvojen je III. nacionalni konsenzus o dijagnostici i liječenju debljine u kojem su učinjene manje izmjene u odnosu na prethodni konsenzus iz 2006. godine. Nove preporuke o liječenju debljine više su prilagođene individualnim potrebama i mogućnostima bolesnika od prethodnih, a s ciljem povećanja uspješnosti liječenja.

Descriptors: Obesity – diagnosis, therapy; Consensus; Croatia

Summary. Obesity is a chronic endocrine-metabolic disease with a multifactorial etiology and a polygenetic basis, whose complex patophysiologic mechanism causes numerous complications. Fat tissue is a gland which »communicates« intensively with the whole organism. It secretes adipokines which have an endocrine, paracrine and autocrine function. In obesity, adipokine synthesis, secretion into the blood and effect on the target tissues and organs is impaired, leading to development of complications in all organic systems. Pandemic levels of obesity and overweight are such that both in developed and developing countries only a small part of the population has normal body weight. In Croatia every fifth adult is obese, and overall 2/3 of men and little more than 1/2 of women have body weight greater than normal. Mortality rises with BMI >25 kg/m^2 and in obese persons it is 1.5–2 times greater, while in persons with morbid obesity (BMI >40 kg/m^2) the life expectancy is 5–15 years shorter. Treatment of obesity is a long-term endeavor and requires the participation of physicians of various specialties. The Croatian Obesity Society held the 3d Croatian Congress on Obesity with international participation in Opatija from 4–6 April. The main topics of discussion were obesity epidemiology and diagnostics, patophysiologic mechanisms, complications, mortality and disease treatment. The National Programe for Countering the Obesity Epidemic was presented. At the end of the Congress the 3d National Consensus on Diagnostics and Treatment of Obesity was adopted. It incorporated some changes compared to the previous 2006 Consensus. The new obesity treatment guidelines take individual needs and capabilities more into account, with the aim of increasing the success of the treatment

Liječ Vjesn 2008;130:275–277

U organizaciji Hrvatskog društva za debljinu, Hrvatskoga liječničkog zbora, u Opatiji je od 4. do 6. 4. 2008. održan III. hrvatski kongres o debljini s međunarodnim sudjelovanjem. Kongresu je prisustvovalo oko 250 liječnika obiteljske medicine i različitih specijalnosti. Na Kongresu se raspravljalo o velikom broju tema širokog raspona, od epidemiologije, dijagnostike, patofiziologije do komplikacija i liječenja debljine. Nastojao se rasvijetliti problem debljine s različitih aspekata, a predstavljen je i Nacionalni program za zaustavljanje epidemije debljine. Tijekom Kongresa održana su 42 predavanja, a predavači su bili endokrinolozi, dijabetolozi, kardiolozi, hematolozi, pulmolozi, neurolozi, radiolozi, gastroenterolozi, kirurzi, onkolozi, reumatolozi, ortopedi, fizijatri, ginekolozi, pedijatri, medicinski biokemičari i epidemiolozi. U odnosu na prethodni kongres održan 2006. godine teme su proširene na rizik od prijeloma u debljini, o čemu je predavanje održao prof. dr. David Hosking iz Nottinghama, a nove su bile i teme iz područja nu-

* **Zavod za endokrinologiju Klinike za unutarnje bolesti, KBC Zagreb** (dr. sc. Jozo Jelčić, dr. med.; mr. sc. Maja Baretić, dr.. med.; prof. dr. sc. Mirko Koršić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. J. Jelčić, Zavod za endokrinologiju, Klinika za unutarnje bolesti, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10 000 Zagreb, e-mail: jozo.jelcic@zg.htnet.hr

Primljeno 17. rujna 2008., prihvaćeno 17. rujna 2008.

trigenetike i nutrigenomike, utjecaja virusa na debljanje, te specifičnosti debljine u žena i muškaraca. Na kraju Kongresa usvojen je III. nacionalni konsenzus o dijagnostici i liječenju debljine. Novim konsenzusom usvojene su manje promjene u odnosu na prethodni.[1] U dijelu konsenzusa koji se odnosi na promjene načina prehrane polazi se od individualnih razlika u potrošnji energije i dnevnim energetskim potrebama. U skladu s tim su i preporuke za smanjenje unosa energije hranom koje su sada u odnosu na prethodne konsenzuse individualizirane. Preporučuje se prehrana s energetskom vrijednošću manjom za 500 kcal od dnevnih energetskih potreba. Predviđeno je da se IV. hrvatski kongres o debljini održi 2010. godine.

NACIONALNI KONSENZUS O DIJAGNOSTICI I LIJEČENJU DEBLJINE

III. hrvatski kongres o debljini

Opatija, 4.–6. 4. 2008.

Radna skupina za izradu nacionalnog konsenzusa: prof. dr. sc. Izet Aganović, mr. sc. Maja Baretić, prof. dr. sc. Velimir Božikov, prof. dr. sc. Miroslav Bekavac-Bešlin, prof. dr. sc. Željka Crnčević Orlić, prof. dr. sc. Josip Grgurić, mr. sc. Jozo Jelčić, prof. dr. sc. Slaven Kokić, prof. dr. sc. Mirko Koršić, prof. dr. sc. Dragutin Košuta, prof. dr. sc. Željko Metelko, doc. dr. sc. Diana Muačević-Katanec, doc. dr. sc. Ivana Prpić Križevac, akademik Željko Reiner, prof. dr. sc. Mate Sučić, prof. dr. sc. Davor Štimac, prof. dr. sc. Branka Vizner.

1. Definicija pojmova:

- Prekomjerna tjelesna težina: BMI > 25 kg/m^2
  (BMI – engl.: body mass index = indeks tjelesne mase)
- Debljina: BMI > 30 kg/m^2
  (kg = kilogram)
  (m = metar)
- Opseg struka koji predstavlja rizik od metaboličkog sindroma:
  – žene: > 80 cm
  – muškarci: > 94 cm
- Prekomjerna tjelesna težina i debljina veliki su javnozdravstveni problemi koji zahtijevaju prikladan i učinkovit multidisciplinarni pristup.

2. Preporuke za dijagnostiku (klinički pregled)

Pri prvom pregledu bolesnika liječnik je obavezan izmjeriti:

– tjelesnu težinu (TT)
– tjelesnu visinu (TV)
– odrediti indeks tjelesne mase (ITM; body mass index BMI): TT (kg) / TV^2 (m^2)
– opseg struka (mjeri se na polovici udaljenosti između donjeg ruba rebrenog luka i cristae iliacae bočno, na mjestu gdje su najbliži, u ekspiriju)
– arterijski tlak.

3. Preporuke za dijagnostiku (laboratorijski nalazi)

- U osoba s ITM (BMI) > 30 kg/m^2 ili s opsegom struka > 80 cm u žena i > 94 cm u muškaraca treba odrediti:
  – ukupni kolesterol
  – HDL (engl.: high-density lipoprotein = lipoproteini visoke gustoće)
  – trigliceride
  – glikemiju, 2 h OGTT.

4. Uloga liječnika/zdravstvenog sustava u prevenciji i liječenju

- Debljina je kronična bolest koja je od Svjetske zdravstvene organizacije prepoznata kao jedan od vodećih javnozdravstvenih problema koji valja prevenirati i liječiti.
- Obaveza je svakog liječnika prenositi spoznaje o tome svojim bolesnicima i upozoravati ih na ozbiljne posljedice debljine za zdravlje te nastojati da takvi bolesnici smanje svoju tjelesnu težinu.

5. Kronične komplikacije debljine

- Glavne štetne posljedice debljine za zdravlje jesu povećani rizik od obolijevanja od:
  – dijabetesa tipa 2
  – arterijske hipertenzije
  – dislipoproteinemije
  – kardiovaskularnih bolesti
  – cerebrovaskularnih bolesti
  – gastrointestinalnih bolesti
  – degenerativnih bolesti zglobova
  – ginekoloških problema
  – endokrinoloških poremećaja
  – malignih tumora
  – opstruktivne apneje u spavanju (OSA)
  – psiholoških problema.

6. Liječenje

- Smanjenje tjelesne težine od samo 5% do 10% od početne težine smanjuje rizik od obolijevanja od niza bolesti povezanih s debljinom.
- Cilj ne treba biti veliki gubitak tjelesne težine u kratkom razdoblju, nego postupno tijekom duljeg razdoblja.
- Metode i cilj smanjenja prekomjerne tjelesne težine moraju biti prilagođeni svakom bolesniku individualno nakon pažljive analize rizičnih čimbenika i općega zdravstvenog stanja bolesnika.

7. Niskokalorijska prehrana i pojačana tjelesna aktivnost

- Smanjivanje prekomjerne tjelesne težine i održavanje tako smanjene težine temelji se na kombinaciji:
  – prehrane s energetskom vrijednošću za 500 kcal manjom od dnevnih energetskih potreba (engl. kcal: kilo calory = kilokalorija)
  – redovite tjelesne aktivnosti (brzi hod, vožnja bicikla i sl. najmanje pola sata svakoga dana)
  – tjedna kontrola tjelesne težine i aktivnosti
  – promjena u ponašanju (stil života)
  – sve navedene mjere provoditi uz pomoć liječnika obiteljske medicine.
- Ovakav pristup treba nastaviti trajno, čak i ako se osim dijete i promjene načina života bolesniku propiše i eventualna dodatna terapija.

8. Farmakoterapija

U bolesnika u kojih promjena prehrane i pojačana tjelesna aktivnost nisu dale zadovoljavajuće rezultate indicirana je primjena farmakoterapije. Rabe se dva lijeka:

– sibutramin
– orlistat.

9. Indikacije za farmakoterapiju

- Uzimanje lijekova za smanjenje tjelesne težine opravdano je u odraslih:
  – debelih bolesnika (BMI ≥ 30 kg/m^2)
  – prekomjerno teških bolesnika koji imaju i neke druge bolesti (BMI ≥ 27 kg/m^2).
- Lijekovi se primjenjuju ako promjena prehrane, pojačanje tjelesne aktivnosti i promjene životnih navika nisu dali zadovoljavajuće rezultate, tj. ako nije postignuto smanjenje tjelesne težine za najmanje:
  – 5% nakon 3 mjeseca
  – 10% nakon 6 mjeseci.

10. Uzimanje lijekova za smanjenje tjelesne težine treba započeti odmah u bolesnika:

– s BMI ≥ 35 kg/m^2,

– u bolesnika sa smanjenom pokretljivošću (gubitak vida, teška koksartroza i gonartroza, stanje nakon moždane kapi i druge teške neurološke bolesti i sl.),

– ako su raniji pokušaji bili:
  - neuspješni
  - tek djelomično i kratkotrajno uspješni (gubitak TT manji od 10% ili ponovno debljanje u periodu od pola godine).

11. Praćenje bolesnika na farmakoterpiji

- Lijekovi za smanjenje tjelesne težine ne bi se trebali propisivati duže od 12 tjedana bez evaluacije učinkovitosti.
- Uzimanje lijeka treba biti obustavljeno u onih debelih bolesnika koji nisu postigli smanjenje tjelesne težine od barem 5% tijekom 12 tjedana.
- Ako je postignuto smanjenje tjelesne težine od barem 5%, uzimanje lijeka može biti nastavljeno uz trajno pridržavanje dijete i redovito kontroliranje tjelesne težine.

12.

- Uzimanje lijekova za smanjenje tjelesne težine ne smije biti duže od vremena preporučenog u uputama proizvođača lijeka.

13.

- Medikamentno liječenje debljine treba provoditi interdisciplinarnom suradnjom liječnika primarne i sekundarne zdravstvene zastite i drugih suradnika (psiholozi, psihijatri, fizijatri).
- Etička je obaveza liječnika da bolesnika upozori na rizik od nuspojava i mogućih interakcija s drugim lijekovima.
- Liječnik je obavezan svaku nuspojavu lijeka prijaviti Nacionalnom centru za nuspojave lijekova i medicinskih proizvoda.

14. Postavljanje intragastričkog balona

- U odluci prije kirurškog liječenja razmotriti stavljanje intragastričkog balona kao privremene pomoćne metode.

15. Kirurško liječenje

- Ako se svim do sada navedenim načinima liječenja tijekom duljeg razdoblja ne uspije postići BMI < 35 kg/m^2, valja razmotriti mogućnost primjene kirurškog liječenja debljine.

16. Debljina u djece

- Posebnu pozornost treba posvetiti prevenciji, dijagnosticiranju i liječenju debljine u djece i adolescenata.

LITERATURA

1. *Jelčić J, Koršić M.* Hrvatski nacionalni konsenzus o dijagnostici i liječenju debljine. Liječ Vjesn 2007;129:51–3.

HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR
HRVATSKO DRUŠTVO ZA ATEROSKLEROZU

organizira

SEDMI HRVATSKI KONGRES O ATEROSKLEROZI
s međunarodnim sudjelovanjem

u Malom Lošinju, hotel Aurora od 13. — 16. svibnja 2009. godine

Glavne teme Kongresa:

- Epidemiologija koronarne i cerebrovaskularne bolesti
- Hiperlipidemije i dislipidemije u odraslih i djece i njihovo liječenje
- Šećerna bolest, pretilost i metabolički sindrom
- Hipertenzija
- Infekcija i ateroskleroza
- Prehrana i rizik ateroskleroze
- Način života i kardiovaskularne bolesti
- Estrogeni, menopauza i hormonsko nadomjesno liječenje
- Zatajivanje srca
- Angiografija, ultrazvuk, CT, MR u procjeni ateroskleroze
- Nuklearna kardiologija
- Perkutana angioplastika, stentovi i td.
- Antiagregacijsko i trombolitičko liječenje
- Kirurško liječenje ateroskleroze koronarnih arterija
- Kirurško liječenje ateroskleroze perifernih žila
- Ateroskleroza i cerebrovaskularna bolest

Krajnji rok za primitak sažetaka je 25. siječanj 2009. godine.

Sažeci se šalju na adresu: www.atherosclerosis-congress-croatia.org

Prijava i rezervacija hotela: TOPTOURS, 10000 Zagreb, Mesnička 3
tel. 01-4847-604, 01-4847-606 fax. 01-48-47-606
e-mail: top-tours@zg.t-com.hr

Sudjelovanje na Kongresu biti će vrednovano najvećim brojem bodova Hrvatske liječničke komore.

* * *

Klinika za pedijatriju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i KBC-a Zagreb svake godine redovito održava tečaj trajne izobrazbe liječnika iz aktualnih područja pedijatrije. Ovogodišnji je tečaj jubilarni, 20. po redu i održat će se s temom pod naslovom

»Nove spoznaje o starim temama – 20 godina poslije«

Voditelji tečaja su: prof. dr. sc. Ana Votava-Raić,
prof. dr. sc. Miroslav Dumić i
doc. dr. sc. Duška Tješić-Drinković.

Tečaj će se održati ***5. i 6. prosinca 2008. godine,*** a mjesto održavanja je ***predavaona Klinike za pedijatriju – Šalata.***

Kotizacija iznosi 500,00 kn.

Prof. dr. sc. Ana Votava-Raić
voditeljica Tečaja

Tema broja:

PROFESIONALNA ODGOVORNOST LIJEČNIKA ZA ŠTETE U MEDICINSKOJ DJELATNOSTI

Main topic:

MEDICAL LIABILITY IN PRACTICE

Riječ gosta urednika
Guest editor's editorial

PROFESIONALNA ODGOVORNOST LIJEČNIKA ZA ŠTETE U MEDICINSKOJ DJELATNOSTI

MEDICAL LIABILITY IN PRACTICE

Prvo želim zahvaliti glavnom uredniku i Uredničkom odboru liječničkog vjesnika na prilici koja se pruža Hrvatskom društvu medicinskih vještaka (HDMV) Hrvatskoga liječničkog zbora (HLZ-a) da se u ovome tematskom broju LV liječnicima, članovima Hrvatske liječničke komore (HLK-e) i HLZ-a, približi problem profesionalne odgovornosti kako bi informirani i osviješteni prihvatili nemile činjenice s kojima se sreću u slučajevima odštetnih zahtjeva za štete koje nastaju pri pružanju medicinskih usluga. Profesionalna odgovornost liječnika jednaka je odgovornosti odvjetnika, veterinara, arhitekata i drugih zanimanja.

Osobitost profesionalne odgovornosti liječnika leži u specifičnosti i veličini rizika koji liječnička profesija nosi, a u vezi je sa zdravljem i životom ljudi. Temeljni zadatak liječnika ili medicinske djelatnosti u cijelosti je prevenirati, izliječiti ili zaliječiti, popraviti zdravlje bolesnom čovjeku. Ponekad uza sva nastojanja, znanje i modernu tehnologiju to nije moguće učiniti, naprotiv, stanje se pogoršava, bolest napreduje i nastupa smrt. U tim, ali i drugim okolnostima, mogu se pojaviti odštetni zahtjevi za nadoknadu neimovinske i imovinske štete. Nadoknadu štete (satisfakciju) potražuje nezadovoljni bolesnik, od liječnika koji je bolesnika liječio ili zdravstvene ustanove u kojoj se liječio. Odštetne zahtjeve podnose odvjetnici u ime bolesnika, a zahtjevi završavaju obično na sudu.

Da bi otklonili odgovornost za nepovoljni tijek i ishod liječenja, prije svega potrebno je savjesno primjenjivati znanje i iskustvo koje medicina u tom segmentu nudi, uz obvezno poštivanje moralnih i etičkih načela. Uočili smo da unatrag nekoliko godina raste broj zahtjeva za medicinsko vještačenje u odštetnim parnicama zbog profesionalne odgovornosti liječnika i zdravstvenih ustanova. To znači da je broj odštetnih zahtjeva protiv liječnika i zdravstvenih ustanova u porastu. Taj problem registriran je u Americi još na samom početku dvadesetog stoljeća, a onda se slične tendencije porasta broja odštetnih zahtjeva protiv liječnika i zdravstvenih ustanova bilježe i u Europi.

Razlozi naglog povećanja broja odštetnih zahtjeva su mnogostruki, a na prvome mjestu vjerojatno je munjevit biotehnološki napredak civilizacije, koji se reflektira i na medicinsku znanost. Liječnici se suočavaju s gomilom novih informacija, novim znanjima i tehnologijama, sa starenjem populacije i novim bolestima, informatizacijom pučanstva, a time i s većom informiranošću bolesnika – uglavnom o bolestima, a manje o zdravlju, poglavito o pravima bolesnika. Nerijetko očekivanja i zahtjevi liječnika i bolesnika nadmašuju mogućnosti medicine, koja uza svu modernu tehnologiju i nova znanja nije svemoguća.

Masovno pružanje zdravstvenih usluga u velikim medicinskim centrima dovodi do depersonalizacije odnosa liječnika i bolesnika te gubitka povjerenja u liječnika. Stvara se percepcija liječnika kao poslovnog partnera, kojeg je moguće tužiti. Kada to sve uzmemo u obzir, tada je jasno da liječnici ostvaruju svoju odgovornost u sve složenijim uvjetima, nezadovoljni su jer su izloženi sudskim postupcima, raznim pritiscima i strahuju zbog mogućnosti narušavanja ugleda. Liječnici – sudski vještaci, članovi HDMV HLZ-a, nerado se prihvaćaju medicinskog vještačenja u odštetnim zahtjevima profesionalne odgovornosti, a kao sudski vještaci dužni su to raditi. Dužni su utvrditi činjenice koje se odnose na područje medicine, i to na načelima važeće medicinske doktrine, jer bez medicinskog stručnog i korektnog vještačenja nema pravilnog rješenja ni jednog odštetnog zahtjeva.

O tim i brojnim drugim činjenicama čut će se na Simpoziju 28. 11. 2008. koji organizira HDMV HLZ-a, a čiji je suorganizator HLK. Predavači na Simpoziju bit će ugledni stručnjaci pravne i medicinske znanosti, kojima ovom prigodom najljepše zahvaljujem. Na Simpoziju ćemo čuti kako problem profesionalne odgovornosti rješavaju kolege u susjednim zemljama – Bosni i Hercegovini i Sloveniji.

U ovome tematskom broju LV objavit ćemo samo neka izlaganja, a kolege pozivamo da nam se pridruže. Na ovaj način želimo uputiti poruku ravnateljima zdravstvenih ustanova, zdravstvenim vlastima i državnim tijelima da bez dobre evidencije, praćenja odštetnih zahtjeva, sustavnog pristupa svih struktura (Ministarstva zdravstva, HLK, suda) ne postoje temelji za nalaženje dobrih rješenja zaštite liječnika, ustanova i pacijenata.

Na kraju bih željela zahvaliti HLK koja je prepoznala HDMV HLZ-a kao važnog partnera u edukaciji liječnika sudskih vještaka. Sudjelovanje HLK u organizaciji ovog skupa cijenimo kao nastavak suradnje.

Prim. dr. Viktorija Bradić
predsjednica HDMV HLZ-a

Riječ glavnog urednika
Editorial

Poštovani čitatelji,

broj posvećen određenoj temi i nadolazeći blagdani predstavljaju dobru prigodu da Vam se obratim. Kao što sam već puno puta istaknuo, osnovna uloga Liječničkog vjesnika jest prijenos znanja i medicinskih informacija svojim čitateljima, širenje i razmjena stručnih informacija na hrvatskom jeziku, te ujednačavanje i razvoj stručne medicinske terminologije na nacionalnom jeziku. Tekstovi u Liječničkom vjesniku obrađuju različite stručne teme iz medicinske prakse, iznose stajališta stručnih društava u obliku smjernica i preporuka, bilježe različita individualna klinička zapažanja. Liječnički vjesnik sustavno donosi tekstove koji proučavaju hrvatsku medicinsku prošlost te bilježi sjećanja na članove Hrvatskoga liječničkog zbora koji su svojim radom pridonijeli ugledu naše profesije. Svi kolege koji sudjeluju u oblikovanju Liječničkog vjesnika – autori, recenzenti te članovi uredničkog odbora – čine to na volonterskoj osnovi, što naš časopis čini vjerojatno jedinstvenim u svijetu s tako dugim neprekinutim kontinuitetom izlaženja i tradicijom kakvom se malo koji drugi može pohvaliti.

No, naša profesija svakodnevno je suočena s mnogim problemima i dvojbama u svakodnevnom životu. Posebno je obilježje naše struke činjenica da ona izravno utječe na zdravlje i život pojedinca. Kao i svi drugi ljudi, i liječnici mogu pogriješiti, no posljedice liječničke pogreške imaju značajno drugačiju dimenziju. Percepcija liječničke pogreške razlikuje se u tome tko je analizira. Vrijeme u kojem živimo bilježi povećani broj tužbi i sudskih sporova u kojima su liječnici optuženici, što je popraćeno s uglavnom negativnim komentarima javnosti bez obzira na činjenicu je li riječ o objektivno ustanovljenoj odgovornosti liječnika.

Hrvatsko društvo medicinskih vještaka Hrvatskoga liječničkog zbora organiziralo je interdisciplinarni stručni simpozij posvećen profesionalnoj odgovornosti liječnika pri obavljanju svoje liječničke profesije. Skup se održava krajem studenoga u prostorijama Hrvatskoga liječničkog zbora. Predavači su priznati stručnjaci – liječnici i pravnici – koji se sustavno bave ovom problematikom. Uredнički odbor Liječničkog vjesnika zaključio je da je tema profesionalne odgovornosti liječnika od iznimne strukovne važnosti te procijenio da joj je potrebno posvetiti cijeli broj časopisa.

Tekstovi u tematskom dijelu ovog broja Liječničkog vjesnika nastali su uz predavanja koja su na spomenutom skupu održali priznati stručnjaci koji se bave problematikom profesionalne odgovornosti liječnika. Konačni izbor tekstova učinila je prim. Bradić, predsjednica Hrvatskog društva medicinskih vještaka HLZ-a, koja je ujedno i gost-urednik ovog broja LV-a. Kao glavnom uredniku našeg časopisa čast mi je da su organizatori skupa izabrali Liječnički vjesnik za prezentaciju radova prikazanih tijekom simpozija. No, ujedno moram napomenuti i ispričati se našim čitateljima na zamjetnom stupnju neujednačenosti tehničke opremljenosti tekstova. Neujednačenost je osobito uočljiva u načinu navođenja izvora podataka (literaturnih navoda), što je pak posljedica različitosti prakse u stručnoj medicinskoj i pravničkoj literaturi. Iako je veliki dio nedosljednosti uklonjen i iako su literaturni navodi uglavnom usklađeni s međunarodno prihvaćenim propozicijama u biomedicinskim publikacijama, ograničenost rokova onemogućila je potpuno ispravljanje svih uočenih nedostataka.

Završavajući još jednu kalendarsku godinu i zatvarajući još jedno godište neprekinutog izlaženja Liječničkog vjesnika, a s iskrenim uvjerenjem da će Vam odabrani tekstovi biti zanimljivi i zaključci skupa korisni, koristim prigodu da svima u povodu nadolazećih blagdana zaželim puno zdravlja, sreće i osobnog zadovoljstva.

Branimir Anić
glavni i odgovorni urednik
Liječničkog vjesnika

MEDICINSKI PRISTUP ODGOVORNOSTI LIJEČNIKA ZA ŠTETE, KOJE NASTAJU PRI PRUŽANJU MEDICINSKIH USLUGA

MEDICAL APPROACH TO LIABILITY FOR MALPRACTICE ORIGINATING DURING HEALTH SERVICES

HERMAN HALLER*

Deskriptori: Liječnici – zakonodavstvo; Nesavjesno liječenje – zakonodavstvo; Medicinske pogreške – sprečavanje; Zakonska odgovornost

Sažetak. U radu su prikazani pogledi medicinske odgovornosti koja nastaje prilikom pružanja medicinskih usluga, a proizlaze iz višestrukih čimbenika koji ju ujedno i definiraju. Ovdje uključujemo zakonske, etičke, financijske uvjete i posebno uvjete kao što su prostor, kadar i oprema. Profesionalnu odgovornost medicinskog osoblja moramo sagledati iz perspektive čimbenika stručnosti, informiranja, povjerenja, odnosa između sudionika, kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite, ostvarivosti, ekonomičnosti, prihvaćene znanstvene misli, odsutnosti sukoba interesa i same postignute stručne razine. Danas se medicinska struka suočava s eksplozijom znanja i tehnologije, novim bolestima, starenjem stanovništva, informatičkom transformacijom, promicanjem zdravlja, jačanjem uloge ljudskih prava i prava bolesnika, partnerstvom i novom ulogom tržišta i globalizacijom. Zbog toga zdravstveni djelatnici ostvaruju svoju odgovornost u sve složenijim uvjetima i sve većim očekivanjima zajednice. Samo partnerski odnosi među svim sudionicima; onih koji određuju, sudjeluju i koriste se zdravstvenim sustavom mogu definirati primjerenu i prihvatljivu liječničku odgovornost.

Descriptors: Physicians – legislation and jurisprudence; Malpractice – legislation and jurisprudence; Medical errors – prevention and control; Liability, legal

Summary. In this paper approach of medical liability for malpractice originating during health services is analysed and elaborated. It coud be defined as comprehensive outcome of law, ethical, financial, environmental, staff and equipmental factors. Professional liability in medicine should be viewed from the next factors: competence, information, confidence, relationship between all partitioners, quality of health care, feasibility, economics, accepted scientific level, absence of conflic of interest and professional level. Today, medicine encounters explosion of knowledge and technology, new diseases, population ageing, informatic transformation, promotion of health, reinforcement of human rights and patient's rights, partnerships, role of health market as well as globalisation. In such circumstances medical staff achieve medical liability in more complex conditions and in growing population's expectations. Only partners relationship between all partitioner, deciders, participants and users of health system could define suitable and acceptable medical liability.

Liječ Vjesn 2008;130:279–282

Zadnjih desetljeća sve se veća pažnja usmjerava na pojam medicinske odgovornosti zdravstvenih sustava, djelatnika koji sudjeluju u pružanju zdravstvenih usluga, korisnika zdravstvenih usluga, kao i legislative.[1] Mnogo je pisano i rečeno, međutim manje je izražena analiza učinaka medicinske odgovornosti na djelotvornost zdravstvenog sustava i medicinske prakse u cjelini. Nije potpuno jasan uzrok kontroverza oko medicinske odgovornosti, ali je jasno da međudjelovanje mnoštva čimbenika definira ovo područje.[1]

Medicinska misao, tehnologija i ukupnost znanstvenih spoznaja praktički napreduju revolucionarnim skokovima koje možemo zamijetiti iz perspektive i samoga pojedinca. Danas je svijet suočen s globalizacijom, pa napredak u jednoj sferi znanosti omogućuje vrlo brz napredak s utjecajem na svim razinama i granama. Istovremeno velikim i nezaustavljivim tempom uočavamo i napredak u vrsnosti načina provođenja sveobuhvatnih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti s presudnim utjecajem na način organiziranja i funkcioniranja čitavoga zdravstvenog sustava svake zemlje posebno. Naša zemlja, kao jedna od zemalja razvijenog svijeta s dugogodišnjom tradicijom pružanja organizirane zdravstvene zaštite svojemu pučanstvu nastoji omogućiti praćenje svih suvremenih dostignuća kako u tehnološkom tako i u organizacijskom smislu. Veliki napori, posebno zadnjih desetak godina ulažu se u organiziranje zdravstvenog sustava što involvira sve društvene slojeve i same zdravstvene djelatnike. Sve navedeno uključuje vrlo brzo širenje, prihvaćanje i primjenu novih znanja i mogućih vještina, a revolucija u napretku tehnoloških rješenja i mogućnosti neprestano unosi nove izazove na granici poznatoga. Sve veći broj zdravstvenih djelatnika uključuje se u ovu utrku bez kraja praćenu povećanjem kompleksnosti sveukupnih odnosa. Tako zahtjevan zdravstveni sustav u kojem je jedina konstanta stalna mijena i napredak s traženjem boljih i kvalitetnijih rješenja te opetovano preispitivanje i kontrola kvalitete od samoga pojedinca do ukupnog sustava predstavlja u organizacijskom i provedbenom smislu velik izazov s golemom odgovornošću svih onih koji izgrađuju taj sustav. Neke

* **Klinički bolnički centar Rijeka, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci** (prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. H. Haller, Klinički bolnički centar Rijeka, Krešimirova 42, 51 000 Rijeka, E-mail: herman.haller@ri.t-com.hr

Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

države kao Pensilvanija u Sjedinjenim Američkim Državama izradile su 2005. godine izvješće koje bi trebalo pripomoći oko definiranja medicinske odgovornosti, liječničke greške, osiguranja, sustava odgovornosti, reforme, istraživanja, kao i sigurnosti bolesnika.[2]

Liječnik i sveukupni ljudski resursi koji sudjeluju u procesu liječenja polazna su točka s koje nastaje i završava pojam odgovornosti u zdravstvu. U procesu pružanja zdravstvene zaštite uz »zakonske«, »etičke norme« i »financijske mogućnosti« izuzetno važnu ulogu imaju i tri bazične postavke zdravstvenog sustava: »prostor«, »kadar« i »oprema«. Ovih šest osnovnih postavki na izravan način utječe na mogućnosti organizacije zdravstvenog sustava pa u konačnici imaju velik utjecaj na profesionalnu odgovornost pružatelja zdravstvenih usluga. Razina navedenih šest točaka ujedno predstavlja polaznu točku s koje možemo i moramo sagledavati liječničku i medicinsku odgovornost u zdravstvenom sustavu svake zemlje.

Zakonski propisi i okviri u kojima danas djeluje zdravstveni radnik svakim su danom sve određeniji i sve bolje i sveobuhvatnije definiraju okvire postojanosti, a istovremeno ostaje sve manje nedorečenosti. Možemo istaknuti 74 deklaracije, rezolucije i izjave Svjetske zdravstvene organizacije, 14 deklaracija načela i preporuka Ujedinjenih naroda i Vijeća Europe. U Republici Hrvatskoj 17 zakona trenutačno je aktualno u smislu definiranja zdravstvenog sektora i područja djelovanja samoga zdravstvenog djelatnika i svakim se danom povećava broj postojećih zakona, dok se već primijenjeni zakoni preoblikuju i osuvremenjuju nastojeći s jedne strane pratiti medicinska dostignuća, a s druge strane osigurati korisnicima zdravstvene zaštite primjerenu primjenu zdravstvene zaštite. Slijedi 26 pravilnika i naredbi te kolektivnih ugovora za djelatnost zdravstva. Ne treba zaboraviti statute zdravstvenih ustanova i Pravilnik o unutrašnjem ustrojstvu zdravstvenih ustanova. Također treba istaknuti statut Hrvatske liječnike komore te njezine pravilnike, Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječnike komore, zakone o liječništvu, sestrinstvu, zdravstvenoj zaštiti, ljekarništvu, stomatološkoj djelatnosti, kao i medicinsko-biokemijskoj djelatnosti. Većina zakona i propisa dostupno je na službenim stranicama Hrvatske liječničke komore *(http://www.hlk.hr/default.asp)*.

Prostori u kojima se pruža zdravstvena zaštita u sklopu osnovnoga zdravstvenog osiguranja uključujući ambulante primarne zdravstvene zaštite, domove zdravlja, prostore ustanova javnog zdravstva, specijalističke ambulante u sklopu specijalističko-konzilijarnih poliklinickih službi te konačno bolnica izgrađeni su ili prilagođeni s ciljem obavljanja vlastite djelatnosti. Nedostatak jasnih i nedvojbenih propisa koji su se mijenjali tijekom zadnjih desetljeća, a posebno nedostatak kontrole nad gradnjom ili adaptacijom takvih objekata doveo je do toga da je danas u našoj zemlji prisutna šarolikost građevinskih rješenja. Tu treba navesti i jasne razloge za nastanak ove situacije koja je u većini slučajeva ipak bila vezana za odsutnost financiranja ili pak nedostatak sredstava. Ne treba zaboraviti Domovinski rat u kojem je određeni broj zdravstvenih objekata bio oštećen ili uništen. Kako bilo, rezultat toga je da u Republici Hrvatskoj danas postoji nedostatak kvalitetnih prostora za obavljanje zdravstvene zaštite, a to se posebno očituje u nedostatku kvalitetnih bolničkih prostora. Napori koji su učinjeni zadnjih desetak godina nisu mogli nadoknaditi odsutnost ciljanih investicija u prethodnom razdoblju. Postavlja se osnovno pitanje liječničke odgovornosti zdravstvenih djelatnika koji svoju profesionalnu aktivnost obavljaju u takvim prostorima svjesni svih prednosti, ali i nedostataka, pa i opasnosti koje mogu proizaći iz nedostataka arhitektonskih rješenja. Prostorni nedostaci povremeno mogu biti odgovorni za nastale štetne događaje tijekom procesa liječenja, a koji se tijekom samoga vrednovanja profesionalne odgovornosti ne uzimaju u obzir. Primjera ima napretek, posebno u zdravstvenim ustanovama koje su starijeg datuma, nedovoljno adaptirane i prilagođene suvremenim potrebama obavljanja interdisciplinarnog liječenja te hitnih medicinskih intervencija. Istovremeno, nedostatak jasno definiranih normativa ne samo u prostornim kapacitetima već u komunikacijskom smislu predodređuju učinkovitost samoga sustava odnosno njegovu neučinkovitost. Istovremeno vrtoglavi uspon i promjena načina rada, neprekidno uvođenje novih i suvremenijih tehnologija, kao i osiguranje multidisciplinarnosti u pružanju zdravstvene usluge nameću trajnu potrebu za promjenama postojećih prostora s ciljem prikladnijeg osiguranja uvjeta rada. Takva trajna potreba zasigurno je veliko opterećenje zdravstvenog sustava u pogledu financija, ali istovremeno i u pogledu osposobljavanja čitavog niza stručnjaka iz područja arhitekture, građevine, tehnologa, kao i drugih potrebnih usmjerenih stručnjaka iz različitih područja.

Kadar koji se danas educira prolazi svoje specifičnosti i određenu pripremu za profesionalnu odgovornost u zdravstvenom sustavu. Od medicinskog fakulteta preko posebnih specijalizacija i užih specijalizacija do osposobljavanja medicinskih kadrova za izvođenje najsloženijih dijagnostičkih i terapijskih zahvata najčešće se odvija u duljem razdoblju. Medicinski fakultet u trajanju od 6 godina, godina staža, zatim u prosjeku 5 godina specijalizacije i dvije godine uže specijalizacije čine ukupno 14 godina neprekidnog učenja i obučavanja. Kadrovi nastaju na medicinskim fakultetima, a daljnji razvoj odvija se zahvaljujući najvećim dijelom entuzijazmu pojedinih ljudi. Utjecaj na njihovo obrazovanje u materijalnom smislu dijelom snosi društvo, a drugim dijelom sam pojedinac. Edukacija kao obveza prema napredovanju u znanju i vještinama prepuštena je većim dijelom pojedincu, s nepotpunom kontrolom sustava. Samim time nedostaje sustavno planiranje specifično osposobljenih kadrova za njihovo umrežavanje i osiguranje komplementarnosti u svakodnevnom radu. Odgovornost prema edukaciji u praksi nitko ne poriče, ali ju nitko i ne potiče, a niti ju ističe. Realnost današnjice pokazuje spontane izdanke i pupoljke koji su nastali na osnovi slučajnosti odnosno osobne motiviranosti. Iskoraci u stvaranju kvalitetnih kadrova prepušteni su slučajnom izboru odnosno slučajnom i pojedinačnom događaju.

Investicija u kadrove osim u materijalnom pogledu uključuje svekolika stručna društva i ukupni angažman zajednice prema strogoj definiciji načina rada utvrđujući na taj način minimum usluga koje je potrebno pružiti tijekom određenih dijagnostičko-terapijskih postupaka. Hrvatska je danas pred jednim neobičnim izazovom, preuzeti algoritme rada drugih europskih i svjetskih razvijenih zemalja, ili stvoriti vlastite algoritme rada. Malena smo zemlja za tako veliki trud, a ne smijemo zaboraviti da se navedeni algoritmi rada sukladno napretku medicinske misli često mijenjaju i doživljavaju nadopune ili čak značajne preobrazbe. Postavlja se jednostavno pitanje gdje, kada i tko odlučuje o njihovim promjenama u administrativnom smislu ili su oni plod svakodnevne prakse. Potonje je uobičajena praksa u našoj zemlji, ali u sebi nosi opterećenje definiranja ljudi koji će potvrditi odnosno negirati postojanje takve prakse. U rutinskom se radu to naziva dobrom uobičajenom kliničkom praksom odnosno uobičajenim načinom rada. Postavlja se neugodno pitanje donošenja standarda ponašanja u medicinskom smislu, kao i administriranja standarda i normativa u zdravstvenom su-

stavu. Jedno od osnovnih pitanja je dostupnost zdravstvenog sustava kako ga etičari promatraju. Prevelika primjena visoko sofisticirane tehnologije na jednome mjestu uvelike smanjuje mogućnost primjene zdravstvenih mjera niže razine na širokom planu i time onemogućuje dostupnost zdravstvene zaštite. Na taj način kadrovski i ostali potencijal zdravstvenog sustava dolazi u pitanje opstojnosti i ne može pružiti svakomu jednaku zdravstvenu zaštitu. Jednostavnije rečeno, svaki pojedinac koji sudjeluje kao član tima zdravstvenog sustava ima osnovni cilj pružati medicinsku skrb i osigurati sigurnost korisnicima zdravstvene zaštite. Medicinsko osoblje ima obvezu, ali i kontinuiranu odgovornost tijekom pružanja medicinske skrbi. Posebno je to istaknuto u slučajevima kad istovremeno donosimo medicinske odluke koje u sebi sadržavaju i elemente rukovođenja i managinga u zdravstvu. Medicinske odluke rukovodećih ljudi u zdravstvenom sustavu moraju sadržavati i odgovornost prema ukupnim resursima zdravstvenog sustava. Naime, mora se voditi računa da naše medicinske odluke utječu na ukupnost zdravstvenog sustava umanjujući na neki način dostupnost drugim korisnicima sustava. U tom smislu potrebno je zdravstveni potencijal rasporediti na najbolji mogući način tako da može služiti i opskrbljivati određenu populaciju. U obje uloge, managera i liječnika odnosno zdravstvenog djelatnika treba se koristiti znanstvenim, stručnim i inim spoznajama za donošenje istovremeno uravnotežene i optimalne odluke uporabi raspoloživih zdravstvenih resursa.

Kadrovski potencijal ne može se danas gledati odvojeno od mogućnosti opreme jer su ta dva entiteta međusobno isprepletena i izuzetno su jako međusobno ovisna. Koliko je važna tehnološka opremljenost toliko je važna i uloga kliničara u racionalnoj primjeni dostupne tehnologije. Profesionalna odgovornost prema postojećoj primjeni suvremene tehnologije nije potpuno definirana pravnom regulativom, već je u primjeni s obzirom na njezinu dostupnost odnosno stručnu preporuku pojedinih društava. Ove preporuke najvećim dijelom nisu rezultat dobro isplaniranih potreba za unapređenje tehnologije gdje bi se trebale uzeti u obzir sve relevantne činjenice uključujući potrebe šire društvene zajednice, morbiditetna struktura pučanstva ili raspoloživost financijskih resursa u društvu. Rijetko se planira uvođenje pojedinih medicinskih usluga istovremeno za čitavo područje Republike Hrvatske. Postavlja se jednostavno pitanje planiranja razine dijagnostičke i terapijske razine potrebnih zahvata, odnosno potrebne opreme koja prema europskim normama ne bi smjela biti starija od 5 godina, dok bismo se mi u našoj zemlji zadovoljili i dvostruko duljim rokom. Nažalost, često smo svjedoci da nam u zdravstvenim ustanovama medicinske usluge pružaju izuzetno motivirani zdravstveni djelatnici koji rade na opremi starijoj od 20 godina. Pri radu na toj opremi postavlja se pitanje njihove odgovornosti prema svojim tražiteljima zdravstvene usluge, odnosno odgovornosti sustava prema zdravstvenim djelatnicima i bolesnicima. Kako u Hrvatskoj ne postoje norme o trajanju i upotrebi opreme, a ne postoje ni kalkulacije niti izrađen plan potrebe opreme na nacionalnoj razini, postavlja se pitanje kako definirati odgovornost liječnika i svih zdravstvenih djelatnika koji se nalaze u navedenoj situaciji.

Svjetska zdravstvena organizacija i medicinska društva, kao i nacionalna medicinska udruženja i društva u sklopu Hrvatskoga liječničkog zbora moraju informirati društvenu zajednicu o postojanju efikasnog i odgovornog sustava samoregulacije u medicinskoj profesiji koji treba postojati u svakoj zemlji. Građanstvo mora znati da može računati na taj sustav samoregulacije za poštenu i objektivnu procjenu problema vezanih za medicinsku praksu, zaštitu i liječenje pacijenata.

Preuzimanjem određenog stupnja odgovornosti ukupna aktivnost nacionalnih medicinskih udruženja poboljšala bi individualnom liječniku profesionalno odlučivanje i aktivnosti u liječenju pacijenta bez upletanja sa strane drugih, nekompetentnih i nepozvanih. Odgovorno profesionalno ponašanje individualnog liječnika, efikasan i djelotvoran sustav samoregulacije nacionalnih medicinskih udruženja potrebni su građanstvu kao garancija da će, ako postanu pacijenti, primiti kvalitetnu medicinsku zaštitu od kompetentnih liječnika. Potrebno je također definiranje minimalno potrebnih standarda u prostornom i tehnološko-medicinskom dijelu sukladno realnim financijskim postavkama našega društva. Također je potrebno razvijati partnerski odnos između onih koji izdvajaju sredstva (radno pučanstvo), onih koji odlučuju o opsegu izdvajanja i preraspodjeli (Vlada RH, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstvenu zaštitu) zajedno s udrugama kao što su Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički zbor i njegova društva te samih pružatelja i primatelja medicinskih usluga. Danas su tražitelji zdravstvenih usluga sve bolje informirani zahvaljujući dostupnosti informacija putem medija. Posljedica bolje informiranosti su i njihova rastuća očekivanja. To nas s jedne strane obvezuje na veći angažman u pojedinom slučaju, ali i jasnije definira odnos između bolesnika i svih onih koji sudjeluju u pružanju zdravstvene zaštite. Istovremeno proširivanjem znanja tražitelja zdravstvenih usluga nameće se trajna potreba za proširivanjem i usavršavanjem znanja i vještina u pružanju zdravstvenih usluga. Sve to dovodi do trajne potrebe profesionalnog razvoja i konstantnog praćenja i usavršavanja pojedinca kako bi mogao zadovoljiti stalno rastući standard i bio u mogućnosti odgovoriti suvremenim metodama liječenja sve zahtjevnijem i bolje informiranom tražitelju zdravstvenih usluga. Zdravstveni djelatnici trećeg milenija u cijelom svijetu pa tako i u našoj zemlji moraju prihvatiti cjeloživotno učenje i usavršavanje zasnovano isključivo na objektivnim pokazateljima – tzv. medicina zasnovana na činjenicama (evidence based medicine). Zdravstveno osoblje mora biti klinički kompetentno te konzistentno primjenjivati vlastito znanje i vještine u dobroj vjeri. Dok se primjenjuju, znanja i vještine u liječenju bolesnika sa strane članova mnogobrojnoga medicinskog tima moraju biti u skladu s etičkim načelima štiteći na taj način bolesnika od neželjenih posljedica i držeći se načela »primum nil nocere«, a istovremeno izuzetno učinkovita u liječenju. Uz veliku pažnju prema bolesniku u isto vrijeme moraju se odvijati proces edukacije drugih sudionika zdravstvenog sustava, vršiti kontrole kvalitete i obavljati kliničke audite kao i istraživanja. Ovako zahtjevan sustav potrebuje neprekidno poticanje uključujući sveobuhvatno multidisciplinarno i multiprofesionalno usavršavanje s konačnim ciljem osiguranja visokih profesionalnih standarda.

Konačno profesionalnu odgovornost liječnika moramo sagledati iz perspektive deset pojmova: stručnosti, informiranja, povjerenja, odnosa između sudionika, kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite, ostvarivosti, ekonomičnosti, prihvaćene znanstvene misli, odsutnosti sukoba interesa i stručne odgovornosti.

Zaključno možemo reći da je profesionalizam temeljni resurs i odgovornost liječnika pri ponudi partnerstva i suradnje zajednici radi ostvarivanja, očuvanja i unapređivanja zdravlja. Ono traži da: interesi zajednice budi iznad interesa zdravstvenih radnika; izradu i održavanje standarda struč-

nosti i pouzdanosti i pružanje savjeta društvu o pitanjima zdravlja. Principi i odgovornost zdravstva trebaju biti poznati i razumljivi struci i društvu. Pritom je temeljno postojanje povjerenja javnosti u struku, što ovisi o integritetu kako pojedinog stručnjaka tako i cijele struke. Danas se medicinska struka suočava s eksplozijom znanja i tehnologije, novim bolestima, starenjem stanovništva, informatičkom transformacijom, promicanjem zdravlja, jačanjem uloge ljudskih prava i prava bolesnika, partnerstvom i novom ulogom tržišta i globalizacijom. Zbog toga, zdravstveni djelatnici ostvaruju svoju odgovornost u sve složenijim uvjetima i sve većim očekivanjima zajednice. Samo partnerski odnosi među svim sudionicima; onih koji određuju, sudjeluju i koriste zdravstveni sustav mogu definirati primjerenu i prihvatljivu liječničku odgovornost.

LITERATURA

1. *Committee to Study Medical Professional Liabitliy and the Delivery of Obstetrics Care.* Medical Professional Liability and the Delivery of obstetrics Care. Washington: National Academy Press; 1989.
2. *General Assembley of the Commonwealth of Pennsylvania Joint State Government Commission.* Medical Professional Liability Reform for the 21st Century: A Report of the Advisory Committee on Medical Professional Liability. http://jsg.legis.state.us; 2005; 1–143.

OSNOVNA OBILJEŽJA ODGOVORNOSTI ZA ŠTETE U MEDICINI

BASIC FEATURES OF MEDICAL LIABILITY

SAŠA NIKŠIĆ*

Deskriptori: Zakonska odgovornost; Odšteta i naknada; Nesavjesno liječenje – zakonodavstvo

Sažetak. Građanskopravna odgovornost za štete u medicini jedan je od najvažnijih instituta u sklopu prava koje uređuje zdravstvenu djelatnost. Iako na području medicine postoje različite vrste odgovornosti (npr. kaznena, stegovna), građanskopravna odgovornost zauzima središnje mjesto. Odgovornost za štete u medicini vjerojatno je važnija od kaznene i stegovne odgovornosti zbog činjenice da se javlja češće od kaznene odgovornosti te da je po svojim posljedicama ozbiljnija od stegovne odgovornosti. Na odgovornost za štete u medicini primjenjuju se opći propisi o odgovornosti za štetu. Stoga se za odgovornost za štetu zahtijeva ispunjenje određenih pretpostavka odgovornosti za štetu. Prilikom razmatranja odgovornosti za štetu u medicini potrebno je istaknuti da se za štetu odgovara ne samo zato što je šteta nastala, već zato što su ispunjene sve zakonske pretpostavke. Odgovornost za štetu nastaje ako je šteta posljedica postupaka liječnika koji nisu u skladu s pravilima medicinske struke ili je šteta posljedica propusta u vezi s dužnom pažnjom. Za neke slučajeve odgovornosti za štetu u medicini neposredno su relevantni i zakonski propisi (pravila o pristanku pacijenta). Opći propisi o odgovornosti za štetu također se primjenjuju i prilikom popravljanja štete.

Descriptors: Liability, legal; Compensation and redress; Malpractice – legislation and jurisprudence

Summary. Medical liability is one of the most important parts of law that regulates health services. Although there are different types of liability in the field of medicine (criminal responsibility, disciplinary proceedings) civil law liability holds central position. Civil law liability in medicine (medical liability) is probably more important than criminal responsibility and disciplinary proceedings because of the number of cases in comparison to the criminal responsibility and impact of the consequences in comparison to the disciplinary proceedings. Medical liability is governed by a (general) tort law. Therefore medical liability exists only if conditions for civil law liability are met. When considering medical liability it is necessary to emphasize that tortfeasor will not be liable only because victim sustained the damage, but if all conditions for liability are met. Medical liability will arise if actions of physician are not conducted *lege artis* or in a breach of the duty of care. In some cases of medical liability legal sources are directly applicable (informed consent). General tort law is also applicable on decisions in the respect of the damages.

Liječ Vjesn 2008;130:282–288

Građanskopravna odgovornost za štete u medicini zanimljiva je pravnoj struci, svim djelatnicima u zdravstvenoj djelatnosti, ali i široj javnosti iz različitih razloga. To je pitanje posebno aktualno danas kada je javnost općenito, a posebno korisnici zdravstvenih usluga – pacijenti te njihove obitelji – zainteresirana za sve slučajeve u kojima je nastupila smrt ili trajno oštećenje zdravlja pacijenata. Ne treba zaboraviti da se za štete u medicini odgovaralo davno u povijesti.[1–3] No, tek je u XX. st. došla do izražaja zbog različitih razloga. Ovdje, između ostaloga, treba istaknuti povećana očekivanja pacijenata i njihovih obitelji (ponekad i nerealna očekivanja),

* **Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu** (doc. dr. sc. Saša Nikšić, dipl. iur.)
Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. S. Nikšić, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Trg m. Tita 3, 10 000 Zagreb, e-mail: sniksic@pravo.hr
Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

konflikte između pacijenata i subjekata koji obavljaju djelatnost zdravstvenog osiguranja te gubitak povjerenja u liječnike i druge zdravstvene radnike, što je posljedica neizbježne depersonalizacije u odnosima između pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga. Naime, pružanje zdravstvenih usluga u velikim zdravstvenim ustanovama dovodi do gubitka povjerenja u liječnike koje pacijent osobno ne poznaje niti ih može poznavati. Upravo su zbog tog razloga neki pružatelji zdravstvenih usluga (npr. bolnice) izloženi većem riziku od tužbi za naknadu štete (bolnice su izložene riziku i zbog toga što se u njima pružaju složenije zdravstvene usluge). Isto tako valja istaknuti komercijalizaciju zdravstva. Pacijenti koji izravno plaćaju zdravstvene usluge u pravilu očekuju uspjeh u liječenju. Čak i oni pacijenti koji ne plaćaju za zdravstvene usluge izravno, već putem zdravstvenog osiguranja, značajan su »rizik« od građanskopravne odgovornosti za štetu. Naime, pacijenti svoje nezadovoljstvo kvalitetom zdravstvenih usluga, njihovom dostupnošću, različitim organizacijskim aspektima rada zdravstvenih ustanova, itd. usmjeravaju prema pružateljima zdravstvenih usluga iako problemi mogu potjecati od strane subjekata koji obavljuju poslove zdravstvenog osiguranja. I na kraju, iako se to na prvi pogled može učiniti paradoksalnim, povećana svijest i obaviještenost pacijenata o pravima koja im pripadaju također u određenoj mjeri može pridonijeti povećanju broja parnica s područja odgovornosti za štetu u medicini.

Danas se odgovornost zdravstvenih radnika i zdravstvenih ustanova u širem smislu može podijeliti na kaznenopravnu odgovornost, građanskopravnu odgovornost, upravnopravnu odgovornost te stegovnu odgovornost. Ne podcjenjujući ostale vrste odgovornosti, građanskopravna odgovornost, tj. odgovornost za štetu zauzima središnje mjesto u sustavu odgovornosti u medicini. Naime, kaznenopravna odgovornost ne pojavljuje se često u medicini jer se, kao i inače u pravu, kazneno pravo »aktivira« u drastičnim slučajevima, čak i u zakonodavstvima u kojima je kaznenopravna odgovornost liječnika i drugih zdravstvenih radnika izričito uređena preko posebnih kaznenih djela koja mogu počiniti samo zdravstveni radnici. Stegovna odgovornost također iako ima vrlo važno mjesto u svakom zdravstvenom sustavu, a za pojedinog doktora medicine, doktora stomatologije ili drugog zdravstvenog radnika koji djeluje na temelju dozvole za rad od presudnog je značenja, ipak zbog naravi sankcija nije zapažena kao građanskopravna odgovornost za štetu u medicini. Naime, tek je građanskopravna odgovornost za štetu zbog relativno velikog broja slučajeva i publiciteta koje dobivaju, visina odšteta koje ponekad opterećuju zdravstveni sustav u cijelosti odnosno pojedine »velike« pružatelje zdravstvenih usluga, kao i psihološkog pritiska na sve koji rade u sustavu zdravstva, zaokupila ne samo pravnike već i liječnike i druge zdravstvene radnike.

Pretpostavke odgovornosti za štetu

Odgovornost za štete u medicini prosuđuje se prema općim pravilima građanskog prava, tj. prema pravilima Zakona o obveznim odnosima (dalje u tekstu ZOO).[4] To znači da liječnici, zdravstvene ustanove i drugi subjekti u zdravstvu odgovaraju prema istim pravilima kao i ostali pravni subjekti, bez obzira na to obavljaju li profesionalnu ili gospodarsku djelatnost, javnu funkciju, djeluju li kao privatna osoba itd. te se naše zakonodavstvo u tom pitanju ne razlikuje od drugih pravnih sustava u svijetu (naravno postoje određene posebnosti profesionalne odgovornosti liječnika). Tu činjenicu ne treba izgubiti iz vida jer iako velik broj propisa uređuje zdravstvenu djelatnost (npr. Zakon o zdravstvenoj zaštiti,[5] Zakon o zdravstvenom osiguranju,[6] Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju,[7] Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu,[8] Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju,[9] Zakon o liječništvu,[10] Zakon o stomatološkoj djelatnosti,[11] Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti,[12] Zakon o sestrinstvu,[13] Zakon o zaštiti prava pacijenata,[14] Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama,[15] Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja,[16] Zakon o krvi i krvnim pripravcima[17] i dr.), polazna točka prilikom utvrđivanja odgovornosti za štetu liječnika te drugih fizičkih i pravnih osoba u zdravstvu.

ZOO određuje koje su opće pretpostavke odgovornosti za štetu, jer posebni propisi s područja zdravstvene djelatnosti ne uređuju to pitanje, već samo upućuju na odgovornost za štetu kao moguću sankciju. Potrebno je napomenti da do odgovornosti za štetu dolazi uvijek kad se za to ispune pretpostavke prema ZOO-u, dakle, čak i ako posebni propis uopće ne spominje tu mogućnost. ZOO također propisuje razloge za oslobođenje od odgovornosti te načine popravljanja štete.

Da bi se za bilo koju štetu, pa tako i štetu u medicini, odgovaralo, moraju nastupiti određene činjenice, koje se nazivaju pretpostavke odgovornosti za štetu. To su: postojanje subjekata odgovornosti za štetu (štetnik i oštećenik), šteta, štetna radnja, uzročna veza između štete i štetne radnje te krivnja štetnika.

Štete na strani jednoga pravnog subjekta (oštećenik)

Kod odgovornosti za štete u medicini kada se govori o oštećeniku, najčešće se pri tome misli na pacijenta (neposredni oštećenik) i članove njegove obitelji (posredni oštećenici). No, isto je tako moguće da štetu pretrpi i liječnik, drugi zdravstveni radnik, zdravstvena ustanova, odnosno druga osoba koja obavlja djelatnost pružanja zdravstvenih usluga.

Šteta može biti imovinska ili neimovinska. Imovinska šteta je umanjenje nečije imovine (obična šteta) ili sprječavanje da se ona poveća (izmakla korist).[18] Tipični primjeri s područja imovinskih šteta u medicini su štete zbog izgubljenih stvari u zdravstvenoj ustanovi, izgubljena zarada pacijenta, troškovi daljnjeg liječenja, gubitak uzdržavanja članova obitelji za umrlog pacijenta itd. U načelu imovinske štete su manji problem kod odgovornosti za štete u medicni u odnosu na neimovinske štete, jer su visine šteta manje, lakše ih je predvidjeti i procijeniti njihovu visinu, naknađuju se iz različitih izvora, ali ih ne treba ni podcjenjivati. Naime, naknade imovinskih šteta u medicini mogu biti prilično visoke, kao što je to kod gubitka zarade pacijenata mlađe dobi (naknada štete obuhvaća razliku u zaradi za čitav radni vijek), gubitka zarade pacijenata s visokim primanjima, a u iznimnim slučajevima mogu znatno premašivati prosječne iznose koji se isplaćuju za neimovinske štete (npr. u slučaju pacijenata koji se profesionalno bave sportom). Neimovinska šteta je povreda prava osobnosti.[19] Prava osobnosti fizičkih osoba obuhvaćaju pravo na život, tjelesno i duševno zdravlje, ugled, čast, dostojanstvo, ime, privatnost osobnog i obiteljskog života, slobodu i dr. Iako se pri razmatranju neimovinskih šteta u medicini gotovo sva pažnja posvećuje neimovinskoj šteti zbog povrede prava na život te povrede prava na tjelesno i duševno zdravlje, ne treba zanemariti ni ostale pojavne oblike prava osobnosti, posebno prava na dostojanstvo, privatnost (npr. kod otkrivanja liječničke tajne) i slobodu.

Za razliku od novog ZOO-a koji je na snazi od 1. siječnja 2006. u ranijem hrvatskom pravu se neimovinska šteta defi-

nirala kao prouzročenje fizičkih i duševnih boli te straha.[20] Pravo na popravljanje neimovinske štete u obliku pravične novčane naknade imao je samo onaj oštećenik koji je pretrpio fizičke bolove, duševne boli zbog smanjenja životne aktivnosti, narušenosti, povrede ugleda časti, slobode ili prava osobnosti, smrti bliske osobe te za strah, ako su okolnosti slučaja a osobito jačina bolova i straha i njihovo trajanje to opravdavali.[21] Stupanjem na snagu novog ZOO-a u našem odštetnom pravu prihvaćena je tzv. objektivna koncepcija neimovinske štete, što znači da se neimovinska šteta definira kao povreda prava osobnosti, a ne kao prema ranijem pravu u smislu nastanka određenih subjektivnih posljedica u obliku tjelesne boli, duševne boli ili straha. Ta promjena značajna je i za odgovornost za štete u medicini, jer se povećao broj slučajeva u kojima pacijenti imaju pravo na naknadu štete.

U okviru pojma neimovinske štete pojavljuje se i pravo na tjelesno i duševno zdravlje. Potrebno je posebno naglasiti da neimovinska šteta u smislu povrede prava na tjelesno i duševno zdravlje ne postoji samo u slučaju bolesti. Naime, postojanje uzroka bolesti u tijelu pacijenta može imati karakter povrede zdravlja pacijenta iako se bolest još nije razvila. To pitanje ima posebnu težinu kod infekcija koje mogu prouzročiti tešku bolest ili smrt oštećenika i/ili kod infekcija koje uzrokuju bolest tek nakon duljeg vremena (možda čak i više godina). Tako je npr. za povredu prava na zdravlje dovoljno da oštećenik bude inficiran HIV-om, bez obzira na to je li došlo do razvoja AIDS-a.[22] Sam razvoj bolesti može imati karakter okolnosti koji će dovesti do povećanja naknade. Čak i kada bi se zaključilo da infekcija u tijelu oštećenika nije obuhvaćena pojmom bolesti, pa stoga nije nastala šteta u smislu povrede prava na tjelesno zdravlje, to ne znači da oštećenik nije pretrpio neimovinsku štetu u obliku povrede nekog drugog prava osobnosti. Na ovom mjestu treba spomenuti strah kao poseban pojavni oblik prava na duševno zdravlje. Oštećenik koji opravdano sumnja da je zaražen uzročnikom neke ozbiljne bolesti boji se za svoj život, ishod liječenja i sl. Pojam pravo na duševno zdravlje također ne treba shvaćati preusko. Naime, do povrede prava na duševno zdravlje dolazi ne samo kada pacijent oboli od duševne bolesti, već u slučaju različitih poremećaja duševnih funkcija kako se shvaćaju u medicini (poremećaji funkcija svijesti, opažanja, afektiviteta, volje, pažnje, psihomotorike, pamćenja, nagona, mišljenja, inteligencije te doživljaja vlastite osobe).[23,24]

Pojam neimovinske štete u smislu povreda prava osobnosti predstavlja fleksibilan sustav koji sudu omogućuje da u svakom pojedinom slučaju procijeni je li neko osobno dobro oštećenika dovoljno važno da mu je potrebno pružiti pravnu zaštitu. Subjektivni elementi (bol i strah) imaju karakter okolnosti o kojima ovisi visina odštete, ali nisu presudni za nastanak neimovinske štete.[25] To znači da neimovinska šteta može nastati i kada oštećenik ne osjeća bol ili strah, kao što je to npr. slučaj kod gubitka dijela tijela ili funkcije nekog organa, gubitka svijesti itd. Isto tako, budući da bol ili strah više nemaju karakter neimovinske štete, već predstavljaju kriterije o kojima ovisi visina pravične novčane naknade, to znači da npr. kod povrede prava na tjelesni integritet oštećenik ne mora nužno dokazivati da je pretrpio bol, pa čak i ako u tome ne uspije, može uspjeti u parnici, jer će sud tada primijeniti pravilo o slobodnoj ocjeni prema čl. 223. Zakona o parničnom postupku.[26,27] Prema starom ZOO-u gubitak dijela tijela ili funkcije nekog organa nije sam po sebi imao karakter neimovinske štete. Oštećenik koji je izgubio dio tijela ili funkciju nekog organa samo na temelju tih činjenica nije mogao ostvariti pravo na pravičnu naknadu štete.

Kod odgovornosti za štetu u medicini primjenjuje se pravilo koje i inače vrijedi kod svake odgovornosti za štetu. Bez štete nema odgovornosti za štetu. Pri tome nije relevantno koliko se štetnik protupravno ponašao. Tek ako nastanu posljedice u obliku štete, nastaje pravni odnos odgovornosti za štetu. Protupravno ponašanje bez štete kao posljedice sankcionira se drugim pravnim institutima. Osim toga, štete se ne popravljaju po službenoj dužnosti, što znači da će se štete naknađivati tek ako oštećenik to zatraži. Pri tome treba posebno naglasiti da dužnost popravljanja štete postoji čim se za to ispune pretpostavke odgovornosti za štetu te nije potrebno da sud o tome donese presudu. Štoviše, budući da kamate na tražbine popravljanja neimovinske štete počinju teći danom podnošenja pisanog zahtjeva ili tužbe, osim ako je šteta nastala nakon toga,[28] u slučaju kada je sigurno da je nastala neimovinska šteta, štetnik bi trebao biti motiviran da isplati naknadu prije donošenja presude.

Štetna radnja štetnika

Štetnik je osoba koja je svojom radnjom prouzročila štetu. Štetnik ne mora uvijek biti i osoba koja će biti dužna popraviti štetu. Tipičan primjer za razliku između štetnika i odgovorne osobe jest odgovornost poslodavca za svoje radnike. Naime, prema odredbi čl. 1061. ZOO-a za štetu koju zaposlenik u radu ili u svezi s radom prouzroči trećoj osobi odgovara poslodavac kod kojega je radnik radio u trenutku prouzročenja štete, osim ako ne dokaže da su postojali razlozi koji isključuju odgovornost zaposlenika. Tako npr. zdravstvena ustanova u pravilu odgovara za štetu koju prouzroče njezini radnici (liječnici, drugi zdravstveni radnici), a osobe koje su počinile štetu odgovaraju tek posredno. Oštećenik ima pravo zahtijevati popravljanje štete i neposredno od zaposlenika ako je štetu prouzročio namjerno. Poslodavac koji je oštećeniku popravio štetu ima pravo zahtijevati od zaposlenika naknadu troškova popravljanja štete, ako je ovaj štetu prouzročio namjerno ili iz krajnje nepažnje, u roku od 6 mjeseci od kada je šteta popravljena.

Pojam štetne radnje treba shvatiti u širem smislu, što znači ne samo kao aktivno ponašanje štetnika (radnja u užem smislu) već i propust štetnika da poduzme određenu radnju.[29] Propuštanje koje prouzrokuje štetu jednako je relevantno kao i aktivno djelovanje. To posebno dolazi do izražaja kod profesionalne odgovornosti za štetu (odgovornost stručnjaka za štetu koju prouzrokuju u obavljanju svoje djelatnosti), što se primjenjuje i na zdravstvenu djelatnost.

Uzročna veza između štetne radnje štetnika i štete

Za nastanak obveznopravnog odnosa odgovornosti za štetu zahtijeva se postojanje uzročne veze između štete i štetne radnje.[30] Postojanje uzročne veze u pravilu mora dokazati tužitelj (oštećenik), i to na razini izvjesnosti. Izvjesnost znači da ne postoji razumna sumnja u postojanje uzročne veze, za razliku od vjerojatnosti kada više činjenica govori u prilog postojanju uzročne veze nego protiv nje, te mogućnosti kad samo jedna ili nekoliko činjenica govori u prilog postojanju uzročne veze, ali svakako manje nego kod vjerojatnosti.[31] Dokazivanje uzročnosti može biti prilično teško, što se posebno odnosi na štete koje nastanu u medicini. Pri tome treba posebno istaknuti da naše pravo ne priznaje mogućnost dosuđivanja pravične novčane naknade po sustavu izgubljenog izgleda (šanse), pa u slučaju da oštećenik ne uspije dokazati postojanje uzročne veze na razini izvjesnosti, njegov će zahtjev biti odbijen.[32] Dosuđivanje

pravične novčane naknade u sustavu izgubljene šanse znači da u slučaju kada se utvrdi da vjerojatnost da je šteta nastupila zbog greške liječnika iznosi 50% pacijent ima pravo na 50% uobičajene naknade. Naš pravni sustav u pogledu uzročnosti prihvaća načelo »sve ili ništa«.

U nekim se slučajevima uzročnost predmnijeva (presumira), što znači da se smatra da postoji, osim ako tuženik ne dokaže suprotno. Kod objektivne odgovornosti za štetu koja je nastala u vezi s opasnom stvari ili obavljanjem opasne djelatnosti uzročnost se predmnijeva, što znači da će se štetnik osloboditi od odgovornosti tek ako dokaže da opasna stvar ili opasna djelatnost nisu bile uzrok štete.[33] Pri tome treba posebno naglasti da je opasna stvar svaka stvar od koje potječe povećana opasnost od nastanka štete, a opasna djelatnost svaka djelatnost od koje potječe povećana opasnost od nastanka štete. Pojam opasnosti u ovom smislu odnosi se i na djelatnosti koje su korisne društvu i pojedincima, pa se stoga one zdravstvene usluge kod kojih postoji povećana opasnost od nastanka štete mogu kvalificirati kao opasne djelatnosti. Doduše, u našoj sudskoj praksi zauzeto je shvaćanje da medicinski uređaji imaju karakter opasne stvari, ali ne u odnosu na pacijenta, nego samo u odnosu na zdravstvene radnike koji pretrpe štetu obavljajući svoj posao. Naime, prema shvaćanju sudske prakse pravilo o objektivnoj odgovornosti zbog opasne stvari ili opasne djelatnosti ne primjenjuje se na pacijente, jer su oni u opasnosti već zbog same bolesti. No, isto tako treba voditi računa da sudska praksa u našem pravnom sustavu nije pravni izvor, pa u drugim sličnim slučajevima sudovi mogu zauzeti drukčija stajališta, jer nisu vezani za ranije odluke. Osim toga, shvaćanje prema kojem bolest kao izvor opasnosti u izvjesnom smislu anulira opasnost medicinskog uređaja relativno je lako dovesti u pitanje kod određenog broja zdravstvenih usluga kod kojih nema bolesti (različiti preventivni pregledi, estetska kirurgija i sl.).

Ako određena šteta može nastati kao posljedica većeg broja različitih uzroka, primjenjuje se tzv. adekvacijska teorija, što znači da se zahtijeva da je štetna radnja tipičan uzrok štete.[34]

Krivnja štetnika

Krivnja štetnika je subjektivni odnos štetnika prema štetnoj radnji i šteti te se za odgovornost za štetu u pravilu traži postojanje krivnje. No, posebno treba naglasiti da se u našem građanskom pravu postojanje krivnje predmnijeva.[35–37] To znači da tuženik ako se želi osloboditi od odgovornosti zato što smatra da nije kriv, mora dokazati da nije kriv.

Krivnja se može manifestirati u obliku namjere ili nepažnje. Kod odgovornosti za štetu odgovara se za bilo koji oblik krivnje, dakle, bez obzira na to je li štetnik postupao s namjerom ili nepažnjom. U tom se aspektu građanskopravna odgovornost za štetu razlikuje od kaznenopravne odgovornosti, jer se u kaznenom pravu primjenjuje pravilo prema kojem bez krivnje nema odgovornosti te se u pravilu odgovara samo za namjeru.

U građanskom pravu vrsta krivnje u pravilu ne utječe ni na visinu odštete. Prilikom razmatranja pojma krivnje u građanskom pravu (dakle, u okviru odnosa odgovornosti za štetu) bitno je naglasiti da se nepažnja određuje objektivno. Pri tome se nepažnja dijeli na krajnju (grubu) nepažnju i običnu nepažnju. S krajnjom nepažnjom postupa onaj štetnik koji nije postupao ni kao svaki prosječan čovjek, a s običnom nepažnjom onaj štetnik koji nije postupao kao osobito pažljiv i savjestan čovjek (dobar domaćin, dobar gospodarstvenik, dobar stručnjak). Prilikom utvrđivanja je li štetnik postupao nepažljivo u pravilu nije važno kako se inače štetnik ponaša, već se njegovo ponašanje uspoređuje s apstraktnim (»zamišljenim«) čovjekom (standardi prosječan čovjek, dobar domaćin, dobar gospodarstvenik, dobar stručnjak). Kada se kao potencijalni štetnik pojavi liječnik, tada je za njegovu krivnju relevantno je li prilikom obavljanja svoje djelatnosti u skladu sa standardom dobrog stručnjaka. Sudionik u obveznom odnosu dužan je u ispunjavanju obveze iz svoje profesionalne djelatnosti postupati s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka).[38] Prema tome, kriterij za utvrđivanje krivnje liječnika su pravila medicine, a na konkretno pitanje je li određeni liječnik postupao u skladu s pravilima svoje struke odgovor će u pravilu dati vještak medicinske struke. Postupanje liječnika suprotno pravilima medicine u pravnoj se literaturi naziva još i liječnička greška, iako nije riječ o pravnom pojmu.

Pitanje je li liječnik postupao u skladu s pravilima svoje struke prevedeno na pravni jezik zapravo je pitanje je li liječnik postupao protupravno. Pojam protupravno u ovom slučaju treba shvatiti u širem smislu. Naime, nije isključivo riječ o protupravnosti u užem smislu (protivnost pravnim pravilima), već i protupravnosti u širem smislu što obuhvaća postupanje suprotno pravilima određene struke. Krivnja i protupravnost u građanskom su pravu povezani pojmovi,[39,40] posebno kada je riječ o nepažnji kao stupnju krivnje koja u sebi između ostalog implicira protupravnost u užem i/ili širem smislu.

Pitanje krivnje i protupravnosti ne postavlja se samo kada šteta nastane jer je liječnik postupao suprotno pravilima medicine. Naime, neke dužnosti liječnika ne proizlaze iz pravila struke, već imaju svoj temelj u pravnim pravilima. To se osobito odnosi na dužnosti liječnika da pribavi pristanak pacijenta, da poštuje privatnost i dostojanstvo pacijenta itd. Iako prema nekim shvaćanjima sve te dužnosti proizlaze iz pravila medicine, danas su one izvan svake sumnje zakonske dužnosti. Od svih navedenih dužnosti danas posebno mjesto zauzima dužnost pribavljanja pristanka pacijenta prije pružanja zdravstvene usluge, a u okviru te dužnosti je i dužnost obavještavanja pacijenta o okolnostima koje su povezane sa zdravstvenom uslugom (osobito o rizicima). Liječenje (ili općenito pružanje zdravstvenih usluga) bez pristanka pacijenta u našem pravu predstavlja i kazneno djelo iz čl. 241. Kaznenog zakona. Pri tome je posebno značajna odredba st. 2. čl. 241. Kaznenog zakona, prema kojoj je kažnjivo poduzimanje kirurških ili drugih medicinskih zahvata na tijelu drugog bez njegova izričitog i valjanoga pisanog pristanka, čak i kada je riječ o medicinski opravdanim zahvatima. Kod odgovornosti za štetu posebno je važno da se kod liječenja bez pristanka liječnik, odnosno zdravstvena ustanova izlažu riziku odgovornosti čak i kada su prilikom pružanja zdravstvene usluge postupali u skladu s pravilima medicine. Liječenje bez pristanka poseban je kompleks unutar odgovornosti za štete u medicini, po kojem se ova vrsta profesionalne odgovornosti za štetu razlikuje od svih ostalih vrsta profesionalne odgovornosti. Naravno, postoje slučajevi kada je dopušteno liječiti pacijenta bez njegova pristanka. Taj je stav izražen i u našoj starijoj sudskoj praksi kao npr. u odluci od 23. veljače 1967. godine u kojoj je Vrhovni sud zauzeo stajalište: »Zadiranje u tjelesni integritet određene osobe od strane treće stručne osobe u svrhu liječenja gubi karakter protupravnosti jedino uz prethodni pristanak bolesne osobe, a bez pristanka samo onda ako se takva osoba nalazi u stanju u kojem je nesposobna izraziti takav pristanak, a to stanje bez hitne liječničke intervencije

predstavlja očiglednu opasnost za život ili zdravlje osobe.«[41] Inače u našem pravu postoje sporovi kada je dopušteno pružiti zdravstvu uslugu pacijentu koji ju ne želi, a sposoban je za rasuđivanje. Naime, naš Zakon o zaštiti prava pacijenata ograničuje autonomiju pacijenta, jer prema odredbi čl. 16. st. 1. tog Zakona, pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegova zdravlja.

No važno je naglasiti da sudska praksa u primjeni Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda smatra da u »… području pružanja zdravstvenih usluga, odbijanje pojedine usluge može, neizbježno, dovesti do fatalnog ishoda, ali bi nametanje zdravstvene usluge bez pristanka duševno sposobnog odraslog pacijenta značilo intervenciju u tjelesnu nepovredivost na način koji dovodi do aktiviranja prava koje štiti čl. 8.1 Konvencije.«[42] Važno je napomenuti da je navedena Konvencija viši pravni izvor u odnosu na Zakon o zaštiti prava pacijenata, što znači da ima prednost u primjeni. Zakon o zaštiti prava pacijenata sadržava još neka problematična rješenja, kao što je npr. nesposobnost maloljetnika da samostalno pristane na zdravstvenu uslugu ili neselektivno propisivanje pisanog oblika za pristanak pacijenta.

Krivnja u smislu pretpostavke odgovornosti za štetu uopće se ne zahtijeva kod tzv. objektivne odgovornosti za štetu, o kojoj je već bilo riječi u okviru uzročnosti kao pretpostavke odgovornosti za štetu. Stoga kod objektivne odgovornosti za štetu krivnja uopće nije relevantna za nastanak odnosa odgovornosti za štetu. U slučaju objektivne odgovornosti za štetu štetnik se ne može osloboditi odgovornosti zato što nije kriv.

Popravljanje štete

Ako se ispune pretpostavke odgovornosti za štetu, štetnik ili odgovorna osoba dužni su popraviti štetu. Popravljanje štete obuhvaća različite načine na koje se popravlja šteta. Imovinska šteta popravlja se povratom u prijašnje stanje i naknadom štete, a neimovinska šteta popravlja se satisfakcijom koja može biti moralna i materijalna (novčana).

Popravljanje imovinske štete

Imovinska šteta popravlja se na način da odgovorna osoba isplati oštećeniku iznos koji je potreban da se oštećenikova materijalna situacija dovede u stanje u kojem bi se nalazila da nije bilo štetne radnje ili propuštanja.[43] U našem pravu vrijedi načelo potpune naknade, a oštećenik ima pravo kako na naknadu obične štete tako i na naknadu izmakle koristi.[44] Oštećenik ima pravo zahtijevati isplatu naknade štete u ukupnom iznosu, osim slučaju smrti, tjelesne ozljede ili oštećenja zdravlja kada se naknada određuje, u pravilu, u obliku novčane rente, doživotno ili za određeno vrijeme, a isplaćuje se mjesečno unaprijed.[45]

Od načela potpune naknade postoje određena odstupanja. Tako npr. sud može, vodeći računa o materijalnom stanju oštećenika, osuditi odgovornu osobu na isplatu niže naknade nego što iznosi šteta, ako ona nije prouzročena ni namjerno ni krajnjom nepažnjom, a odgovorna osoba je slaboga imovnog stanja te bi je isplata potpune naknade dovela u oskudicu. Isto tako, ako je štetnik prouzročio štetu radeći nešto korisno za oštećenika, sud može odrediti nižu naknadu, vodeći računa o brižljivosti koju štetnik pokazuje u vlastitim poslovima.[46]

U okviru odgovornosti za štete u medicini primjenjuju se i pravila ZOO-a o naknadi imovinske štete u slučaju smrti, tjelesne ozljede i oštećenja zdravlja. Naime, iako se kod odgovornosti za štete u medicini zbog smrti pacijenta, tjelesne ozljede ili oštećenja zdravlja pacijenta veća pažnja posvećuje neimovinskoj šteti, smrt, tjelesne ozljede ili oštećenje zdravlja imaju i imovinskopravne posljedice. Prema ZOO-u tko prouzroči nečiju smrt, dužan je naknaditi uobičajene troškove njegova pogreba, a također troškove njegova liječenja od zadobivenih ozljeda i druge potrebne troškove u vezi s liječenjem te zaradu izgubljenu zbog nesposobnosti za rad prije nego što je nastupila smrt.[47] Pravo na naknadu štete u obliku novčane rente imaju i osobe koje je umrli uzdržavao ili redovito pomagao, odnosno osobe koje su imale pravo na uzdržavanje.[48] Te se osobe nazivaju posrednim oštećenicima.

Pravo na naknadu imovinske štete ima i sam pacijent kojemu je nanesena tjelesna ozljeda ili mu je narušeno zdravlje.[49] U tom slučaju imovinska šteta obuhvaća troškove liječenja i druge potrebne troškove u vezi s liječenjem (npr. prijevoz i smještaj u mjestu u kojem se provodi liječenje) te zaradu izgubljenu zbog nesposobnosti za rad tijekom liječenja. Prema istom pravilu ako ozlijeđeni zbog potpune ili djelomične nesposobnosti za rad gubi zaradu, ili su mu potrebe trajno povećane, ili su mogućnosti njegova daljnjeg razvijanja i napredovanja uništene ili umanjene, odgovorna osoba dužna je plaćati ozlijeđenomu određenu novčanu rentu, kao naknadu za štetu. Sud može na zahtjev oštećenika za ubuduće povećati rentu, a može je na zahtjev štetnika sniziti ili ukinuti ako se znatnije promijene okolnosti koje je sud imao na umu pri donošenju prijašnje odluke.[50]

Popravljanje neimovinske štete

Popravljanje neimovinske štete jedan je od središnjih instituta u okviru odgovornosti za štete u medicini, pa i šire od toga. Naime, u pojedinim slučajevima isplate pravične novčane naknade za prouzročenu neimovinsku štetu ozbiljno opterećuju zdravstveni sustav. No, bez obzira na to popravljanje neimovinske štete u obliku pravične novčane naknade smatra se instrumentom koji ima važno mjesto u sustavu prevencije šteta.

Pravo na pravičnu novčanu naknadu ne pripada svakom oštećeniku koji je pretrpio neimovinsku štetu, već samo u slučaju kada težina povrede i okolnosti slučaja to opravdavaju.[51] Okolnosti slučaja koji opravdavaju dosuđivanje pravične novčane naknade mogu biti različite. Budući da pravična novčana naknada ima funkciju preveniranja nastanka štete, okolnosti koje opravdavaju dosuđivanje pravične novčane naknade često se nalaze na strani štetnika. Ako je štetnik mogao izbjeći prouzročenje štetne radnje, tada bi se moglo zaključiti da je opravdano dosuditi pravičnu novčanu naknadu te se na taj način potencijalni štetnici motiviraju da izbjegavaju ponašanje koje dovodi do nastanka štete. Pravo na pravičnu novčanu naknadu može imati i oštećenik koji nije pretrpio nikakvu imovinsku štetu (npr. maloljetni pacijent koji nije izgubio zaradu jer ne ostvaruje nikakve prihode ili punoljetni pacijent koji je naknadu ostvario po drugoj pravnoj osnovi).

Nakon što sud utvrdi da oštećenik ima pravo na pravičnu novčanu naknadu postavlja se pitanje njezine visine. Pri odlučivanju o visini pravične novčane naknade sud će voditi računa o jačini i trajanju fizičkih boli izazvanih ozljedom, duševnih boli i straha, cilju kojemu služi ta naknada, ali i o tome da se njome ne pogoduje težnjama koje nisu spojive s njezinom naravi i društvenom svrhom.[52] I u ovom pravilu može se prepoznati prevencijska funkcija naknade štete. Bitno je naglasiti da su boli i strah samo primjerice navede-

ni kriteriji za dosuđivanje pravične novčane naknade. To znači da pravo na pravičnu novčanu naknadu imaju pacijenti koji uopće ne trpe boli ili strah. Kao jedan drastičan primjer iz kojeg proizlazi opravdanost takvog rješenja mogu se navesti pacijenti u komi. U sustavu kakav je postojao prije stupanja na snagu novog ZOO-a 1. siječnja 2006. godine takve osobe nisu mogle ostvariti pravo na pravičnu novčanu naknadu, jer nisu trpjele boli i/ili strah, odnosno nije se moglo dokazati da ga trpe. Napuštanjem subjektivnih elemenata (boli i straha) i takvim pacijentima priznato je pravo na pravičnu novčanu naknadu.

Osim pacijenata koji neposredno trpe neimovinsku štetu, pravo na pravičnu novčanu naknadu priznaje se i članovima njihove obitelji. Naime, u slučaju smrti ili osobito teškog invaliditeta neke osobe pravo na pravičnu novčanu naknadu neimovinske štete imaju članovi njezine uže obitelji (bračni drug, djeca i roditelji), a takva se naknada može dosuditi i braći i sestrama, djedovima i bakama, unučadi te izvanbračnom drugu, ako je između njih i umrloga, odnosno ozlijeđenoga postojala trajnija zajednica života.[53] Pravo na pravičnu novčanu naknadu imaju i roditelji u slučaju gubitka začetog, a nerođenog djeteta.

U našem pravu najviši iznos pravične novčane naknade nije propisan zakonom, ali to ne znači da se visine u praksi proizvoljno određuju. Značajan doprinos ujednačavanju visine naknada pripada Orijentacijskim kriterijima i iznosima za utvrđivanje visine pravične novčane naknade nematerijalne štete Vrhovnog suda Republike Hrvatske. Iako su navedeni kriteriji više prilagođeni pravu koje je bilo na snazi prije stupanja na snagu novog ZOO-a 1. siječnja 2006., oni ni danas nisu izgubili značenje u određivanju visine neimovinske štete.

Posebna pitanja kod odgovornosti za štete u medicini

Odgovornost za štetu nastaje kada se za to ispune pretpostavke određene ZOO-om. No, do popravljanja štete ne dolazi po sili zakona, već isključivo ako oštećenik postavi zahtjev za popravljanje štete. To znači da se šteta ne popravlja po službenoj dužnosti. Tu je činjenicu potrebno imati na umu, jer ona može imati dalekosežne posljedice. Naime, nije tajna da oštećenici često zahtijevaju popravljanje štete ne samo zato što im to pravo pripada na temelju zakona, zbog ispunjenja pretpostavaka propisanih ZOO-om, već iz razloga što osjećaju da su im povrijeđena određena prava. Pitanje motivacije zašto pacijenti zahtijevaju popravljanje štete u pravilu nije relevantno za dosuđivanje odštete, ali je vrlo važno za zdravstvene ustanove i druge pružatelje zdravstvenih usluga. Osim što pružatelji zdravstvenih usluga mogu »izbjeći« odgovornost za štetu tako da poduzmu sve što je moguće da se štete ne događaju, čak i kada se ispune pretpostavke odgovornosti za štetu, svojim odnosom prema oštećeniku pružatelji zdravstvenih usluga mogu učiniti mnogo. Pacijenti se neće u velikom broju slučajeva odlučiti na tužbe za naknadu štete ako osjećaju da im je pružena odgovarajuća pažnja i pomoć, iako su se možda i ispunile pretpostavke odgovornosti za štetu.

Ponekad se postavlja pitanje kakvo je značenje činjenice da pružatelji zdravstvenih usluga obavljaju korisnu djelatnost te da isplata odštete umanjuje količinu sredstava koja služe obavljanju zdravstvene djelatnosti. Ta činjenica u načelu ne utječe na odgovornost za štetu pružatelja zdravstvenih usluga. Naime, do odgovornosti za štetu dolazi zato što su ispunjene zakonom propisane pretpostavke te štetnik odgovara za štetu čitavom svojom imovinom. Ista se logika primjenjuje na oslobođenje ili umanjenje odgovornosti. Štetnik se može osloboditi odgovornosti ili umanjiti svoju odgovornost samo ako se za to ispune pretpostavke određene zakonom. Zakoni s područja zdravstvene djelatnosti ne sadržavaju posebna pravila o oslobođenju od odgovornosti ili umanjenju odgovornosti pružatelja zdravstvenih usluga. Propis koji sadržava određena ograničenja u pogledu mogućnosti namirenja svake tražbine, pa tako i tražbine s osnove odgovornosti za štetu jest Ovršni zakon koji predviđa pojedine slučajeve izuzimanja određenih predmeta od ovrhe.[54] Pravila Ovršnog zakona primjenjuju se i na ovrhe protiv privatnih zdravstvenih radnika, zdravstvenih ustanova te trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost. No, ta pravila ne mogu spriječiti ovrhu protiv pružatelja zdravstvenih usluga osim u iznimnim slučajevima.

LITERATURA

1. *Škrobonja A, Muzur A, Rotschild V.* Povijest medicine za praktičare. Rijeka: Adamić; 2003, str. 47.
2. *Porter R.* The Cambridge Illustrated History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press; 2001, str. 54–5.
3. *Visky K.* Geistige Arbeit und die »artes liberales« in den Quelen des römischen Rechts. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1977, str. 73, 95, 390–1.
4. Zakon o obveznim odnosima, Narodne novine br. 35/05, 41/08.
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine br. 121/03. i 85/06.
6. Zakon o zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 94/01, 88/02, 149/02, 117/03, 30/04, 177/04. i 90/05.
7. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 85/06. i 105/06. – ispravak, 118/06. i 77/07.
8. Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu, Narodne novine br. 85/06.
9. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 85/06.
10. Zakon o liječništvu, Narodne novine br. 121/03.
11. Zakon o stomatološkoj djelatnosti, Narodne novine br. 121/03.
12. Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Narodne novine br. 121/03.
13. Zakon o sestrinstvu, Narodne novine br. 121/03.
14. Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne novine br. 169/04, 37/08.
15. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Narodne novine br. 111/97, 27/98, 128/99. i 79/02.
16. Zakon o uzimanju i presađivanju dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, Narodne novine br. 177/04.
17. Zakon o krvi i krvnim pripravcima, Narodne novine br. 79/06.
18. Zakon o obveznim odnosima čl. 1046.
19. Zakon o obveznim odnosima čl. 1046.
20. Stari Zakon o obveznim odnosima čl. 155.
21. Stari Zakon o obveznim odnosima čl. 200. st. 1.
22. *Montgomery J.* Health Care Law. 2. izd. Oxford: Oxford University Press; 2003, str. 35–6.
23. *Kozarić-Kovačić D, Grubišić M, Grozdanić V.* Forenzička psihijatrija, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2005, str. 58–79.
24. *Kecmanović D, ur.* Psihijatrija (Tom II). Beograd – Zagreb: Medicinska knjiga / Svjetlost; 1989, str. 718–743.
25. Zakon o obveznim odnosima čl. 1100. st. 2.
26. Zakon o parničnom postupku, Narodne novine br. 53/91, 91/92, 112/99, 88/01, 117/03 i 84/08.
27. *Triva S, Dika M.* Građansko parnično procesno pravo, 7. izd. Zagreb: Narodne novine; 2004, 170–1.
28. Zakon o obveznim odnosima čl. 1103.
29. *Klarić P, Vedriš M.* Građansko pravo. Zagreb: Narodne novine; 2006, str. 586.
30. *Klarić P, Vedriš M.* Građansko pravo. Zagreb: Narodne novine; 2006, str. 594.
31. *Triva S, Dika M.* Građansko parnično procesno pravo, 7. izd. Zagreb: Narodne novine; 2004, str. 480–1.
32. *Klarić P.* Odštetno pravo. Zagreb: Narodne novine; 2003, str. 417–9.
33. Zakon o obveznim odnosima čl. 1063.
34. *Klarić P.* Odštetno pravo. Zagreb: Narodne novine; 2003, str. 419.
35. Zakon o obveznim odnosima čl. 1045.
26. *Klarić P, Vedriš M.* Građansko pravo. Zagreb: Narodne novine; 2006, str. 583–4.
37. Zakon o obveznim odnosima čl. 1045. st. 2.
38. Zakon o obveznim odnosima čl. 10. st. 2.
39. *Klarić P, Vedriš M.* Građansko pravo. Zagreb: Narodne novine; 2006, str. 584. i 596–7.

40. *Stipković Z.* Protupravnost kao pretpostavka odgovornosti za štetu. Zagreb: Pravni fakultet u Zagrebu; 1991, str. 84.
41. *Stipković Z.* Protupravnost kao pretpostavka odgovornosti za štetu, Zagreb: Pravni fakultet u Zagrebu; 1991, str. 81.
42. *Pretty v.* UK – citirano prema Grubb A, Lanig J. Principles of Medical Law. 2. izd. Oxford: Oxford University Press; 2004, str. 132.
43. Zakon o obveznim odnosima čl. 1090.
44. Zakon o obveznim odnosima čl. 1089.
45. Zakon o obveznim odnosima čl. 1088.
46. Zakon o obveznim odnosima čl. 1091.
47. Zakon o obveznim odnosima čl. 1093.
48. Zakon o obveznim odnosima čl. 1094.
49. Zakon o obveznim odnosima čl. 1095.
50. Zakon o obveznim odnosima čl. 1096.
51. Zakon o obveznim odnosima čl. 1100.
52. Zakon o obveznim odnosima čl. 1100. st. 1.
53. Zakon o obveznim odnosima čl. 1101.
54. *Dika M.* Građansko ovršno pravo (I. Knjiga) – Opće građansko ovršno pravo. Zagreb: Narodne novine; 2007, str. 165–7.

PRAVNI ASPEKTI MEDICINSKOG VJEŠTAČENJA I NEIMOVINSKE ŠTETE U OKVIRU GRAĐANSKOPRAVNE ODGOVORNOSTI LIJEČNIKA ZA ŠTETU

LEGAL ASPECTS OF MEDICAL EXPERT TESTIMONY AND NON-ECONOMIC DAMAGE IN CIVIL LIABILITY OF PHYSICIAN

HRVOJE PAUKOVIĆ*

Deskriptori: Vještačenje – zakonodavstvo; Zakonska odgovornost; nesavjesno liječenje – zakonodavstvo; Odšteta i naknada

Sažetak. Prilikom utvrđivanja građanskopravne odgovornosti liječnika za štetu, od iznimne je važnosti utvrđivanje svih relevantnih činjenica koje omogućuju da sud na odgovarajući način primijeni pravnu normu. Kao jedno od bitnih sredstava prilikom utvrđivanja postojanja pretpostavki za građanskopravnu odgovornost liječnika za štetu, kao i za utvrđivanje kriterija za dosuđivanje odgovarajućeg iznosa naknade štete, rabi se gotovo ključno dokazno sredstvo – medicinsko vještačenje. Razumijevanje osoba pravne i medicinske struke, glede pitanja na koja svaka struka mora dati odgovor, kako bi se došlo do objektiviziranja slučaja i pravilnog i potpunog utvrđenja činjeničnog stanja imperativ je za pravilnu primjenu zakona kod rješavanja takvih slučajeva, posebno u svjetlu novog uređenja pojma neimovinske štete. Medicinska i pravna struka trebaju omogućiti svođenje problema građanskopravne odgovornosti liječnika za štetu u realne okvire, koji neće dopustiti pokušaje nepotrebne stigmatizacije liječničke profesije i slučajeve neopravdanog i neutemeljenog naknađivanja »štete«, već će objektivno i profesionalno, kada je doista zakonom osnovano, omogućiti punu i bezrezervnu zaštitu pacijenata i trećih osoba i njihovih prava na tjelesno i duševno zdravlje.

Descriptors: Expert testimony – legislation and jurisprudence; Liability, legal; Malpractice – legislation and jurisprudence; Compensation and redress

Summary. In the establishment of civil liability of physicians for damage caused, it is extremely important to establish all relevant facts for the court to render the appropriate verdict. One of the crucial instruments in the establishment of a presumed civil liability of physicians as well as in the establishment of the criteria for the assessment of a proper award, is the medical expert testimony – utilised as an essential proof. The comprehension of medical and legal professionals' replies to questions which every profession must answer in order to provide an objective access to the claim and a right and full establishment of the factual situation, is the imperative for a correct application of the law in the handling and settling of these claims, especially in the light of the new set up of the concept of non-economic damage. The medical and legal profession shall help placing the problems of civil liability of physicians into real frameworks, preventing any attempts of unnecessary stigmatization of medical profession and cases of unjustified and unfounded indemnification, and it shall objectively and professionally, based on the law, enable a full and absolute protection of patients and third parties and their rights to physical and mental health.

Liječ Vjesn 2008;130:288–293

Hrvatska bilježi rast odštetnih zahtjeva i sudskih sporova kojima se potražuje naknada štete zbog profesionalne pogreške liječnika. Zahtjevi oštećenih, odnosno onih koji se tako osjećaju, i trećih osoba koje traže naknadu štete zbog pogrešnoga medicinskog tretmana, kao i svih drugih propusta liječnika u fazi liječenja, upućuju na rastuću svijest i potrebu građana da zaštite svoje tjelesno i duševno zdravlje, svoju osobnost. Ponekad su ti zahtjevi motivirani i prevelikim očekivanjima od suvremene medicine pred koju se stavljaju izazovi kojima ona trenutačno ne može odgovoriti. Razlog povećanom broju odštetnih zahtjeva i sudskih sporova leži zasigurno i u činjenici da ni hrvatsko društvo nije imuno na pojedinačne pokušaje stjecanja iznosa naknade

* **Hrvatski ured za osiguranje** (Hrvoje Pauković, dipl. iur.)
Adresa za dopisivanje: Hrvoje Pauković, dipl. iur., Hrvatski ured za osiguranje, Martićeva 73, 10 000 Zagreb, e-mail: hrvoje.paukovic@huo.hr
Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

štete koji realno nemaju uporište u osnovnim načelima obveznog prava.

Ponekad se vrijedi zapitati nije li to još jedno nedovoljno istraženo i eksploatirano područje osoba koje se nalaze u (hranidbenom) lancu sustava naknade štete koje, nakon ipak završene kampanje potraživanja naknade štete s osnova trzajnih ozljeda vratne kralježnice, traži neko novo lukrativno područje. Stoji li i tvrdnja nekih da sve više njegujemo *»compensation culture«*, čime se nadograđuju na tvrdnju da je i hrvatsko društvo, nalik nekima, društvo koje je spremno na konflikt i parničenje (*litigious society)*?

Potrebno je svakako utvrditi da je, s razvojem društva u cjelini, neminovno očekivati sve veću zaštitu potrošača svih vrsta usluga, pa tako i zdravstvenih, i ponajprije zaštitu onog bazičnog prava osobnosti svakoga ljudskog bića, a to je njegovo pravo na tjelesno i duševno zdravlje i njihovu bezrezervnu zaštitu.

Isto tako je nesporno da je doista potrebno, bez predrasuda i cehovske kolegijalnosti na krivi način, objektivizirati i ovaj problem te osigurati da svaka oštećena osoba (pacijent i treće osobe), u određenoj proceduri, i nakon utvrđivanja svih medicinski i pravno relevantnih činjenica, dobije odgovarajuću zaštitu odnosno naknadu štete u slučaju ispunjavanja zakonskih pretpostavki.

Osnovni preduvjet pravičnog, i na zakonu utemeljenog, donošenja odluke u povodu odštetnog zahtjeva ili tužbe u sudskom postupku upravo i predstavlja to utvrđivanje činjenica i njihovo stavljanje u odgovarajući zakonski kontekst, kako bi došlo do adekvatne primjene pravne norme. Činjenice se utvrđuju postupkom koji se naziva dokazivanje, a jedno od iznimno bitnih dokaznih sredstava je i vještačenje.

Vještačenje kao dokazno sredstvo

Kako bi sud uopće mogao donijeti određenu meritornu odluku odnosno pravilno primijeniti materijalno pravo, konkretno pravnu normu koja će razriješiti spor, moraju se utvrditi sve relevantne činjenice. Te su činjenice predmet postupka dokazivanja te se, putem tog postupka, provjerava istinitost navoda i tvrdnji iznesenih u nekome sudskom postupku, s time da sud odlučuje koje će dokaze od predloženih izvesti radi utvrđivanja odlučnih činjenica.

Upravo te pravno relevantne činjenice o kojima ovisi zasnivanje, postanak, promjena ili prestanak nekoga pravnog odnosa dokazuju se raznim dokaznim sredstvima.

Jedno od tih dokaznih sredstava, i to tzv. osobne prirode jesu vještaci – oni su osobe pozvane pred sud, koje, koristeći se svojim stručnim znanjem, iznose svoja sadašnja zapažanja i mišljenja o činjenicama koje bi mogle biti važne za utvrđivanje istinitosti navoda koji su predmet dokazivanja.[1] Sagledavajući odredbe Zakona o parničnom postupku, može se utvrditi da se radi o osobi koja raspolaže stručnim znanjem kojim sud ne raspolaže, a to je znanje nužno radi utvrđenja ili razjašnjenja kakve činjenice.

Uloga vještaka, pa i onog medicinske struke, sastoji se u tome da obavijesti sud o svojim zapažanjima o trenutku kada daje svoje nalaze i mišljenje. Na temelju tih zapažanja o činjenicama koje postoje u trenutku davanja nalaza i mišljenja, vještak se koristi svojim posebnim znanjima i zakonitostima struke i naučne grane kojoj pripada. Tako se vještačenje, kao rezultat napora vještaka koji pomaže sudu u funkciji suđenja, sastoji od dva jednako važna i vrijedna dijela:

– *nalaza* – dio vještačenja u kojem vještak iznosi svoja zapažanja o sadašnjim činjenicama koje postoje u trenutku kada obavlja vještačenje, tj. prezentira sudu svoje vještačenje, koristeći se pritom svojim posebnim stručnim znanjem i općeprihvaćenim pravilima struke. Da bi se ovaj dio vještačenja mogao kritički ispitati, ali i posve razumjeti, te prihvatiti kao vjerodostojan, nisu dovoljne samo tvrdnje o zapažanjima vještaka, već je potrebno da vještak iznese i stručne postavke i pravila na temelju kojih je utvrdio postojanje činjenica koje navodi u vještačenju.[2] Tako nalaz medicinskog vještaka mora predstavljati sadašnje zapažanje o nečijim ozljedama temeljeno na medicinskoj dokumentaciji, kao i na pregledu oštećene osobe koji je obavio liječnik sudski vještak – nalaz mora biti potpun i jasan te iz njega mora proizlaziti dijagnoza.

– *mišljenja* – vještak cjelovito, određeno i jednoznačno iznosi svoje zaključke o postojanju činjenica iz prošlosti koje su sadržane u tvrdnjama stranaka o njihovu postojanju ili nepostojanju te zaključke o značenju, djelovanju, uzrocima i posljedicama određenih događaja. U medicinskom vještačenju to bi značilo zaključivanje o uzrocima nastanka ozljeda ili posljedicama koje trpi oštećena osoba.

Kao što je navedeno, vještak je osoba koja raspolaže stručnim znanjem (npr. medicinske struke) kojim sud ne raspolaže, a to je potrebno radi utvrđivanja relevantnih činjenica. Međutim, ne može svaka stručna osoba, pa tako ni liječnik biti određena za vještaka u jednome parničnom postupku. Da bi osoba koja raspolaže određenim stručnim znanjima i iskustvom mogla vještačiti, mora zadovoljiti određene uvjete i kriterije da bi doista postala imenovanim sudskim vještakom, s određenim pravima i obvezama.

Ta materija regulirana je Pravilnikom o stalnim sudskim vještacima*(1) kojim se određuje način utvrđivanja uvjeta za obavljanje poslova sudskog vještačenja, njihova prava i dužnosti te visina nagrade i naknade troškova za rad vještaka. Postupak imenovanja stalnih sudskih vještaka pokreće se zahtjevom osobe*(2) [3] koji se podnosi predsjedniku županijskog ili trgovačkog suda nadležnog prema prebivalištu podnositelja zahtjeva odnosno sjedištu pravne osobe. Nakon imenovanja, daje se i prisega kojom se izričito imenovani vještak obvezuje povjerena vještačenja obavljati savjesno i prema svom najboljem znanju, a svoje nalaze i mišljenja

*(1) Narodne novine 88/2008

*(2) Pravilnik o stalnim sudskim vještacima. Čl. 1. Osoba koja želi postati stalni sudski vještak, osim općih uvjeta za prijam u državnu službu, mora ispunjavati i sljedeće uvjete:

1. da je državljanin Republike Hrvatske,
2. da je državljanin države članice Europske unije ili neke druge države potpisnice Ugovora o Europskome gospodarskom prostoru,
3. da je zdravstveno sposoban za obavljanje poslova stalnog sudskog vještaka,
4. da je nakon odgovarajućeg završenog sveučilišnog studija odnosno odgovarajuće škole radio na poslovima u struci za koju se školovao, i to najmanje 5 godina, ako je završio odgovarajući preddiplomski i diplomski sveučilišni studij i radio na poslovima u struci za koju se školovao 8 godina i ako je završio odgovarajuću srednju školu i radio na poslovima u struci za koju se školovao 10 godina,
5. da ima sklopljen ugovor o osiguranju od odgovornosti za obavljanje poslova stalnog sudskog vještaka.

Za stalnog sudskog vještaka ne može se imenovati osoba za koju postoje zapreke za prijam u državnu službu iz članka 49. stavak 1.a) Zakona o državnim službenicima ili joj je izrečena sigurnosna mjera dok traju pravne posljedice osude ili joj je izrečena zabrana bavljenja zanimanjem u vrijeme kada traži imenovanje za stalnog sudskog vještaka.

Sposobnost kandidata za obavljanje poslova sudskog vještaka utvrđuje se provjerom kod imenovanog stalnog sudskog vještaka odgovarajuće struke pod čijim je nadzorom dužan obaviti najmanje pet vještačenja, izraditi nalaz i mišljenje, dok je sposobnost liječnicima specijalistima za obavljanje poslova stalnog sudskog vještaka utvrđena položenim stručnim specijalističkim ispitom nakon provedenog specijalističkog staža.

iznijeti točno, potpuno i objektivno sukladno propisima o vještačenju.*[3] [3]

Tako imenovani stalni sudski vještak postaje osoba koja osim što raspolaže stručnim znanjima, dobiva dodatne dužnosti, ali i prava. Stalni sudski vještak je i predmet konstantnog izravnog nadzora koji nad njegovim radom provodi predsjednik odgovarajućeg suda, ali i posrednog nadzora, budući da na njegov rad prigovore mogu podnijeti stranke u postupku i strukovne udruge. S druge strane, stalni sudski vještak ima pravo na nagradu i naknadu troškova.

Sve ove odredbe upućuju na važnost stalnih sudskih vještaka, kao i činjenicu da se, osim stručnih znanja kojima te osobe raspolažu, traže i određene dodatne kvalitete i uvjeti, sve s ciljem da njihovi nalazi i mišljenja budu ogledni primjerci, temeljem kojih može doći do pravilne primjene prava i time do rješavanja odnosa između stranaka.

Nalaz i mišljenje vještaka, odnosno postupak vještačenja podvrgnut je i proučavanju stranaka, davanju primjedbi na nalaz i mišljenje, a, u konačnici, ni sud nije vezan nalazom i mišljenjem jer se radi o dokaznom sredstvu čiju vrijednost sud slobodno ocjenjuje na osnovi savjesne i brižljive ocjene svih okolnosti.

Medicinsko vještačenje i pretpostavke potrebne za utvrđivanje građanskopravne odgovornosti liječnika za štetu

Medicinsko vještačenje ili medicinska ekspertiza postupovna je radnja u kojoj se medicinski pojmovi i instituti prevode na zakonom zadane institute i kategorije.[4] Medicinsko vještačenje vrlo je učestalo dokazno sredstvo za kojim se poseže prilikom postupaka naknade štete na osobi, posebno kod povreda njenog integriteta, zdravlja i radne sposobnosti jedne osobe. Koriste se u tzv. mirnom postupku, kod podnošenja odštetnog zahtjeva štetniku (odgovornoj pravnoj ili fizičkoj osobi) ili nadležnom društvu za osiguranje koje je osiguralo djelatnost štetnika, u okviru koje je došlo do štete i njegove odgovornosti.

Ono je nužno potrebno da bi se rasvijetlile sve relevantne okolnosti i činjenice te omogućilo njihovo stavljanje u ispravan zakonski kontekst te posljedično donijela ispravna odluka o odnosu između dviju strana.

Građanskopravna odgovornost liječnika za štetu učinjenu u obavljanju profesionalne djelatnosti može se dokazivati u pravilu isključivo putem medicinskih eksperata koji raspolažu stručnim znanjima i mogu rasvijetliti je li prilikom određenog medicinskog tretmana pacijenta došlo do propusta odnosno greške liječnika.*[4] [5]

O toj odgovornosti prosuđuje se temeljem odredbi Zakona o obveznim odnosima, i to u pravilu temeljem općih pravila o izvanugovornoj ili deliktnoj odgovornosti – tko drugomu prouzroči štetu, dužan ju je naknaditi ako ne dokaže da je šteta nastala bez njegove krivnje.*[5] [6]

Budući da se odgovornost za štetu vezuje uz skrivljeno postupanje štetnika, govorimo o subjektivnoj odgovornosti ili odgovornosti za štetu po načelu krivnje, a u našem sustavu na štetniku je teret dokaza da nije skrivljeno postupao. Za nastanak odgovornosti za štetu moraju biti kumulativno ispunjene sljedeće pretpostavke: štetna radnja, šteta (imovinska ili neimovinska), uzročnost između štetne radnje i štete, krivnja (namjera ili nepažnja) i protupravnost (povreda nekog prava koje spada u javni poredak).

U slučaju sudskog postupka kojim se primjerice potražuje naknada neimovinske i imovinske štete zbog navodne greške liječnika u postupanju, sud se nalazi u nimalo jednostavnoj poziciji. Nadležni sud, duboko svjestan da je potrebno utvrditi sve činjenice odgovarajućega štetnog događaja, kao i da je potrebno postizanje kumulacije svih pretpostavki za ostvarenje odgovornosti za štetu, pa zatim i pretpostavki za njezinu naknadu, mora se osloniti na nalaze i mišljenja medicinskih eksperata koje, kao dokazna sredstva, ovisno o okolnostima slučaja i činjenica koje se žele dokazati, predlažu jedna ili druga strana u postupku.

Iznimno je bitno da dođe do razumijevanja između suda i medicinskih vještaka te da se putem nalaza i mišljenja može doći do provjere činjeničnih navoda stranaka i posljedičnog rješenja spora.

S jedne strane, sudac, kao osoba pravne struke, mora u svom rješenju naznačiti koje okolnosti, činjenice i odgovore na koja pitanja nalaz i mišljenje vještaka treba sadržavati.

Rješenje o određivanju vještačenja trebalo bi sadržavati:

- odluku o osobi vještaka,
- jasan i precizan opis zadatka vještaka koji se najčešće sastoji u ovome:
  - poziv vještaku da brižljivo razmotri predmet vještačenja,
  - precizan zadatak vještačenja s popisom činjeničnih pitanja na koja vještak mora dati odgovore,
  - poziv vještaku da u nalazu i mišljenju navede sve što opazi i nađe,
  - poziv vještaku da nalaz i mišljenje dade po svim pravilima znanosti i vještine,
- ovlaštenje vještaku da razgleda spis, ali i druge isprave ako je to potrebno za davanje potpunog nalaza i mišljenja,
- rok u kojem je vještak dužan biti spreman dati nalaz i mišljenje odnosno izraditi ga u pisanoj formi.*[6]

Vrlo preciznim zadatkom navedenim rješenjem o određivanju vještačenja, medicinskom se vještaku olakšava zadatak, odnosno upućuje se u ispravnom smjeru koji će, u konačnici, omogućiti izradu nalaza i mišljenja temeljem kojih sud, ali i parnične stranke, mogu utvrditi sve potrebne činjenice da bi na njih primijenio materijalno pravo na odgovarajući način.*[7]

S druge strane, vještak koji je educiran ne samo u pogledu svoje medicinske struke, već ima određena saznanja o pravnom sustavu odgovornosti za štetu izradit će i nalaz i mišljenje na kvalitetniji način. Taj medicinski vještak olakšat će sucu i zastupnicima stranaka pravne struke razumije-

---

*[3] Pravilnik o stalnim sudskim vještacima. Čl. 10.

*[4] Petrić S. Pod liječničkom greškom razumijeva se svako postupanje zdravstvenog radnika koje je protivno medicinskim standardima, odnosno pravilima medicinske struke ili pravilima medicinske etike i deontologije. Građanskopravna odgovornost zdravstvenih djelatnika, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, br. 1.

*[5] Zakon o obveznim odnosima. Čl. 1045.

*[6] Sessa Đ. op. cit.

*[7] *»U ovom postupku se određuje izvođenje dokaza medicinskim vještačenjem razvoja bolesti meningokokne sepse kod pok. ____ s aspekta mogućnosti pravodobne dijagnostike bolesti i sprječavanja njezina daljnjeg razvoja i smrti kao konačnog ishoda. Vještakom se imenuje prof. dr. ____ , specijalist infektolog kojemu se stavlja u zadatak da temeljem dokumentacije koja prileži spisu, te po potrebi drugih podataka i izviđaja koja se ovlašćuje pribaviti/obaviti utvrdi da li se pregled koji je obavljen nad pok. ____ u Službi za hitnu medicinsku pomoć u Varaždinu dana 30. 04. ____ , u vremenu od 21,42 do 21,47 sati s aspekta njegovih tada vidljivih, a i po njemu iznijetih simptoma može kvalificirati savjesnim i potpunim, uz posebnu napomenu da se bolest manifestirala već idućeg jutra oko cca 7,30 sati krvnim podljevima na stopalima i prednjem dijelu potkoljenica (što je opisano u Protokolu intervencije Djelatnosti za hitnu medicinsku posmoć po dr. Trifunoviću) te bi li dijagnosticiranjem konkretne bolesti prilikom pregleda pok ____ dana 30.04. mogao biti spriječen daljnji razvoj bolesti u njezinu sadržaju i akutnosti odnosno mogla biti spriječena smrt pok. ____ .«* Izvadak iz rješenja o određivanju vještačenja – općinski sud.

vanje problematike za koju oni, u pravilu, nisu dovoljno osposobljeni.

Slijedom navedenoga, iznimno je bitno postići puno razumijevanje svih sudionika sudskog postupka, raspravu i propitivanje svih teza navedenih u nalazu i mišljenju, i to u jednom kontradiktornom postupku, koji ne smije iza sebe ostaviti nepoznanice glede činjenica. Samo na taj način možemo doći do ispravne primjene materijalnopravnih normi koje jamče zakonsko rješenje prijepora između dviju strana.

Prilikom utvrđivanja građanskopravne odgovornosti liječnika za štetu postoji više situacija gdje je razumijevanje vještaka i suca od iznimne važnosti te gdje, u velikoj mjeri, od samog nalaza i mišljenja vještaka medicinske struke dolazimo do pitanja opstojnosti odgovornosti za štetu i prava na naknadu štete oštećene osobe. Nalaz i mišljenje su od krucijalne važnosti za pravilnu primjenu materijalnog prava, pa se može reći da je i sud faktički zavisan od nalaza i mišljenja vještaka.*[8]

Osoba koja se smatra oštećenom (pacijent) odnosno treće osobe koje imaju pravni osnov potraživati naknadu štete, u slučaju (sumnje) da je u tijeku liječenja došlo do greške, potražuju naknadu štete podnošenjem odštetnog zahtjeva (ili tužbe) ustanovi u kojoj se pacijent liječio. I u eventualnome mirnom postupku, za koji bi bilo dobro da prethodi sudskoj tužbi, i u parničnom postupku potrebno je utvrditi činjenicu, odnosno potrebno je da oštećena osoba (ili treće osobe) dokažu da je došlo do pogoršanja zdravlja, i to ne zbog prirode bolesti i ozljeda zadobivenih na drugi način, već kao posljedica određenoga medicinskog postupka ili pak njegova izostanka.

Oštećena osoba ne mora dokazivati krivnju liječnika, budući da se ona predmnijeva,*[9] [7] već mora dokazati uzročnu vezu između provedenog liječenja i nastanka štetne posljedice, kao jednu od pretpostavki odgovornosti za štetu.

Postojanje liječničke greške dovodi do odštetne odgovornosti samo ako je rezultat skrivljenog ponašanja liječnika (štetna radnja počinjena namjerno ili zbog nepažnje) pa tako liječnik dokazuje u tijeku postupka da ne snosi osobnu odgovornost, već da je nastala šteta (pogoršanje pacijentova zdravlja) posljedica nekih okolnosti na koje nije mogao utjecati, usprkos tomu što je postupao savjesno i učinio sve što je pacijentovo zdravlje zahtijevalo. U tom slučaju ne postoji odgovornost liječnika, pa ni pravo oštećene osobe na naknadu štete.

Zadatak je medicinskog vještaka da u postupku odredi i napravi distinkciju između štete koja je rezultat komplikacije*[10] i one koja nastaje kao posljedica greške. Neprihvatljivo je dvije različite okolnosti događanja objašnjavati (nazivati) istim pojmom, pogotovo što vještačenje na stručnoj razini korespondira s pravnom strukom čija je karakteristika točno definiranje svakog pojma ili okolnosti. Zbog toga se sudskomedicinski ne može istim pojmom nazivati npr. slučaj kada nakon ispravnog bilo kojeg invazivnog postupka nastupi daljnje pogoršanje zdravlja od slučaja kada pogoršanje zdravlja nastupa nakon zahvata prilikom kojeg je došlo do ozljede organa ili tkiva za koje se zna da se ne smije ozlijediti.[6]

Takvo razlikovanje komplikacije, gdje je došlo do neželjene posljedice a bez liječničke greške, i liječničke greške apsolutno je nužno kako bi sud mogao staviti određenu nastalu štetnu posljedicu u zakonski kontekst i utvrditi postoji li i u kojoj mjeri odgovornost. Vještak mora uzeti u obzir sve okolnosti i činjenice pojedinog slučaja, je li liječnik postupao ispravno i u skladu s onim što je objektivno stanje bolesnika (ozljeđenika) zahtijevalo, te pritom valja ocjenjivati mogućnosti djelovanja svakoga pojedinog liječnika (npr. drugačije liječnika opće medicine i specijalista, postupka u općoj bolnici i klinici).*[11] O prosudbi vještaka medicinske struke o postupanjima kolega tijekom liječenja određenog pacijenta u velikoj mjeri ovisi konačni rezultat postupka kojim se potražuje naknada štete budući da se na nju sud itekako oslanja.*[12]

Jedna od također nužnih pretpostavki za utvrđivanje građanskopravne odgovornosti za štetu, a u utvrđivanju koje vještaci medicinske struke imaju iznimno bitnu ulogu jest i uzročna veza između štetne radnje i štete. Na oštećenoj osobi je da dokaže da njezino pogoršano zdravlje nije posljedica prirodnog, redovitog tijeka bolesti, nego određenoga medicinskog tretmana, ali u tom slučaju pacijent, a svakako i sudac, ne može samostalno razlučiti koja određena štetna radnja poduzeta tijekom liječenja ima za posljedicu štetu.

Naime, šteta može nastati ili joj mogu pridonijeti prirodne posljedice bolesti ili ozljede, sudjelovanje više liječnika u liječenju, poduzimanje više različitih postupaka liječenja, ponekad nepredvidivo reagiranje pacijenata na metode liječenja i lijekove pa je u pravilu potrebno angažiranje vještaka medicinske struke za dokazivanje te pretpostavke.[8] Ako oštećena osoba ne dokaže postojanje uzročne veze, njezin zahtjev za naknadu štete bit će odbijen.*[13]

Iz naprijed navedenoga vidljivo je da je uloga vještaka medicinske struke u postupku utvrđivanja odgovornosti iznimno bitna, kao što je od velike važnosti precizno komuniciranje i izražavanje, korištenje jednoznačnih termina između suca, stranaka i vještaka koji sudjeluju u postupku.

Medicinsko vještačenje neimovinske (nematerijalne) štete

Ako se ostvare pretpostavke građanskopravne odgovornosti liječnika za štetu, štetnik odnosno osoba koja za njega odgovara, dužna je štetu naknaditi. Pojam štete regulira Zakon o obveznim odnosima (čl. 1046.) pa se ona određuje kao umanjenje nečije imovine (obična šteta), sprječavanje njezina povećanja (izmakla korist) i povreda prava osobno-

*[8] Sessa Đ. op. cit.

*[9] Klarić P. prema prof. dr. Škavić J. i prof. dr. sc. Zečević D. *»to najbolje osigurava slobodu stručnog djelovanja liječnika budući da mu jamči da neće odgovarati za pogoršanje zdravlja pacijenta odnosno neuspjeh liječenja, ako postupa pažljivo i u skladu s pravilima struke«*. Komplikacija i greška – sudskomedicinski pristup. Osiguranje 2008; 6.

*[10] *»komplikacija nastaje usprkos medicinski ispravnom i pravodobno provedenom postupku koji je izveden pravilnom upotrebom ispravne opreme i sredstva uz optimalnu organizaciju rada".* Liječničke novine 2006; 50.

*[11] Prof. dr. sc. Škavić J. i prof. dr. sc. Zečević D., op. cit.

*[12] *»Iz jasnih logičnih i neproturječnih nalaza i mišljenja liječnika vještaka nedvojbeno proizlazi da liječnik tuženika (bolnice) nije postupao u skladu s pravilima struke, jer je upravo iz razloga što je bio upozoren da se u oku nalazi strani predmet koji izaziva upalu, trebao tužitelja uputiti na RTG snimanje i propisati masivnu terapiju antibioticima, u kojem slučaju bi opasnost upale bila isključena ili znatno smanjena. Naime, upravo je upala oka, koja se razvila tijekom liječenja, liječenje otežala, a sam operativni zahvat zakomplicirala«*

»Tvrdnja da je teško i inače dijagnosticirati povredu vratne kralježnice… ne može sama po sebi biti ekskulpirajuća za tuženicu (zdravstvenu ustanovu) u situaciji kada je propuštetno u danim okolnostima, a to znači profesionalnom pažnjom i u skladu s pravilima medicinske struke provesti odgovarajuće standardne pretrage da bi se utvrdila cjelovita dijagnoza, jer tek ispravno postavljena dijagnoza uvjet je za pravilno i uspješno liječenje«, Županijski sud u Zagrebu. Gž 5991/01 od 18. 2. 2003. g.

*[13] *»Pravilan je zaključak sudova da u konkretnom slučaju nije dokazano postojanje pretpostavaka uzročnosti nastale štete, tj. da bi oboljenje tužitelja od hepatitisa B bilo uzrokom propusta tuženih prilikom uzimanja krvi ili davanja injekcije pencilina, zbog čega je zahtjev opravdano odbijen.«*, VSRH, Rev 105/91 od 11. 5. 991.

sti (neimovinska šteta). Što se podrazumijeva i što predstavlja povredu prava osobnosti fizičke i pravne osobe određuje okvirno i primjerice čl. 19. Zakona o obveznim odnosima – pravo na život, pravo na tjelesno i duševno zdravlje, pravo na ugled, čast i dostojanstvo, pravo na ime, pravo na privatnost osobnog i obiteljskog života, pravo na slobodu i druga prava osobnosti.

To znači da će praksa moći kreirati i druge slučajeve u kojima oštećenik može zahtijevati naknadu neimovinske štete. Uz činjenicu da sudska praksa u pravilu nije važeći izvor prava, u konkretnom slučaju, dosljedna i ujednačena sudska praksa mora biti brana, koja će spriječiti da se utuživanje povreda prava osobnosti ne pretvori u njegovu negaciju.

U dosadašnjim raspravama pojavila su se različita tumačenja »drugih prava« iz čl. 19. st. 2. ZOO/05. Dosadašnje rasprave ipak se mogu svesti na dva osnovna stava, pa tako jedan stav smatra da su »druga prava« iz čl. 19. st. 2. ZOO/05 samo prava koja su određena Ustavom RH, međunarodnim ugovorima koje je ratificirala Republika Hrvatska, Konvencijama, te zakonima. Drugi stav, doživljava »druga prava« iz čl. 19. st. 2. ZOO/05 tako da ona ne moraju biti predviđena u citiranim propisima, već upravo suprotno – da će ih kreirati sudska praksa.[9]

Objektivno poimanje pojma neimovinske štete plod je suvremenih tendencija u pravnoj teoriji i usporednom odštetnom pravu. Od novijih kodifikacija tu ulaze Obligacijski zakonik Republike Slovenije iz 2001. i Građanski zakonik Ruske Federacije iz 1994. g.[10]

Prema toj koncepciji neimovinsku štetu čini već sama povreda prava osobnosti, pa ako sud nađe da to težina i okolnosti slučaja opravdavaju, dosudit će pravičnu novčanu naknadu, nezavisno od naknade imovinske štete, pa i kad nje nema. Pri odlučivanju o visini pravične novčane naknade sud će voditi računa o jačini i trajanju ozljedom izazvanih fizičkih boli, duševnih boli i straha, o cilju kojemu služi ta naknada, ali i o tome da se njome ne pogoduje težnjama koje nisu spojive s njezinom naravi i društvenom svrhom.*(14) 6

Ranije određenje neimovinske štete (ZOO/91) definiralo je nematerijalnu štetu kao nanošenje drugom fizičkog bola ili straha, a zatim su se taksativno navodili oblici koji su novčano naknadivi fizičkim osobama. Tako su pravno priznati oblici neimovinske (ranije nematerijalne) štete regulirani kao: strah, fizički bolovi, duševne boli zbog smanjenja životne aktivnosti, naruženja, povreda ugleda i časti, smrti bliske osobe te duševne boli zbog naročito teškog invaliditeta bliske osobe.

Dakle, novim uređenjem neimovinske štete dosadašnji oblici, odnosno konstitutivni elementi nematerijalne štete, postaju samo kriteriji, odnosno kvalifikatorne okolnosti, kojima se procjenjuje razina povrede prava osobnosti, kao neimovinske štete.

Oba Zakona o obveznim odnosima su u primjeni, po »starom« ZOO rješavaju se štete nastale do 1. siječnja 2006. g., a po »novom« ZOO štete nastale od tog datuma nadalje.

I u praksi pravnika pojavile su se određene dvojbe glede nove regulacije neimovinske štete, odnosno bojazni što će ona donijeti u praksi. Takve dvojbe zasigurno utječu i na rad sudskih vještaka budući da sud rješenjem određuje kakav zadatak ima vještak koji treba izraditi nalaz i mišljenje. Nakon određenog proteka vremena, pokazala se, još uvijek kvantitativno skromna, praksa pravnika da se prilikom podnošenja odštetnog zahtjeva u mirnom postupku odnosno tužbe prvenstveno treba imenovati koje je to povrijeđeno pravo osobnosti (kod slučajeva navodne liječničke greške prvenstveno pravo na tjelesno i duševno zdravlje), a zatim se navode sva ona mjerila odnosno kvalifikatorne okolnosti koje opravdavaju dosuđivanje pravične naknade te se navode, za svaku od tih okolnosti, koji se iznosi potražuju.

Imajući u vidu takve odštetne zahtjeve/tužbe koje podnose pravnici, i stalni sudski vještaci moraju postupati na sličan način – liječnik se u svojstvu vještaka poziva da se očituje, kao stručna pomoć sudu, i ocijeni kvalitativne i kvantitativne osobine neimovinske štete. On sud obogaćuje znanjem o medicinskim štetnim posljedicama koje oštećenik trpi u odnosu na prethodno stanje svojega tjelesnog i duševnog zdravlja. Vještak pomaže u ocjeni težine povrede prava osobnosti – kod povrede prava na tjelesno zdravlje treba utvrditi stupanj oštećenja tijela (gubitak dijela tijela, gubitak funkcije).[11] Pregledom dosadašnjih rješidbi sudova, mnogi praktičari utvrdili su da, zbog promjene Zakona o obveznim odnosima, nije došlo do nekih dramatičnih promjena budući da se ni medicinska vještačenja, pa u konačnici ni sudske presude odveć ne razlikuju u odnosu na praksu po ZOO/91.*(15)

Kada se razmatra medicinsko vještačenje koje ima za cilj pomoći odrediti opseg neimovinske štete, ali tek nakon što su medicinski eksperti pomogli utvrditi sudu da su se ostvarile sve pretpostavke za opstojnost građanskopravne odgovornosti liječnika odnosno zdravstvene ustanove za štetu, potrebno je naglasiti da se radi o povredi prava na tjelesno i duševno zdravlje, koja bi se trebala vještačiti na isti način kao da je povreda prava osobnosti nastupila zbog bilo koja druge štetne radnje (npr. stradavanje u prometnoj nezgodi). Ni u jednom postupku utvrđivanja obujma neimovinske štete koji će pomoći sudu u određivanju naknade za neimovinsku štetu, ne bi trebalo dopustiti razvoj sudske, ili eventualno osigurateljne, prakse da se prouzročena neimovinska šteta »sanira« pravičnom novčanom naknadom koja bi odstupala (u smislu povećanja iznosa naknade) od važećih Orijentacijskih kriterija Vrhovnog suda, samo zato što je do štete došlo zbog odgovornosti liječnika odnosno zdravstvene ustanove. Takve slučajeve odgovornosti liječnika odnosno zdravstvene ustanove za štetu treba demistificirati, javno i stručno raspravljati, evidentirati, pratiti i analizirati, međutim, nipošto ne otvarati prostor za stigmatizaciju liječničke profesije te za traženje neopravdane i neosnovane

---

*(14) Zakon o obveznim odnosima. Čl. 1100.

*(15) *»… Slijedom toga od tuženika potražuje naknadu neimovinske štete zbog povreda prava osobnosti na tjelesno i duševno zdravlje te za pretrpljenu imovinsku štetu u vidu troškova tuđe pomoći i njege.*

…

Po kriteriju pretrpljenih fizičkih boli potražuje naknadu u iznosu od 15.000,00 kn, po kriteriju pretrpljenog straha naknadu u iznosu od 13.000,00 kn, po kriteriju pretrpljenih duševnih bolova zbog smanjenja životne aktivnosti iznos od 16.000,00 kn, po kriteriju pretrpljenih duševnih bolova zbog naruženosti iznos od 11.000,00 kn, a za troškove tuđe pomoći i njege u vezi s liječenjem iznos od 7.200,00 kn, dakle ukupno 62.200,00 kn. Kako mu je tuženik dana 27. 02. 2008. godine isplatio nesporni iznos naknade štete od 31.100,00 kn, to tužbenim zahtjevom traži preostali iznos do pune naknade štete – dakle 31.100,00 kn.

…

Nalazom i mišljenjem liječnika vještaka dr. ____ , spec. ortopedije i traumatologije te dr. ____ , spec. neurologa, kojem stranke nisu prigovarale, a sud ga ocjenjuje nepristranim i stručnim, utvrđeno je kako je tužitelj u predmetnom štetnom događaju zadobio višeiverni kompliciran prijelom lijeve potkoljenice, bimaleolarni prijelom desne potkoljenice bez pomaka, lacerokontuzne rane glave i iznad desnog oka te natučenje vratne i grudne kralješnice.

Tužitelju je time, a prema odredbi čl. 19. st. 2. u vezi s čl. 1046. Zakona o obveznim odnosima povrijeđeno pravo osobnosti na tjelesno i duševno zdravlje.

Vještaci su utvrdili da je tužitelj uslijed ovih ozljeda pretrpio strah jačeg intenziteta u trajanju od 3 dana, srednjeg intenziteta u trajanju od 15 dana, te blagog intenziteta daljnjih mjesec dana, a nakon čega se nastavilo stanje tzv. kasnog straha koji je trajao još 2 mjeseca.

naknade štete, budući da je to protivno osnovnim načelima obveznog prava.

LITERATURA

1. *Triva S, Dika M.* Građansko parnično procesno pravo, Narodne novine, 2004. g.
2. *Sessa Đ.* Procesni položaj medicinskog vještačenja i vještaka u parničnom postupku, Simpozij »Profesionalna odgovornost liječnika«, Narodne novine, 2007. g.
3. Pravilnik o stalnim sudskim vještacima, Narodne novine 88/2008.
4. *Gnjidić Ž.* Vještak i vještačenje, Uvod u medicinsko vještačenje u građanskim parnicama, Medicinska naklada Zagreb, 2008. g.
5. *Petrić S.* Građanskopravna odgovornost zdravstvenih djelatnika, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, br. 1, 2005. g.
6. Zakon o obveznim odnosima, Narodne novine 35/2005
7. *Škavić J, Zečević D.* Komplikacija i greška – sudskomedicinski pristup, Osiguranje br. 6, 2008. g.
8. *Jelčić O.* Građanskopravna odgovornost liječnika za štetu, Simpozij »Profesionalna odgovornost liječnika«, Narodne novine, 2007. g.
9. *Boić V.* Naknada štete izvanbračnom drugu, Zbornik savjetovanja Hrvatskog ureda za osiguranje, 2008. g.
10. *Veselić I.* Pojedini aspekti dospijeća pravične naknade neimovinske štete. Zbornik savjetovanja Hrvatskog ureda za osiguranje, 2008. g.
11. *Gnjidić Ž.* Vještačenje i popravljanje neimovinske (nematerijalne) štete, Uvod u medicinsko vještačenje u građanskim parnicama, Medicinska naklada Zagreb, 2008. g.

VRSTE POSTUPAKA ZA UTVRĐIVANJE PROFESIONALNE ODGOVORNOSTI

PROCEDURES FOR ESTABLISHING PROFESSIONAL LIABILITY

NIKOLINA BUDIĆ*

Deskriptori: Liječnici – zakonodavstvo; Nesavjesno liječenje – zakonodavstvo; Zakonska odgovornost

Sažetak. Sve veća izloženost postupcima za utvrđivanje odgovornosti zbog obavljanja medicinske djelatnosti upućuje na potrebu da se članovi Hrvatske liječničke komore upoznaju s osnovama za utvrđivanje odgovornosti. Stoga je potrebno izložiti razloge zašto je liječništvo profesija te koja se vrsta odgovornosti može utvrđivati, u kojim se to postupcima provodi i koje su vrste mogućih sankcija. Posebna je uloga Hrvatske liječničke komore, koja istovremeno štiti prava i zastupa interese liječnika te provodi disciplinski postupak.

Descriptors: Physicians – legislation and jurisprudence; Malpractice – legislation and jurisprudence; Liability, legal

Summary. All the greater exposure to the procedures for determining liability for the conduct of medical activity points to the need that members of the Croatian Medical Chamber know the basis for establishing liability. Therefore, it is necessary to expose the reasons why the doctors are professionals and what kind of responsibility can be determined, in which procedures it is implemented, and what are the types of possible sanctions. Croatian Medical Chamber has a special role is, as it at the same time protects the rights and represents the interests of doctors, and enforces disciplinary proceedings.

Liječ Vjesn 2008;130:293–296

Svjesni činjenice da liječnici u najvećem broju nisu unaprijed upoznati s pravnim područjem koje regulira pitanja njihove odgovornosti, u ovom ćemo radu iznijeti prikaz postupaka u kojima se može procijeniti odgovornosti liječnika.

Ujedno, namjera je liječnike upozoriti da su uz profesionalno bavljenje liječničkim zanimanjem uvijek potencijalno izloženi pokretanju postupaka za procjenu njihove odgovornosti. Pokretači tih postupaka najčešće su upravo osobe kojima se zdravstvena usluga pruža.

Edukacija liječnika o osnovnim razlozima i elementima koji se rabe u hrvatskome pravnom sustavu za procjenu profesionalne odgovornosti može dodatno demistificirati ovo područje i pridonijeti boljem razumijevanju uloge profesionalca kao potencijalnog tuženika.

Kako smisao postojanja krovne staleške organizacije liječnika, Hrvatske liječničke komore, upućuje da i ona ima aktivnu ulogu u davanju odgovora na otvorena pitanja, autorica se osvrće i na mogućnosti djelovanja koje su u ingerenciji ove organizacije.

Liječništvo kao profesija

Liječništvo – regulirana profesija

Karakteriziranjem liječništva kao profesije, odnosno pojedinca kao profesionalca potrebno je istaknuti što čini obilježja profesionalne djelatnosti. To su: obavljanje zanimanja kao djelatnosti, a ujedno djelatnost je najčešće glavni izvor prihoda osobe koja zanimanje obavlja kao djelatnost.

Kao što je vidljivo iz odredaba Zakona o zdravstvenoj zaštiti profesionalna liječnička djelatnost može se obavljati u okvirima organizacija koje postoje radi pružanja zdravstvenih usluga bilo da se radi o zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima za obavljanje zdravstvene djelatnosti ili u liječničkim ordinacijama.[1]

* **Hrvatska liječnička komora** (Nikolina Budić, dipl. iur.)

Adresa za dopisivanje: N. Budić, dipl. iur., Hrvatska liječnička komora, Zagreb, Šubićeva 9

Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

Uzimajući u obzir naprijed navedeno, potrebno je reći da liječnik kao profesionalac uvijek djeluje osobno, a organizacija u kojoj se zdravstvene usluge pružaju postoji kao okvir unutar kojeg se organizirano pružaju individualne liječničke usluge.

Profesionalna autonomija

Liječnici kao pružatelji medicinskih usluga uživaju visok stupanj autonomije u obavljanju svog zanimanja. Posebnost ove profesije zahtijeva i potpunu slobodu od podčinjenosti profesionalca volji onoga za kojega se taj rad obavlja iako se obavlja u okviru radnopravnog odnosa. Liječnik profesionalac trebao bi imati široko polje slobode u određivanju načina na koji će ostvariti postavljeni medicinski cilj: provesti pojedini dijagnostički ili terapijski postupak. Međutim, sloboda izbora načina i tehničkih pomagala kojima će se služiti u izvršenju profesionalne obveze ne znači istovremeno njegovu apsolutnu slobodu. Liječnik je ponajprije vezan pravilima struke i dužnošću poštivanja kodeksa medicinske etike i deontologije. On je u izboru sredstava i načina izvršenja posla obvezan voditi računa o interesima pacijenta koji je ovisan o djelovanju liječnika.

U pokušaju pravilnog postavljanja vrste i opsega odgovornosti liječnika kao profesionalaca potrebno je uzeti u obzir činjenicu da oni uživaju legalni monopol na obavljanje medicinskih usluga, odnosno da ih pozitivni propisi štite od konkurencije onih koji ne pripadaju profesiji (kazneno djelo bavljenja nadriliječništvom). Kao regulirana profesija, liječnici u Republici Hrvatskoj imaju obvezu učlanjenja u Hrvatsku liječničku komoru koja im izdaje Odobrenje za samostalan rad (licencu) i time jamči da posjeduju potrebna stručna znanja i sposobnosti. Na taj se način istovremeno štiti i interes pacijenata, odnosno javni interes i provodi načelo povjerenja javnosti u profesionalnu osposobljenost za obavljanje posebnih znanja i vještina.

Pa ipak, upravo zbog navedenoga postoji i nastojanje da se odgovornost za štetu što više proširi. I to stoga što obavljanje liječničke profesije zahtijeva visok stupanj povjerenja korisnika medicinskih usluga, ali i javnosti općenito u kompetentnost, profesionalnu sposobnost i vještine liječnika.

S druge pak strane, posebne karakteristike ove profesionalne djelatnosti zahtijevaju i postojanje prostora imuniteta od odgovornosti. Liječnička profesionalna usluga nije ukalupljena. Ona sadržava »element kreacije« i upravo stoga mora uživati široko područje slobode djelovanja. Osobito u ovoj profesiji pravila struke su izuzetno složena, brojna, podložna stalnom i brzom mijenjanju, razvoju u pravcu novih, kvalitetnijih rješenja. U obzir treba uzeti i iznimne i složene okolnosti u kojima se sučeljavaju zahtjevi brzine i efikasnosti intervencije te zahtjevi primjene najboljih mogućih sredstava.

Sažimajući navedeno, može se zaključiti da postoji permanentna borba između nastojanja da se liječniku dade maksimalna profesionalna sloboda te da se suzi opseg njegove odgovornosti i nastojanja da se korisnici usluga koje pružaju liječnici što više zaštite od potencijalno štetnih stručnih djelovanja šireći opseg prava pacijenata iz kojih proizlazi pravo na naknadu nastale štete.

Odgovor na pitanje: »Koje će od nastojanja odnijeti prevagu?« ima svoje korijene u širim, društvenim i političkim stupnjevima razvoja pojedinih socijalnih zajednica, a aktualne pravne norme i sudska praksa samo su posljedica prihvaćenih stajališta i shvaćanja.[2]

Odgovornost, postupci i sankcije

Vrste odgovornosti

Prema vrstama odgovornosti moguće je ustrojiti sljedeću klasifikaciju koja se odnosi i na liječnike, kao pripadnike medicinske profesije:

1. kaznena odgovornost,
2. građanskopravna odgovornost,
3. prekršajna odgovornost,
4. disciplinska odgovornost

Vrste postupaka u kojima se utvrđuje odgovornost

Sukladno navedenoj klasifikaciji odgovornosti slijedi pregled postupaka u kojima se utvrđuju spomenute vrste odgovornosti.

- Kazneni postupak
- Parnični postupak za naknadu štete
- Prekršajni postupak
- Upravni postupak za utvrđivanje disciplinske odgovornosti

Utvrđivanje kaznene odgovornosti
u kaznenom postupku

Smisao postojanja kaznenog zakonodavstva ogleda se u nastojanju društvene zajednice da zaštiti temeljne vrijednosti zajednice, važna dobra društva i pojedinca, i to izricanjem kaznenih sankcija za ponašanja koja su u suprotnosti s utvrđenim prihvatljivim načinima ponašanja.

Kazneno pravo, dakle, štiti interese koji su od posebnog značenja i koji zaslužuju posebnu zaštitu. Funkcija kaznenog prava određuje se kao zaštita važnih vrijednosti pojedinca i zajednice.

Kako se pravo na život i zdravlje, kao kategorija najvažnijih vrijednosti pojedinca i zajednice štiti i Ustavom Republike Hrvatske, Kazneni zakon RH predviđa zaštitu od neodgovornog ponašanja profesionalaca medicinske struke. Opće opasni karakter liječničkog postupanja nalazi se u mogućnosti neprofesionalnog djelovanja prema neodređenom broju ljudi. Da bi se to generalno zapriječilo, uvodi se kaznenopravna prisila.

U posebnoj glavi ovog zakona pod nazivom »Kaznena djela protiv zdravlja ljudi« navodi se nekoliko kaznenih djela u kojima je istaknuta uloga liječnika – doktora medicine i stomatologije kao medicinskih profesionalaca. To su nesavjesno liječenje, samovoljno liječenje, nedopušteno presađivanje dijelova ljudskog tijela i nepružanje medicinske pomoći.

Međutim, da bi se radilo o kaznenom djelu, potrebno je da je ispunjena pretpostavka najgrublje povrede profesionalne dužnosti liječnika koja se ogleda u znatnom odstupanju od općeprihvaćenih i usvojenih pravila medicinske struke te da je nastupila posljedica koja je vidljiva kao pogoršanje bolesti ili narušenje nečijeg zdravlja.

Osim toga da bi profesionalac medicinske struke mogao uopće biti proglašen krivim zbog počinjenja nekog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi, mora biti utvrđeno da je postupao s namjerom ili iz nehaja, svjestan ili je bio dužan i mogao biti svjestan da je njegovo djelo zabranjeno.

Iz četiri osnovna elementa kaznenog djela, a to su: radnja, protupravnost, krivnja i kažnjivost, proizlazi da je za kazneno djelo uvijek primarno odgovoran pojedinac kao počinitelj kaznenog djela.

Često se nameće pitanje kako je uopće moguće da postupanja liječnika i ostalih zdravstvenih radnika mogu predstavljati kazneno djelo.

Ova odgovorna i humana profesija, primarno usmjerena na zaštitu zdravlja ljudi u svojoj biti upravo je dijametralno suprotna počinjenju kaznenog djela.

Stoga, važno je naglasiti, samo izuzetno i pod strogo propisanim uvjetima određena postupanja liječnika mogu se u provedenome kaznenom postupku proglasiti kaznenim djelom. Vrlo važnu ulogu u dokazivanju »nesavjesnog postupanja« mora zapravo dati sama medicinska struka čiji je zadatak da sudu profesionalno, temeljito i kvalitetno izloži nalaz i mišljenje na kojem će se zasnivati relevantna odluka suda o postojanju kaznenog djela.[3]

Utvrđivanje građanskopravne odgovornosti
u postupku radi naknade štete

Ova vrsta odgovornosti odnosi se ponajprije na odgovornost za štetu nastalu obavljanjem zdravstvene djelatnosti prema općim pravilima o odštetnoj odgovornosti.

Za nastanak odnosa odgovornosti za štetu potrebno je postojanje sljedećih pretpostavki:

1. subjekti obveznog odnosa odgovornosti za štetu: štetnik i oštećenik
2. štetna radnja štetnika
3. šteta
4. uzročna veza između štetne radnje i nastale štete
5. protupravnost.

a) U kontekstu obrade teme kao subjekti obveznopravnog odnosa za štetu pojavljuju se pružatelji zdravstvenih usluga (ustanove, trgovačka društva i privatni liječnici) odnosno liječnik zaposlen u zdravstvenoj ustanovi u ulozi štetnika, dok je oštećenik u pravilu pacijent.

b) Štetne radnje mogu se svrstati u četiri osnovne grupe: 1) povreda pravila zdravstvene struke (liječnička greška), 2) povreda prava na tjelesni integritet (liječenje bez pristanka pacijenta, 3) povreda obveze pružanja hitne medicinske pomoći i 4) povreda obveze sklapanja ugovora o zdravstvenoj usluzi.

c) Šteta može biti imovinska i obuhvaća troškove liječenja i u vezi s liječenjem te tuđu pomoć i njegu, izgubljenu zaradu i sl. te neimovinska šteta koja se po novom Zakonu o obveznim odnosima sastoji u povredi prava osobnosti na život, tjelesno i duševno zdravlje.

d) Postojanje uzročne veze između štetne radnje odnosno propusta i nastale štete utvrđuje sud na temelju nalaza i mišljenja sudskog vještaka medicinske struke. Teret dokaza o postojanju ove veze leži na pacijentu, osim kad šteta potječe od opasne stvari ili djelatnosti.

e) Protupravnost predstavlja povredu nekog pravnog pravila u pravnom poretku. Raspravljajući o protupravnosti, potrebno je odgovoriti na pitanje zahtijeva li se za odgovornost za štetu krivnja liječnika ili je dovoljno da je štetnom radnjom povrijeđeno neko pravno pravilo.

• Objektivna – subjektivna odgovornost

Objektivna odgovornost je odgovornost kod koje se ne dokazuje krivnja štetnika, nego je potrebno samo dokazati uzročnu vezu između štetne radnje i nastale štete. Ako šteta potječe od opasne stvari ili opasne djelatnosti, uzročna se veza presumira pa je potrebno dokazati samo subjekte odnosa (štetnika i oštećenoga), štetnu radnju i nastalu štetu.

Subjektivna odgovornost je vrsta odgovornosti u kojoj se traži krivnja štetnika. U nas sudska praksa prihvaća model subjektivne odgovornosti za štetu, i to one u kojoj se krivnja liječnika presumira. Na taj se način pacijentu olakšava položaj u dokazivanju krivnje liječnika. Kod subjektivne odgovornosti s presumiranom krivnjom liječnik se može osloboditi odgovornosti samo ako dokaže da nije kriv za nastalu štetu. To znači da će morati dokazati da je šteta nastala slučajno.[4]

Utvrđivanje prekršajne odgovornosti
u prekršajnom postupku

Ova odgovornost liječnika regulirana je ponajprije odredbama zdravstvenih i strukovnog zakona, što znači da se u tim propisima koji reguliraju područje zdravstva i liječničke struke u tzv. kaznenim odredbama propisuju i određena ponašanja koja se smatraju prekršajima te su za njih propisane prekršajne kazne.

Zakon o prekršajima definira da se prekršajem povrjeđuje javni poredak, društvena disciplina ili druge društvene vrijednosti koje nisu zaštićene Kaznenim zakonom i drugim zakonima u kojima su propisana kaznena djela. Opća je svrha propisivanja i izricanja ili primjene svih prekršajnih sankcija da svi građani poštuju pravni sustav i da nitko ne počini prekršaj, a da se počinitelji tih djela ubuduće tako ponašaju.[5]

Utvrđivanje disciplinske odgovornosti
u upravnom postupku

Disciplinska odgovornost liječnika uređena je odredbama Zakona o liječništvu prema kojima je liječnik disciplinski odgovoran ako: povrijedi odredbe Zakona o liječništvu, povrijedi Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore, obavlja nestručno liječničku profesiju, svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama povrijedi ugled liječničke profesije, te ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom određene članske obveze prema Komori.

Ovu vrstu odgovornosti moguće je utvrđivati u postupku koji se provodi pred za to nadležnim tijelima Hrvatske liječničke komore, a to su Časni i Visoki časni sud. Postupak se provodi sukladno odredbama Pravilnika o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore.[6]

Sankcije

U svakom od navedenih postupaka, ako se utvrdi postojanje profesionalne odgovornosti, bit će izrečena neka od mogućih vrsta sankcija koje su propisane u toj vrsti postupka.

1. Sankcija koja može biti izrečena počinitelju kaznenog djela protiv zdravlja ljudi varira od strože – vremenski definirane kazne zatvora do blaže – novčane kazne, ako je kazneno djelo počinjeno iz nehaja.

Općenito, u kaznenom postupku za kaznena djela počinitelji se mogu kazniti: novčanom kaznom i kaznom zatvora. Kazna zatvora može se izreći samo kao glavna kazna. Novčana kazna može se izreći kao glavna i kao sporedna kazna.

Osim kazni u ovom postupku postoje i mjere upozorenja, a to su sudska opomena i uvjetna osuda. Uvjetna osuda je kaznenopravna sankcija koja se kao mjera upozorenja sastoji od izrečene kazne i roka u kojem se ta kazna ne izvršava pod uvjetima određenim zakonom.

Svrha uvjetne osude je da se počinitelju kaznenog djela uputi takva vrsta prijekora kojom se omogućava ostvarenje svrhe kaznenopravnih sankcija izricanjem kazne bez njezina izvršenja.

U kaznenom postupku moguće je i izricanje sigurnosnih mjera, i to: obvezno psihijatrijsko liječenje, obvezno lije-

čenje od ovisnosti, zabrana obavljanja zvanja, djelatnosti ili dužnosti, zabrana upravljanja motornim vozilom, protjerivanje stranca iz zemlje i oduzimanje predmeta.

2. Što se tiče sankcija koje proizlaze iz utvrđenja odgovornosti u građanskopravnom postupku one se sastoje u obvezi naknade štete, i to u dosuđenome novčanom iznosu.

3. Prekršajne sankcije za prekršaje propisane zakonom su kazne, globe, mjere upozorenja, zaštitne mjere i odgojne mjere. Vrste kazni jesu: novčana kazna i kazna zatvora. Kazna zatvora ne može se propisati kao jedina kazna za određeni prekršaj. I u ovoj vrsti postupka postoje mjere upozorenja: opomena i uvjetna osuda. Također postoje i zaštitne mjere od kojih je jedna zabrana obavljanja zanimanja. Zakonom može biti propisano da se neke od propisanih zaštitnih mjera mogu primijeniti samostalno i bez izricanja kazne, odnosno primjene druge prekršajne sankcije.

4. Disciplinske sankcije koje se mogu izreći liječniku su mjere i kazne, i to: ukor, javni ukor, novčana kazna, privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad od mjesec dana do godine dana te trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad. Navedene mjere i kazne izriču se za teže disciplinske povrede.

Za lakše disciplinske povrede liječniku se mogu izreći opomena i novčana kazna.

Uz svaku mjeru i kaznu, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad, liječniku se može odrediti disciplinska mjera dodatne izobrazbe.

Disciplinska mjera oduzimanja odobrenja za samostalan rad može se izreći uvjetno s rokom kušnje od 6 mjeseci do dvije godine.

5. U ovom kontekstu potrebno je spomenuti i posljedice koje mogu nastati s osnova kršenja ugovora o radu pa posljedično tomu može doći do prestanka radnog odnosa, kao i obveze radnika da poslodavcu naknadi nastalu štetu. Na pitanja u svezi s ugovorom o radu primjenjuju se opći propisi građanskog prava.

Uloga Hrvatske liječničke komore

Upravo zbog činjenice da, sukladno odredbama svog Statuta štiti prava i zastupa interese liječnika, unapređuje liječničku djelatnost, brine se za ugled liječnika i pravilno obavljanje liječničkog zvanja, Hrvatska liječnička komora svom članstvu omogućava savjetodavno-pravnu pomoć iz staleške problematike.[7] U ovu kategoriju spada i pružanje savjetodavno-pravne pomoći u slučaju prijetećeg spora u kojem se radi o utvrđivanju profesionalne odgovornosti. Kako sukladno propisima Komora nije ovlaštena zastupati svoje članove pojedinačno u postupcima za utvrđivanje profesionalne odgovornosti, osigurala je svom članstvu mogućnost da se za postupke koji se vode pred nadležnim sudovima, koriste besplatnim pravnim savjetovanjem u ugovorenim specijaliziranim odvjetničkim uredima te da ako žele, pod povoljnijim uvjetima angažiraju ugovorene odvjetničke urede za zastupanje pred sudovima.

Isto tako Komora se zalaže za pronalaženje i ustrojavanje što kvalitetnijeg modela osiguranja od profesionalne odgovornosti koji bi omogućio da liječnici bez dodatnog opterećenja obavljaju svoj složeni i odgovorni posao.

Interes pojedinca i društva u cjelini zahtijeva proširenje odgovornosti za neadekvatno pružanje medicinskih usluga. Međutim, ono što se može podvesti pod pojam neadekvatnog pružanja medicinskih usluga ne mora uvijek imati osnove u lošoj kvaliteti profesionalca već može također biti produkt loše organizacije zdravstvenog sustava za što nisu izvorno odgovorni liječnici koji pružaju zdravstvenu uslugu. Preširoko postavljene granice profesionalne odgovornosti mogu rezultirati tzv. defenzivnom medicinom, padom interesa za odabir liječničkog poziva i potaknuti širenje problema nedostatka liječnika.

Kako se, s druge strane, i sama javlja u ulozi nadležne institucije za vođenje postupka u kojem se utvrđuje profesionalna odgovornost, a što proizlazi iz dodijeljene joj javne ovlasti izdavanja, obnavljanja i oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), često je i sama izložena neopravdanim napadima izvana zbog »premalog broja oduzetih licenci«.

No, analizirajući vrste mogućih sankcija, opravdano je zaključiti da moguća najteža kazna koju je ovlaštena izreći Komora, a to je oduzimanje licence, zapravo znači profesionalnu smrt. Stoga je odgovornost za donošenje takvih sankcija izuzetno velika i u biti predstavlja izopćenje iz staleža i profesije. Za ovakvu odluku zasigurno treba imati čvrste argumente i valjane razloge što laička javnost u najvećem broju slučajeva ne percipira s dovoljno razumijevanja, pogotovo u situacijama kad se pripadnici profesije unaprijed smatraju krivcima, a da najčešće još i nije pokrenut postupak za utvrđivanje profesionalne odgovornosti.

Prateći trendove i nova zakonodavna rješenja, Hrvatska liječnička komora će zasigurno i dalje upozoravati na sve moguće negativne posljedice za svoje članstvo, ali i društvo u cjelini te nastojati da se na odgovarajući način uravnoteže međusobno suprotstavljeni zahtjevi, a pripadnicima ove ponajprije humane profesije osigura neometano bavljenje medicinom.

Zaključak

Pripadnici medicinske struke jesu profesionalci čija je profesionalna odgovornost, sukladno propisima RH, podvrgnuta mogućem utvrđivanju u četiri različite vrste postupaka. Svaki od ovih postupaka vodi se neovisno o ostalima. To znači da, teoretski, procjena profesionalne odgovornosti gotovo istovremeno može biti vođena u svakom od spomenutih područja: kaznenom, građanskopravnom, prekršajnom i disciplinskom te u svakom od njih počinitelju može biti izrečena zasebna sankcija.

Za vođenje ovih postupaka nadležna su različita tijela, i to: redoviti sudovi, kazneni, građanski i prekršajni te nadležna tijela strukovnih organizacija.

Važno je istaknuti poseban položaj strukovne organizacije, Hrvatske liječničke komore, koja osim uloge nadležnog tijela za provođenje sankcioniranja, primarno predstavlja organizaciju koja štiti prava i zastupa interese liječnika.

LITERATURA

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne Novine br. 121/03, 85/06.
2. *Petrić S.* Problem pravne osnove profesionalne odgovornosti za štetu. Zbornik Pravnog fakulteta u Rijeci, 2004;25.
3. Kazneni zakon (NN br. 110/97, 129/00, 51/01, 111/03, 105/04, 84/05, 71/06).
4. *Marijan R.* Kaznena odgovornost liječnika. Zagreb, Hrvatska pravna revija, 2008;6.
5. *Klarić P, Vedriš M.* Građansko pravo. Zagreb, Narodne novine, 2006.
6. Zakon o prekršajima. Narodne Novine br. 88/02.
7. Zakon o liječništvu. Narodne Novine br. 121/03.
8. Statut Hrvatske liječničke komore. Narodne Novine br. 55/08.

MEDICINSKO VJEŠTAČENJE U OPSTETRICIJI

MEDICAL FORENSIC EXPERTISE IN OBSTETRICS

DUBRAVKO HABEK*

Deskriptori: Porodništvo – zakonodavstvo; Vještačenje; Nesavjesno liječenje – zakonodavstvo; Zakonska odgovornost

Sažetak. Opstetricija je struka najvišeg rizika i često hitnih nepredvidivih stanja koja sa sobom nose brojne stručne, jurističke i moralne posljedice. Forenzička opstetricija temelji se na načelima dobre kliničke prakse – smjernicama suvremene opstetricije *(state of the art)* i etičko-deontoloških načela uzimajući u obzir sve subjekte u tijeku forenzičke ekspertize. Najčešći problemi medicinskih ekspertiza u opstetriciji jesu perinatalna hipoksija, prematuritet, distocija ramena, nepotrebna medikacija, porod nakon prethodnog carskog reza, porod u stavu zatkom, porod carskim rezom i carski rez na želju. Posebno se razmatra i odnos porodničar-primalja.

Descriptors: Obstetrics – legislation and jurisprudence; Expert testimona; Malpractice – legislation and jurisprudence; Liability, legal

Summary. Obstetrics is a profession where high risk and unpredictable emergency conditions are frequently encountered, potentially entailing numerous professional, legal and moral consequences. Forensic obstetrics is based on good clinical practice, state-of-the-art and ethical-deontological principles, while taking in consideration all subjects involved in the procedure of forensic expertise. The most common problems of medical expertise in obstetrics include perinatal hypoxia, premature delivery, shoulder dystocia, unnecessary medication, delivery after previous Cesarean section, breach delivery, delivery by Cesarean section and Cesarean section on demand. In addition, the obstetrician to midwife relation is discussed.

Liječ Vjesn 2008;130:297–302

Zdravstveno pravo (njem. *Gesundheitsrecht*) u razvijenim zemljama svijeta nositelj je pravnomedicinskih i osiguravateljskih tumačenja i rješenja svakodnevnih zdravstveno-juristićkih problema. U užem smislu njega čine medicinsko, bolničko, liječničko, sestrinsko, primaljsko i ljekarničko pravo s aktualnim zakonskim odredbama, revizijama i komentarima.[1] Među najuređenijim i priznatim zdravstvenim zakonima koji su vladali stoljeće i pol na našim prostorima bio jest *»Constitutio normativa rei sanitatis«* (*»Normativum sanitatis«*), koji je objavila 17. rujna 1770. carica i kraljica *Marija Terezija* s ministrom zdravstva i carskim savjetnikom *dr. Gerhardtom van Swietenom.* Ovaj je zdravstveni propis stupio na snagu u svim pokrajinama i zemljama carevine (kraljevine), vrijedio je kako za vojne tako i za civilne uprave, a bio je toliko pedantan i praktično primjenjiv da su ga prihvatile i druge dvorske kancelarije tadašnje Europe. Između ostalih propisuje rad liječnika, kirurga-ranarnika, ljekarnika i primalja, sa svim zakonskim ovlastima.[2]

Forenzički problemi u opstetriciji mijenjali su se kroz desetljeća. Nekada eskalirani problem kriminalnih pobačaja s vrlo visokim mortalitetom u drugačijoj konstelaciji od današnjeg pojma, teški oblici Rh-izoimunizacije, teške neotkrivene malformacije, danas zamjenjuje perinatalno oštećenje djeteta. Pojam opstetričke pogreške (*obstetrical malpractice*) bio je poznat.[2–5]

U nas je situacija poimanja zdravstvenog prava uopće, forenzičke opstetricije i medicinskog vještačenja zadnjih godina nešto pomaknuta od nulte točke usvajanjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakona o liječništvu i ostalih pravilnika. Tanka je poveznica razgraničavanja između forenzike, deontologije, etike i kliničke struke, konkretno opstetricije i ginekologije. O općenitim pravilima medicinskih vještačenja i naknadama štete, napose u modelu »defenzivne medicine«[6] vidi u drugim člancima.

U ovom preglednom radu predstavit će se stanje i problemi medicinskog vještačenja u opstetriciji u Hrvatskoj.

Medicinsko vještačenje u opstetriciji

Porodništvo je struka visokog rizika i čestih nepredvidivih situacija koje sa sobom nose brojne stručne, juristićke i moralne posljedice, više nego ostale medicinske specijalnosti. Porodničarske kratkoročne i dugoročne posljedice imaju velik broj sudskih sporova s ekstremno visokim odštetnim zahtjevima.[7,25] Poznat je, primjerice, sudski spor u Njemačkoj gdje su za teško oštećeno dijete u porodu (engl. *birth injury*) dosuđena 3 milijuna DEM kroz 15 godina.[7] Postoje i drugi prikazi dosuđenih iznosa po potraživanju roditelja teško oštećenog djeteta u porodu (specificiranih troškova struje, telefona, dječje njegovateljice, plina, hrane, troškova prijevoza automobilom, troškova perilice rublja itd.) u iznosu općih troškova 10.000 funti, specijalnih troškova 24.335,98 funti itd.;[25] radi lokalne alergije na flaster radi fiksacije intravenske infuzije oštećenoj babinjači dosuđeni iznos iznosio je 3000 funti.[25] I u nas su odštetni zahtjevi vrlo visoki od nekoliko tisuća do milijuna kuna. Najčešći opstetrički forenzički problemi predstavljeni su na tablici 1.

Medicinsko-juristički, liječnička se odgovornost može svesti na nekoliko sastavnica:

1. liječnička greška – podrazumijeva povredu pravila zdravstvene struke i dobre kliničke prakse (tzv. profesionalni propust – engl. *negligence, malpractice,* njem. *Behandlungsfehler*), a uključuje nesavjesno liječenje (čl. 240. KZ RH) i prouzročenje smrti iz nehaja (čl. 95. KZ RH).

Medicinska pogreška definirana je svakim postupkom liječnika (zdravstvenog djelatnika) koji nije u skladu s prihvaćenim standardima dobre medicinske prakse u njegovoj

* **Klinika za ginekologiju i porodništvo Opće bolnice »Sveti Duh« i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu** (dr. sc. Dubravko Habek, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. D. Habek, Klinika za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta i Opće bolnice »Sveti Duh«, Sveti Duh 64, 10 000 Zagreb

Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

Tablica 1. *Najčešći opstetrički forenzički problemi*
Table 1. *Obstetrical forensical problems*

• Distocija ramena / Shoulder dystocia
• Fetalna hipoksija / Fetal hypoxia
• Perinatalna smrt / Perinatal death (intrauterine fetal death, neonatal death)
• Maternalna smrt / Maternal death
• Prematuritet / Prematurity
• Cerebralna paraliza / Cerebral palsy
• Peripartalna ozljeda djeteta (non-CNS and CNS injuries)
• / Child peripartal injury
• Peripartalna ozljeda majke / Maternal peripartal injury
• Operacijske komplikacije / Perioperative complications
• Postoperacijske komplikacije / Postoperative complications
• Umišljena trudnoća / Pseudocesis
• Lažna trudnoća / False pregnancy
• Skrivena trudnoća / Denied pregnancy
• Čedomorstvo / Infanticide
• Kriminalni pobačaj / Criminal abortion

specijalnosti, a koji postupak rezultira štetnom posljedicom za pacijenta.

Sama liječnička greška u užem smislu podrazumijeva grešku u dijagnostici (njem. *Diagnosefehler*), grešku u liječenju (njem. *Therapiefehler*), grešku u rehabilitaciji, grešku zbog neadekvatne informacije pacijentu. Empirijsko liječenje i liječenje nedokazanim metodama koje izaziva oštećenje zdravlja kvalificira se kao liječnička greška.[5,6] Primjerice, liječenje hipertenzivne bolesti u trudnoći fursemidom, apaurinom i ormidolom tijekom kojega je razvijen teški zastoj fetalnoga rasta i anhidramnij primjer je »liječenja« nedokazanim i štetnim lijekovima. Prouzročenje smrti iz nehaja jest, primjerice, neprepoznato prsnuće jetre u trudnoći i akutni abdomen s posljedičnim iskrvarenjem ili pak neprepoznato prsnuće maternice zbog poprečnoga položaja sa smrću rodilje i djeteta.

2. liječenje bez pristanka pacijenta – samovoljno liječenje (čl. 241. KZ)

Pristanak je nevažeći na zahvate koji su protupravni (protupravni prekid trudnoće), na zahvate koji su napravljeni protivno pravilima struke i na zahvate koji nisu medicinski indicirani. Poznat je potonji primjer abdominalne histerektomije s obostranom adneksektomijom kod prve epizode predmenopauzalnog krvarenja u 42. godini života s posljedičnom ranom menopauzom, dispareunijom, kroničnom zdjeličnom boli; nije učinjena hormonska obrada, ultrazvučni nalaz bio je uredan, patohistološki nalaz upućuje na urednu strukturu maternice i zdrave adneksa. Također, nevažeće su i odredbe o (pisanom) informiranom pristanku kojima se otklanja odgovornost liječnika ili se umanjuje neko pravo pacijenta (odreknuće od tužbe).[5]

3. povreda obveze pružanja hitne medicinske pomoći – nepružanje medicinske pomoći (čl. 243. KZ)
4. nedozvoljeno presađivanje dijelova ljudskog tijela (čl. 242. KZ)

Nakon neželjenog događaja pokreću se postupci za dokazivanje odgovornosti na nekoliko razina, koji mogu zatražiti bolesnica, obitelj (pokojne) bolesnice, stručna društva, šefovi odjela, Općinsko i Županijsko državno odvjetništvo... Poznate su sljedeće vrste odgovornosti: kaznena odgovornost (Kazneni zakon), prekršajna i disciplinska odgovornost (Zakon o liječništvu, Zakon o zaštiti prava pacijenata), disciplinska odgovornost (poslodavac). Nakon predistražnih ili istražnih radnji, skupljanja dokaza, intervjua i uvida u medicinsku dokumentaciju, stručna tijela ili povjerenstva daju svoja mišljenja ili vještačenja o konkretnom slučaju. Navedena mišljenja ili vještačenja daju povjerenstva zdravstvenih ustanova imenovanih od ravnatelja (Povjerenstva za unutarnji nadzor, Povjerenstva za stručni nadzor), Hrvatsko društvo za medicinska vještačenja Hrvatskoga liječničkog zbora (HDMV), Povjerenstvo za stručni nadzor Hrvatske liječničke komore (HLK), Odbor za sudbena mišljenja Medicinskog fakulteta, sudski vještaci općinskih ili županijskih sudova i rijetko, Stručna društva. Nerijetko se paralelno skupljaju ili pokreću postupci u jednom slučaju pred više navedenih tijela, što izaziva neviđenu konfuziju mišljenja i vještačenja, a cijeli se proces pretvara u nehumanu trakavicu kako za tužitelje tako i za tuženike.

U okviru svjetskih stručnih društava ginekologije i opstetricije postoje sekcije forenzičke ginekologije i opstetricije. Tako ACOG u svojim sekcijama ima *The American Society of Forensic Obstetricians and Gynecologists (ASFOG)* s popisom svih sudskih vještaka iz forenzičke ginekologije i opstetricije i uže specijalnosti. U smjernicama Njemačkoga društva ginekologa i opstetričara (DGGG) postoje jasne smjernice s komentarom medicinskoga prava (*Medizinrecht*) iz aktualnih porodničarskih i ginekoloških problema.[8] Usko je specificirana činjenica što je liječnička pogreška, a što komplikacija.

Medicinski vještaci iz opstetricije i ginekologije u Hrvatskoj imenuju se i na općinskim i županijskim sudovima polaganjem zakletve sudskih vještaka na sudu kojemu gravitira mjesto življenja vještaka. U HDMV-u postoje kompetentni sudski eksperti za forenzičku ginekologiju i opstetriciju koji izrađuju vještva za potrebe hrvatskih i inozemnih sudova. U principu, sudskomedicinski vještak trebao bi biti etablirani specijalist ili supspecijalist i priznati stručnjak te imati završeni poslijediplomski tečaj I. kategorije iz vještačenja u parničnom postupku koji organiziraju HDMV i HLK. Premda su svi sudski vještaci upisani u sudačku mrežu Hrvatske (kako je uobičajeno i u drugim zemljama), pojedini suci mogu imenovati i imenuju po vlastitoj želji i medicinske vještake iz redova poznatih stručnjaka svoje struke. Međutim, poznato je da je kompetencija vještaka i kvaliteta vještačenja povezana s brojem izrade vještva; tako postoji veći broj vještaka inauguriranih u sudske vještake iz opstetricije i ginekologije bez ijednog predmeta vještačenja duži niz godina, odnosno od kada su imenovani vještacima. Medicinsko vještačenje iz opstetricije mora se temeljiti na svim aktualnim zakonskim propisima, pravilnicima, smjernicama stručnih društava i recentnoj literaturi.[8,9] Kako u Hrvatskoj uglavnom ne postoje smjernice za kliničku praksu, većina vještaka koristi se postojećim smjernicama svjetskih (i europskih) stručnih društava koje se neznatno razlikuju.

Poštivanje stručnih smjernica u radu rezultira dobrom kliničkom praksom. Rijetki će se slučajevi morati zaključiti temeljem drugih presuda ili sudske prakse. Forenzička opstetricija i ginekologija usko je povezana s kriminologijom, viktimologijom, seksualnim deliktima, psihijatrijom i pedijatrijom.

Deontološka načela vještačenja nalažu svijest o profesiji, neovisnost profesije o autoritetu vlasti i društvene zajednice, samosvojnost same profesije i otimanje od čimbenika ugrožavanja profesije (sukob interesa, korupcija, profesionalna izopačenost), o čemu postoje zasebne publikacije i diskusije.[10]

Forenzički problemi u opstetriciji

Komplikacije tijekom trudnoće, poroda i babinja najosjetljiviji su i najčešći primjeri dugotrajnih forenzičkih ekspertiza i naknada štete u zemlji i inozemstvu, a komplika-

Tablica 2. *Mogući majčinski, fetalni i organizacijski čimbenici kliničkog rizika*
Table 2. *Possible maternal, fetal and organisations clinical risk factors*

Majčinski čimbenici rizika Maternal risk factors	Fetalno-neonatalni čimbenici rizika Fetal-neonatal risk factors	Organizacijski čimbenici rizika Organizational risk factors
Gubitak krvi > 1500 mL / Blood loss > 1500 mL	Apgar score < 5 / 5' / Apgar < 5/5'	Anesteziološke komplikacije / Anaesthetic complications
Akcidenti s pupkovinom / Cord accidents	Porodna ozljeda / Birth trauma	Čekanje na carski rez > 20 min. / Delay > 20 min for emergency CS
Duboka venska tromboza / Deep venous thrombosis	pH pupčane krvi < 7,2 / cord pH < 7,2	Čekanje laboratorijskih nalaza / Delay in laboratory findings
Produljeni porod / Protracted delivery	novorođenačka smrt / neonatal death	Čekanje asistencije / Delay following call for assistance
Produljeno II. porodno doba / Protracted IInd delivery phase	mrtvorođenost / stillbirth	Laboritis / Laboritis
Eklampsija / Eclampsia	distocija ramena / shoulder dystocia	Infekcija HBV-om, HCV-om, HIV-om / HBV, HCV, HIV infections
Peripartalna histerektomija / Peripartal hysterectomy	fetalna hipotrofija / fetal hypotrophy	Interpersonalni konflikt / Interpersonal conflict
Liječenje u JIL / ICU therapy	neotkrivene fetalne anomalije / undetected fetal anomaly	Retinirani instrument / Retained instrument
Majčina smrt / Maternal death	terminsko dijete u NICU / term baby admitted to NICU	Retinirani tupfer / Retained swab
Opstetrički šok / Obstetric shock		Infekcija / Infection
Opstetrički embolizam / Obstetric embolism		Anafilaksija / anaphylaxis
Prsnuće međice III./IV. st. / III/IV degree tear		Bol / Pain
Neuspjeli VE ili forceps / Unsuccessful forceps/ ventouse		Kršenje stručnih smjernica / Violation of guideline/protocol
Prsnuće maternice / Uterine rupture		Greške u administraciji / Administration error

Kratice – abbreviationes:
ICU – intensive care unit, NICU – neonatal intensive care unit, HBV – hepatitis B virus, HCV – hepatitis C virus, HIV – human immunodeficiency virus

cije hitnih peripartalnih zbivanja, poput distocije fetalnih ramena i perakutne peripartalne asfiksije, kao uglavnom nepredvidivih situacija, jesu stanja s visokim perinatalnim i maternalnim morbiditetom i mortalitetom. Većinu hitnih stanja u porodništvu, napose onih tijekom poroda, nije moguće predvidjeti i samim tim, rodilju, nerođeno dijete i porodničara postavlja u klinički rizik. Na tablici 2. dan je pregled mogućih čimbenika kliničkog rizika u opstetriciji na koje je moguće djelovati, analizirati ih i spriječiti komplikacije. Najviše sudskih sporova (litigacija) iz porodništva odnosi se na fetalni distres i distociju ramena.[5,11]

1. Fetalni distres ili perinatalna asfiksija čest je razlog pokretanja sudskih sporova, a forenzička perinatologija treba razjasniti posljedične veze nepovoljnih perinatalnih zbivanja i nastanka asfiksije s ranim i kasnim posljedicama, od minimalno cerebralne disfunkcije do cerebralne paralize kao medicinskog, socijalnog i društvenog hendikepa za pojedinca i obitelj. Naime, dobro je poznato da desetljećima učestalost cerebralne paralize nije smanjena (2–3/1000 djece), da se više od 80% perinatalnog oštećenja mozga zbiva tijekom intrauterinog razdoblja, odnosno trudnoće, a ostalo intrapartalno i postpartalno. Kao uzrok perinatalnog oštećenja mozga navode se prematuritet, hipoksično/ishemična oštećenja mozga te posebice intrauterina infekcija (amnioinfekcijski sindrom). Suvremenim metodama antenatalne dijagnostike, poput doplersonografije i fetalnoga biofizikalnog profila moguće je u velikom broju prepoznati i pratiti ugroženu djecu s posebnom intenzivnom skrbi za vrijeme poroda i postnatalno, dok je poznato da samo kardiotokografski nadzor ploda nije dostatan u praćenju trudnoća ugroženih kroničnom hipoksijom.[12,13]

2. Premda je incidencija distocije ramena 0,2–2% na ukupan broj vaginalnih poroda, peripartalne i dugoročne komplikacije kod distocije ramena, visoki je broj forenzičkih ekspertiza i veći od drugih opstetričkih vaginalnih hitnoća poput onih kod poroda zatkom, vaginalnih asistiranih poroda vakuumskom ekstrakcijom i/ili forcepsom. Distocija ramena je nepredvidiva i neočekivana intrapartalna hitnoća. Ni jedna forenzička studija nije mogla unaprijed predvidjeti oštećenja čeda zbog distocije ramena ili opstetričkih postupaka te lošega perinatalnog ishoda. Prevencija distocije ramena uglavnom nije moguća. Dobra antenatalna skrb može katkada izuzeti rizične slučajeve distocije ramena. Sve rodilje imaju rizik od nastanka distocije ramena. Neadekvatno prepoznavanje distocije ramena te uporaba, primjerice, Kristellerova hvata za oslobađanje ramena, nije stručno opravdana i smatra se liječničkom pogreškom. S juristističkog, forenzičkog, stručno-opstetričkog i moralno-etičkog aspekta obveza je distociju ramena registrirati i pravilno dokumentirati. Opstetričke postupke treba trenirati tijekom edukacijskih tečajeva ili u sklopu specijalizacija.[14–24]

3. Vaginalni porod nakon carskoga reza potencijalno je rizičan zbog mogućeg nastanka rupture uterusa na ožiljku u rasponu od 0,3 do 2,0%. Međutim, klinička je praksa dokazala na brojnim studijama da se pravilnim antenatalnim probirom trudnica ovaj postotak mogućih intrapartalnih ruptura može smanjiti na minimalni broj. Te mjere uključuju: ultrazvučnu procjenu ožiljka maternice, pelvimetriju i procjenu tjelesne težine, stava i namještaja djeteta. Treba biti oprezan kod uporabe uterotoničkih sredstava za stimulaciju ili augmentaciju poroda, poput oksitocina i prostaglandinskih preparata, a porod treba kontinuirano nadzirati kardiotokografijom. Forenzički je štetna radnja vođenje poroda nakon prethodnoga carskog reza bez procjene ožiljka maternice i intenzivna oksitocinska stimulacija.[12,15,24–26]

4. Temeljni uvjeti za vaginalno rađanje zatka jesu: procjena tjelesne težine ploda na ispod 3800 g, uredna pelvimetrija, dorzoanteriorni namještaj, jednostavni (ili složeni) stav zatkom, flektirana glavica, uredan biofizikalni profil ploda. Tijekom poroda zatka treba primjeniti one hvatove s najmanjim mogućim rizikom intervencija, poput pasivnog ili minimalno asistiranog poroda zatka (Thiessen, Bracht, Vermelin). Vaginalni porod u stavu zatkom može biti rizičan u neprobranim slučajevima i kada porod vodi neiskusan porodničar. Naime, postoje intrapartalna hitna stanja u stavu zatkom (retinirane ručice, deflektirana glavica, kompresija pupkovine, akutna hipoksija) koja može riješiti samo uvježban i iskusan porodničar.[12,15,24–28]

5. Nepotrebna medikacija (polipragmazija) i zahvati u porodništvu. Pri propisivanju lijekova u trudnoći, porodu i babinju potrebno je voditi se dokazanom djelotvornošću i neštetnošću lijekova i kautela kliničke farmakologije.[5,24,29] Štetnom radnjom smatra se propisivanje lijekova u trudnoći koji nemaju opravdanu i dokazanu korist, napose štetno djelovanje na fetoplacentarnu jedinicu (benzodiazepini, neki beta-blokatori). Pri tome se upire na, u Hrvatskoj, gotovo obligatno propisivanje benzodiazepina diazepama (Normabel, Apaurin) u trudnoći, koji je ne samo zabranjen nego i dokazano štetan po svim smjernicama stručnih društava i FDA-klasifikacijama. Često rabljen i nekritičan Kristellerov hvat te obligatna uporaba epiziotomija pri normalnim porodima nije stručno opravdana, a kod nastalih komplikacija u svezi s ovim zahvatima može biti forenzički konzekventna, što je u forenzičkom svjetlu uzelo znatnog zamaha.

6. Neotkrivene malformacije i neadekvatna skrb visokorizičnih trudnoća. Poznato je da je ultrazvučna dijagnostika otvorila nove mogućnosti unatrag tri desetljeća u perinatologiji i ginekologiji i da je sastavni dio svakodnevnog rada, a neotkrivene malformacije mogu biti razlogom forenzičkih ekspertiza.

7. Recentni radovi upozoravaju na grešku umijeća (lat. *vitium artis,* njem. *Kunstfehler*) prilikom analgosedacije kod manjih intervencija. Naime, njemački autori ozbiljno upozoravaju na neugodne i za život opasne organizacijske i stručne propuste gdje prilikom endoskopskih operacija jedan liječnik istovremeno analgosedira, a potom i obavlja pretragu.[30] Ovakva je praksa u nas običajna, što znači da uobičajeno ginekolog-porodničar ordinira intravensku analgosedaciju (u kombinaciji s paracervikalnom analgezijom), a potom obavlja zahvat. Da je situacija u nas još kritičnija, govori podatak da liječnik ordinira najčešće srednjoj medicinskoj sestri ovakav vid intravenske analgosedacije, a znano je i zakonski predodređeno ordiniranje i davanje intravenskih injekcija isključivo liječniku, iznimno u intenzivnim jedinicama, višim medicinskim sestrama.

8. Carski rez na želju (njem. *Wunschsectio*), za razliku od drugih zemalja u hrvatskim zakonima i pravilnicima ne postoji kao specijalna medicinsko-juristička kategorija, pa se prema tome o ovom pojmu u sadašnjim nacionalnim okvirima ne može diskutirati. U Sloveniji, zemlji s niskim postotkom perinatalnog pomora i niskim postotkom carskih rezova uopće i poznatom klasičnom opstetricijom, ovaj zahvat aktualni zakoni ne poznaju, te se s ovom klauzulom ne izvodi. Jesu li carski rezovi na želju u Hrvatskoj prekriveni visoko proširenim indikacijama za ovaj zahvat, moglo bi se diskutirati. No, forenzički mora postojati jasna indikacija za kirurški zahvat. U »opstetrički liberalnijim« zemljama vrlo je rigidno i do detalja predočena medicinsko-juristička dokumentacija koju temeljem aktualnih pravnih i osiguravateljskih propisa, rodilja ili oba roditelja potpisuju prije samoga zahvata.[6,28] I uz postojanje carskoga reza na želju ukupni je postotak carskih rezova u velikim europskim klinikama 20–30%, s time da je oko polovice carskoga reza na želju. Što zaključiti u našim rodilištima gdje je raspon carskih rezova od niskih 8% do ekstremnih >30%?[26] Pravno-medicinske smjernice Njemačkog društva za ginekologiju i porodništvo (DGGG) upozoravaju na povećani rizik od placente previje i invazivne placentacije (placente akrete, inkrete, prekrete) u poroda dovršenih carskim rezom sa svim svojim posljedicama, što nosi visok klinički rizik i moguće forenzičke posljedice.[8] Pitanje je u kojoj je mjeri povišenje incidencije carskog reza izvan normalnih medicinskih okvira doista siguran način poroda![8,31–33]

9. Ozljede rodilje u porodu koji uključuje neprepoznato prsnuće maternice s opstetričkim šokom, prsnuće dna zdjelišta s neadekvatnim zbrinjavanjem, dugoročne posljedice prsnuća međice (III. stupanj) i rektuma (IV. stupanj) s inkontinencijom stolice, uz epiziotomiju ili bez nje...[45] Komplikacije kirurških zahvata, anestezije, uporabe niskomolekularnog heparina sa smrtnim ishodom, postpartalnih iskrvarenja, poznati su forenzički procesi.[12,24,25,32,34–36]

10. Odnos porodničar-primalja. U većini zemalja svijeta gdje primaljstvo nije zatrto tijekom povijesti, postoje zakonski okviri primaljstva, kao i svake druge zdravstvene struke. Kako u Hrvatskoj još ne postoje školovane primalje po standardima Europske unije (aktualno upisana II. generacija izvanrednog studija primaljstva u Rijeci), ne postoji Primaljska komora (naše sadašnje primalje imaju razred u Sestrinskoj komori), ne postoji Zakon o primaljstvu, juristički i praktički (običajno) proizlazi i jest pri fiziološkim (»primaljskim«) porodima i vođenju normalnih trudnoća, aktivan i nazočan uvijek liječnik, specijalizant ili specijalist porodničar. Ova činjenica podrazumijeva direktnu odgovornost liječnika pri svakom fiziološkom porodu, a današnje primalje sa srednjom stručnom spremom imaju status liječničkih (primaljskih) pomoćnica, kako ih citira prijedlog Zakona o primaljstvu. Navedeni problem odnosi se na svakodnevnu situaciju – urezivanje epiziotomije od strane primalje, intravensko ordiniranje uterotonika, infuzije sintocinona... Naime, medicinski i forenzički, epiziotomija je kirurški zahvat, pa polazeći od ove činjenice, primalja ne smije operirati. No, ako se ozakoni obavljanje ovoga zahvata od strane primalje, kako i jest u nekim europskim zemljama, onda primalja epiziotomiju treba zbrinuti do kraja, odnosno ušiti ju. U Hrvatskoj je poznat slučaj forenzičke ekspertize teškoga perinealnog celulitisa nakon epiziotomije koju je učinila primalja, a specijalizant ušio. Ovaj slučaj otvorio je brojne dileme tada starog ali jasnog Zakona o zdravstvenoj zaštiti te Pravilnika o vještinama i umijeću pojedinih zdravstvenih djelatnika. Poznato je da u Francuskoj, primjerice, primalje imaju takvu edukaciju, pa im zakon omogućava obavljanje epiziotomije, šivanja međice i epiziotomije te ručnog ljuštenja posteljice.[37]

Pozitivni pomaci razvoja hrvatskog primaljstva sugeriraju školovane primalje, što prije uvođenje u klinički rad u njihovim zakonskim okvirima i tada tek pravu pomoć zdravstvenoj skrbi trudnica, rodilja, babinjača i novorođenčadi, a i samom sustavu zdravstva u cjelini. Ovim će se uključivanjem konačno primalje postaviti iz dosadašnje sjene »vođenja poroda« u pravi okvir, stručnog ali i forenzičkog mnijenja, koji do sada tijekom brojnih forenzičkih opstetričkih ekspertiza nismo (običajnim pravom) tumačili ili dokazivali. U svijetu forenzičke opstetricije brojni su juristički slučajevi s direktnom implikacijom i ulogom primalje prilikom vođenja poroda, poroda u kući, (ne)prepoznavanja komplikacija te peripartalnih ozljeda majke i djeteta. Premda je do detalja uređena sudska i osiguravateljska strana primaljstva, i dalje su otvorena brojna pitanja u primaljstvu, koja se razlikuju u sudskim praksama pojedinih sudova u Europi, primjerice odgovornosti tzv. pozvanih ili stalno zaposlenih primalja u državnim bolnicama.[25,36–41] Poznat je i podatak od 0,53% DR u Birmingham Women's Hospitalu gdje je 74% distocija ramena riješila primalja, a ostatak opstetričar. Primalja mora znati i preuzeti odgovornost za distociju ramena u sredinama gdje samostalno vodi normalni porod i ondje gdje su minimalni opstetrički uvjeti.[25,32] Tako je u slučaju primalje koja nije primjenila adekvatne hvatove pri distociji ramena, forenzički dokazana njezina

krivnja uz 75.000 funti procjene štete za ozljedu, njegu djeteta te okupacijsku terapiju.[41] Dijete je rođeno s Duchenne-Erbovom brahioparezom, dislokacijom humeroskapularnog zgloba te s posljedičnom stražnjom glenohumeralnom kontrakturom i limitiranom skapularnom rotacijom s fleksijskim deformitetom. Vanjske primarne hvatove uz blagu trakciju glavice u nas može primijeniti primalja, dok sve ostale hvatove treba shvatiti kao opstetričku operaciju i preuzima ju opstetričar.

Zaključak

Permanentna je edukacija porodničara i primalja temeljni preduvjet smanjenja sve većeg broja odštetnih zahtjeva i tužbi radi naknade štete. Tzv. kontrolom rizika možemo kontrolirati osiguranje od pravnih posljedica za pojedinca i medicinsku ustanovu (litigacija) te unaprjeđenje zdravstvene skrbi, što podrazumijeva: identifikaciju rizika, analizu rizika, kontrolu rizika i financijski aspekt rizika, čime će se reducirati negativne posljedice za pacijenta, medicinsko osoblje i medicinsku ustanovu te osigurati minimalna mogućnost ponavljanja istog događaja.[9,12,27,42,43]

Mogući rizik u opstetriciji može se kontrolirati s pomoću sljedećih sastavnica:

1. edukacija porodničara i primalja trajnim tečajevima s treningom vještina, a time i kompetentnost u struci. Neizvježbanost u porodničkim intervencijama, napose onim hitnim intrapartalnim (vakuumska ekstrakcija, porod zatkom, distocija ramena, interpretacija CTG-a, reanimacija majke i djeteta, postupci kod postpartalnih metroragija, ispadanja pupkovine) povlače za sobom neiskustvo i nemogućnost obavljanja poslova i vještina hitne opstetricije sa svim posljedicama.[12,42–44] Temeljem navedenoga u Njemačkoj postoji tzv. *Kreisssaalzertifikat* koji uključuje dobro istrenirane porodničare za svakodnevni rad u rađaonici. Opstetričke urgencije zahtijevaju permanentni trening. Kompetencija za rad u rađaonici[27,45] u zapadnoeuropskim je zemljama obveza stručnih društava i trajne edukacije opstetričara i primalja.
2. edukacija pacijenta: *potpisani informirani pristanak pacijentice* na određene postupke i zahvate tijekom bolničkog liječenja (npr. histerektomiju, carski rez), a ne samo »potpisani pristanak« na generalizirani, opći obrazac tijekom bolničkog liječenja. Naime, u informiranom pristanku jasno su objašnjene indikacije, tehnike, moguće komplikacije pojedinih metoda liječenja i kirurških zahvata, a ovakav se dokument smatra forenzički relevantnim. Naravno da će hitna porodnička stanja (npr. krvareća placenta previja, kardiopulmonalni arest majke u porodu, perakutna intrapartalna asfiksija ploda, prolaps pupkovine) značajno limitirati vrijednost ovakvog »pisanog« dokumenta.
3. pozitivan odnos *»compliance«* liječnik-primalja-rodilja (bolesnica) – međusobno povjerenje, napose u hitnim intrapartalnim situacijama. Bender[6] navodi da je 70% građanskih parnica rezultat psihosocijalnih problema u komunikaciji između liječnika i pacijenta.
4. suvremena medicinska logistika koja podrazumijeva suvremenu medicinsku tehniku i farmakologiju sukladnu spoznajama perinatologije.
5. uredno vođena medicinska dokumentacija, koja je u većini slučajeva nedostatna ili nekompletna.
6. nacionalne smjernice (algoritmi) za pojedine bolesti i stanja temeljene na *evidence based medicine.*

Forenzička se medicina, tako i forenzička opstetricija i ginekologija temelje na načelima dobre kliničke prakse, smjernicama suvremene opstetricije (*state of the art*) i etičko-deontoloških načela uzimajući u obzir sve subjekte u tijeku forenzičke ekspertize. Profesionalnu sigurnost trudnicama, rodiljama (roditeljima) i nerođenoj djeci, kao i porodničarima u slučajevima medicinske litigacije dat će samo sigurna komunikacija s bolesnikom (trudnicom, rodiljom, babinjačom), udrugama o pravima pacijenata, informirani pristanak pacijenta, uredno vođena medicinska dokumentacija, koncept »defenzivne medicine« i, naravno, postupci po *evidence based medicine* koji zahtijevaju kontinuiranu stručnu edukaciju.

LITERATURA

1. *Fehn K.* Die strafrechtliche Bedeutung des ärztlichen Behandlungsfehlers. Gesundheitsrecht 2007;9:384–92.
2. *Habek D.* Povijest primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskoga kraja. Grad Bjelovar, Županija bjelovarsko-bilogorska i Čvor Bjelovar, 2008.
3. *Russel KP.* Forensic obstetrics. Calif Med 1959;91:117–20.
4. *Naujoks H.* On forensic obstetrics. Wien Klin Wochenschr 1959; 109:764–72.
5. *Habek D (ur.).* Iz forenzične ginekologije i opstetricije. Klinička bolnica Osijek; 2003.
6. *Bender HG.* Probleme des ärtzlichen Haftungsrechtes und der Interpretation der Aufklärung. Gynäkologe 2002;35:403–6.
7. *Pelz FJ, Hickl EJ.* Häufige und schadensträchtige Behandlungsfehler in Geburtshilfe und Gynäkologie. Gynäkologe 1999;32:953–9.
8. *Medizinrecht der DGGG.* AWMF 015/046. Plazentationsstörungen bei Status nach Sectio; 2008.
9. *Jonat W, Kreienberg R.* Leitlinien in der Frauenheilkunde – eine Erfolgsgeschichte. Frauenarzt 2007;48:801.
10. *Miličić V.* Deontologija profesije liječnik. Život čovjeka i integritet liječnika-ćudoredna raskrižja bioetike. Zagreb: Sveučilišna tiskara Zagreb; 1996.
11. *Mavroforou A, Koumantakis E, Michalodimitrakis E.* Physicians' liability in obstetrics and gynecology practice. Med Law 2005;24:1–9.
12. *Obstetric Negligence.* A Complete Guide to the Latest Medical Techniques and Legal Developments. London; 2005.
13. *Perlmann JM.* Intrapartum Hypoxic-Ischemic Cerebral Injury and Subsequent cerebral Palsy: Medicolegal Issues. Pediatrics 1997;99:851–9.
14. *Beck L, Weber B.* Die Schulterdystokie in der Beurteilung der Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein:Düsseldorf. Gynäkologe 1998;31:990–1.
15. *Eldering G, Bonifer O, Langer M.* Forensik. U: Schneider H, Husslein P, Schneider KTM (ur.). Geburtshilfe. Berlin-Heidelberg-New York: Springer-Verlag; 2000.
16. *Gross TL, Sokol RJ, Williams MA, Thompson K.* Shoulder dystocia: A fetal- physician risk. Am J Obstet Gynecol 1987;156:1408–18.
17. *Dudenhausen JW.* Die Schulterdystokie – Folgen und Vorgehen. Zentralbl Gynäkol 2001;123:369–74.
18. *Baskett TH, Allen AC.* Perinatal implications of shoulder dystocia. Obstet Gynecol 1995;86:14–7.
19. *Habek D.* Fetal shoulder dystocia. Acta Med Croat 2002;56:57–63.
20. *Gibb CMF.* Shoulder dystocia: the obstetrics. Clin Risk 1995;1:49–54.
21. *Habek D.* Sudsko-forenzični problem distocije fetalnih ramena. U: Habek D, (ur). Iz forenzične ginekologije i opstetricije. Klinička bolnica Osijek, 2003;118–28.
22. *Jung H.* Die Schulterdystokie – Ein geburtshilflich-forensisches und gesellschaftlich-psychologisches Problem. Ztschr Geburtsh Neonat 2002; 75–81.
23. *Noble A.* Brachial plexus injuries and shoulder dystocia: medico-legal commentary and implications. J Obstet Gynaecol 2005;25:105–7.
24. *Clements RV.* Risk Management and Litigation in Obstetrics and Gynaecology. London, RCOG and RSM Press, 2004.
25. *Symon A.* Obstetric Litigation from A-Z. Wiltshire, Quay Books, Mark Allen Publishing Ltd, 2001.
26. *Dražančić A.* Carski rez u svijetu i Hrvatskoj II. Porod zatkom, Višeplodna trudnoća, Posljedice na urogenitalni i analni sustav, Carski rez na zahtjev. Gynaecol Perinatol 2005;14:116–27.
27. *Bauer N, Goerke K, Wiemer A.* Qualitätsicherung in klinischer und auserklinischer Geburtshilfe und Neonatologie. 21. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin. Berlin, 27.–29. 11. 2003.
28. *Hickl EJ, Franzki H.* Indikationen zur Sectio caesarea – Zur Frage der sog. Sectio auf Wunsch. Gynäkologe 2002;35:197–202.
29. *Rotta C, Hilko MJ, Wigge P, Lau U (hrsg.).* Arzneimittel & Recht 2007:4.

30. *Schukte-Sasse U, Brums W.* Sedierung ohne zweiten Arzt – Lebensgefahr für die Patienten. ArztRecht 2007;5:116–24.
31. *Schlund GH.* Juristische Aspekte im Rahmen der Geburtsmedizin. Zentralbl Gynäkol 2003;125:404–8.
32. *Edozien L.* An oportunity for safer childbirth. Clinical Risk 2003;:85.
33. *Brown S.* The hepatitis C litigation; a green light for product liability claims. Clin Risk 2001;7:144–8.
34. *McNeil, Robert J.* Accidental injuries to women – Obstetrical and Gynecological Problems Associated with Damage Claims. Calif Med 1955;83:30–3.
35. *Strehler M, Dettmeyer R, Madea B.* Komplikationen bei subkutaner Injektion niedermolekularen Heparins. Fallberichte über letale Bauchwandhämatome. Rechtsmedizin 2008 (u tisku).
36. *Haushaltshilfe nach Entbindung.* Leitungsrecht der GKV. Gesundheitsrecht 2007;9:429.
37. *Alran S, Sibony O, Oury JF, Luton D, Blot P.* Differences in management and results in term delivery in nine European referral hospitals: descriptive study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002;103:4–13.
38. *Kern BR.* Zum Verhältnis zwischen Geburtshelfer und Hebamme. Gynäkologe 2002;35:293–5.
39. *Wood L.* Clinical Negligence Scheme for Trusts and maternity care: let's redesign services, not patch up to date systems. Clin Risk 2003; 9:86–8.
40. *Fuggle J.* Wrongful birth. AVMA Med Leg J 2001;7:161–2.
41. *Bannister R.* Shoulder dystocia-Erb's palsy. AVMA Med Leg J 2001; 7:163–4.
42. *Penney G.* Managing clinical risk: the RCOG approach. Clin Risk 2003; 9:94–8.
43. *Johnston T.* Minimizing risk: obstetric skills training. Clin Risk 2003; 9:99–102.
44. *Burke C.* Scenario training: how we do it and the lessons we have learned. Clin Risk 2003;9:103–6.
45. *Gross M, Krause M, Stiefel A.* Qualifikation von Geburtshelfer/innen-brauchen wir ein Kreisssaalzertifikat? 21. Deutscher Kongress für Perinatale Medizin. Berlin, 27.–29. 11. 2003.

RAZLIKA IZMEĐU POGREŠKE I KOMPLIKACIJE U NAKNADI ŠTETE

DISTINCTION BETWEEN MEDICAL ERROR AND COMPLICATION IN INDEMNIFICATION OF DAMAGE

HRVOJE ŠOBAT*

Deskriptori: Medicinske pogreške; Liječenje – komplikacije; zakonska odgovornost; Odšteta i naknada

Sažetak. U literaturi su dostupni brojni radovi koji se bave definiranjem razlike između stručne pogreške i komplikacije, što nije uvijek jednostavno ili čak uopće moguće. Kriterije kojima se pri tome služimo određuje razina sveukupnoga medicinskog znanja i složenosti međusobnih odnosa i uvjeta pod kojima se zdravstvena zaštita pruža. Moderna medicina postiže sve bolje rezultate u liječenju sve starije populacije, čija se očekivanja zbog toga opravdano povećavaju. Primjenjuju se sve agresivniji i diferentniji zahvati u dijagnostici i liječenju stanja još donedavno smatranih neizlječivima. Pojedini bolesnici pri tome trpe štetu zbog stručne pogreške ili nepovoljnog ishoda kao posljedice komplikacije ili naravi bolesti. Teškoće na koje nailaze stručnjaci tumačeći uzroke štete često izazivaju zbunjenost i nerazumijevanje šire javnosti i javnih medija, uzrokujući sumnju u objektivnost stručnog mišljenja i narušavajući povjerenje korisnika u sustav zdravstvene zaštite. U ovom se radu pobliže raspravlja o razlikama između pojmova pogreške i komplikacije u naknadi štete.

Descriptors: Medical errors; Therapeutics – adverse effects; Liability, legal; Compensation and redress

Summary. There are many articles present in literature dealing with the difference between the medical error and the complication in indemnification of damage caused by the medical act. It is a very challenging and sometimes even impossible task. The criteria usually used are defined by the accumulated medical knowledge and the complexity of interactions and conditions under which the medical service is provided. Contemporary medicine is reaching increasingly better results aiming to treat the rapidly ageing population. Consequently, the expectations of patients are growing, and sometimes exceeding reality. Ever more aggressive interventions are being introduced for diagnostic and treatment purposes of conditions, recently considered incurative. Some patients inevitably suffer harm from professional mistakes or from the disease course or complications. The difficulties we face when trying to differentiate cause of the harm often lead to misunderstandings in the general public or the public media, and undermine the confidence regarding the public health system. In this article, the difference between medical error and complication in indemnification of damage is discussed in details.

Liječ Vjesn 2008;130:302–304

Važnost suvremene medicine u svakom društvu nemjerljiva je u smislu spašavanja života i poboljšavanja kvalitete života ljudi s kroničnim bolestima. Još prije pedesetak godina mogli smo samo sanjati o zahvatima koji se danas rutinski izvode s pomoću usavršenih kirurških tehnika, o upotrebi najsuvremenije tehnologije i vrlo diferentnih lijekova. Samo po sebi razumljivo je da je zbog toga današnji zdravstveni sustav veoma složen i kontroverzan, a usluge se pružaju pod stalnim pritiskom brzog zastarijevanja znanja i raskoraka potreba i mogućnosti u liječenju.

* **Hrvatski liječnički zbor** (prim. dr. sc. Hrvoje Šobat, dr. med.)
Adresa za dopisivanje: Prim. dr. H. Šobat, HLZ, Šubićeva 9, 10 000 Zagreb
Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

S druge strane, današnje liječenje često je vrlo složen i agresivan postupak u kojem se bolesnika često izlaže opasnosti i rizik od oštećenja zdravlja često je neizbježan. Takav je događaj velik emotivni i materijalni teret ponajprije za svakoga pogođenog pojedinca, ali ima svoje direktne i indirektne troškove za sve u zdravstvenom sustavu i oblikuje opću predodžbu javnosti o modernoj medicini.

U takvom okružju neizbježna je pojava neželjenih ishoda u liječenju od kojih su posebno teško prihvatljive posljedice medicinskih grešaka, često teže od prirodnog tijeka liječene bolesti. Broj pacijenata oštećenih diljem svijeta zbog nemara u procesu liječenja je golem. Srećom, ne završavaju sve medicinske greške štetom za pacijenta.

Temelj medicine, odnos liječnika i bolesnika nije se u svojoj biti promijenio pa i danas kao temelj etike u medicini vrijedi Hipokratova zakletva stara dvije tisuće godina. Pojam odgovornosti za medicinsku grešku poznat je i reguliran od drevnih vremena (Hamurabijev zakonik, rimsko pravo i različite islamske škole).

Pojam stručne greške vrlo je teško definirati. Vidljivo je to iz velikog broja definicija koje se pokušavaju približiti bitnim odrednicama. Najčešće se služimo općenitim odredbama pojmova greška, komplikacija i neizbježni ishod koji se donekle približavaju pojmu stvari kako ih svi doživljavamo. Bez saznanja o njihovu stvarnom broju u odnosu na ukupno obavljene usluge tokom jedne godine ne može se procijeniti njihovo javnozdravstveno značenje:

1. Medicinska greška – nenamjerna i nepoželjna šteta za bolesnika nanesena štetnim postupanjem. Posljedica može biti produljenje liječenja, oštećenje organizma povezano s prolaznom ili trajnom nesposobnošću te smrt. Pojam medicinske greške ili greške obuhvaća sve greške u profilaksi, dijagnostici, liječenju i naknadnoj skrbi. Greška u tretmanu nastaje zbog zanemarivanja ili odstupanja od medicinske znanosti.

2. Komplikacija nastaje usprkos medicinski ispravno i pravodobno provedenom postupku, koji je izveden pravilnom uporabom ispravne opreme i sredstava uz optimalnu organizaciju rada.

3. Neizbježni ishod nastaje usprkos pravodobnom i ispravnomu medicinskom postupanju zbog nemogućnost izlječenja, odnosno smrtonosne bolesti, starosti ili otkazivanja više organskih sustava.

U drugim definicijama pojavljuju se pojmovi koji definiraju grešku kao »činjenje nedopustivog« ili »propuštanje mjera koje su preporučene«, a još više »stručna zabluda bez elemenata nesavjesnosti« i očit primjer su neadekvatnosti opisa nečega za što svi misle da je očito. U procjeni je li netko pogriješio možemo se jednoznačno odrediti samo u slučajevima kada se radi o očitom nemaru, neznanju ili nepoštivanju već propisanog postupka u liječenju. Takvi slučajevi postoje, ali srećom u velikoj su manjini. U velikom broju neželjenih ishoda liječenja nakon kojih se postavlja sumnja u počinjenu grešku potrebno je izuzetno životno iskustvo i mudrost te krajnje odgovoran pristup kako bi se utvrdila istina. U vrijeme kada se ukupno znanje mijenja brže nego ikada kriteriji za postupanje stari samo nekoliko godina danas bi se mogli procijeniti greškom. Većina znanja vrhunske medicine iz prošlih vremena danas je zastarjela i zaprepašćujuće pogrešna. S druge strane, dnevno se uvode u upotrebu novi lijekovi i metode, ali i bilježe njihove nuspojave, od kojih poneke i nerado. Kako to da su liječnici u tolikoj nedoumici oko ispravnog postupanja, posebno u hitnim stanjima koja ne trpe odgađanje i konzultaciju bilo kolega bilo literature, a laicima (medijima) sve je jasno? Može li se sve podvesti pod jednostavni nazivnik da su liječnici dužni spriječiti svaki neželjeni događaj svojim apsolutnim znanjem, psihofizičkom spremnošću u bilo koje doba bez obzira na opterećenje poslom i zalaganjem koje će nadvladati sve propuste u organizaciji, nedostatak opreme ili njezinu neadekvatnost?

Najčešće odredbe o medicinskoj greški kao štetnoj posljedici neadekvatnog postupanja, o komplikaciji kao šteti usprkos pravilnom i pravodobnom postupanju s ispravnom opremom i organizacijom rada i o neizbježnom ishodu kao posljedici odnosa stanja organizma i težine bolesti djelomično se preklapaju i imaju zajednički nazivnik: produljenje liječenja, prolaznu ili trajnu nesposobnost te smrt. Često je nemoguće procijeniti koliko je inače neizbježan ishod ubrzan mogućom greškom ili komplikacijom i je li nastala šteta. Afirmativnim popularizirangem moderne medicine, zdravih načina života, mogućnosti novih lijekova i metoda educiraju se pacijenti do te mjere da mogu postati nekritični i od liječnika zahtijevati nemoguće, odnosno svaki neuspjeh nužno pripisivati nečijem nemaru ili neznanju.

U Izvješću američkog Institute of Medicine (IOM)[2] procijenjeno je da medicinske greške u američkim akutnim bolnicama uzrokuju između 44.000 i 96.000 smrti na godinu, više nego prometne nesreće, rak dojke ili AIDS. Vrlo uzbunjujući podaci, praćeni sličnim procjenama iz drugih razvijenih zemalja potakli su niz akcija u Americi i Europi oko poboljšanja sigurnosti pacijenata. U tim su se raspravama često mogle naći tvrdnje da su brojevi čak i podcijenjeni te da je stanje bitno lošije.

U Hrvatskoj nikakvih izvješća o sustavnom praćenju ili službenim procjenama broja umrlih zbog stručne greške do sada nema. U knjizi Hrvatski zdravstveni pokazatelji[3] koja je opisana kao »zdravstvena razglednica Hrvatske« takvih procjena nema iako je detaljno razložena smrtnost stanovništva u odnosu na javnozdravstvene prioritete. S obzirom na velik broj zdravstvenih usluga koje obave svake godine naše bolnice nedvojbeno je da posljedice medicinskih grešaka imaju izuzetno javnozdravstveno značenje. To više što bi bile djelomično preventabilne kad bi se prijavljivale, a podaci prikupljali i analizirali na jednome mjestu.

Prijavljivanje i analiza medicinskih grešaka ozbiljan su problem koji nije potpuno riješen ni u jednoj zemlji na svijetu. U velikim istraživanjima provedenim u SAD-u pokazalo se da liječnici nisu skloni prijavljivati svoje greške zbog straha od gubitka ugleda, kazne, materijalne odgovornosti, podsmijeha kolega ili zabrane rada. Centraliziranom analizom velikog broja podataka o prijavljenim greškama i postupcima uklanjanja posljedica mogla bi se značajno unaprijediti sigurnost pacijenata korekcijom rizičnih postupaka u tehnologiji rada zdravstvene ustanove. U Danskoj je 34% liječnika i 19% sestara u anonimnom upitniku priznalo da su bar jednom propustili prijaviti medicinsku grešku u kojoj su sudjelovali, a oko 35% bolničkih specijalista priznalo je da su se bavili mišlju o napuštanju medicine zbog straha od činjenja grešaka i posljedične odgovornosti.

Usprkos rezultatima istraživanja koji su pokazali da loša organizacija sustava uzrokuje najveći broj neželjenih ishoda brojni pojedinci misle da se greške mogu potpuno izbjeći uklanjanjem »loših« liječnika iz ambulanti.[1] Iako postoji opasnost da pripisivanjem svih grešaka sustavu umanjimo odgovornost zdravstvenom osoblju, činjenice iznesene u izvješću Institute of Medicine (IOM)[2] pružaju znanstvenu osnovu za rješavanje problema.[4]

Agresivno ulaženje u prostor koji je tradicionalno bio područje autonomije medicinske struke vodi začaranom

krugu koji će prikrivati greške i prakticirati defenzivnu medicinu sa svim lošim posljedicama i nazadovanjem medicine. Sadašnji trend obeshrabrivanja rasprava o greškama liječnika, navodeći da se one tiču samo rijetkih, a ne mnogih, narušava povjerenje između bolesnika i liječnika kao bitnu pretpostavku uspješnog liječenja.

Bavljenje medicinom često znači biranje manjeg zla od većeg zla. Zbog temeljne prirode odnosa bolesnika i liječnika konačnu odgovornost za uspjeh i neuspjeh, pa tako i za greške preuzima liječnik. Kao zainteresirana strana u tom odnosu svaki pacijent ima pravo prije početka liječenja biti iscrpno obaviješten o naravi bolesti, mogućnostima liječenja, očekivanim nuspojavama i vjerojatnosti različitih ishoda. U tom postupku nerijetko zatraže drugo ili treće mišljenje specijalista prema svojoj želji. Kako procijeniti tko je u pravu, a tko griješi u slučajevima kada se njihova mišljenja ne podudaraju i kako se postaviti prema neželjenom ishodu nakon liječenja o čijem je toku nakon svega odlučio pacijent? Propust u komunikaciji prije pristupanja zahvatu može dovesti do teških nesporazuma u slučaju neželjenog ishoda i uglavnom takvi pacijenti tuže svoje liječnike zbog pogreške (tj. »pogreške«).

Tradicionalni način gledanja na greške u medicini, način koji nam je intuitivno najbliži, temelji se na strogoj etici osobne odgovornosti, gdje se dobro i savjesno postupanje drži ključnim elementom dobrog liječnika i dobre medicine. Tradicionalni pristup naglašava osobnu odgovornost, i liječnici doista vrlo teško proživljavaju svoje greške. Iako se liječnici naporno trude da izbjegnu greške, ipak je rezultat isključivo osobnog angažmana ograničen. Neki suvremeni istraživači čak tradicionalni pristup nazivaju autodestruktivnom arogancijom, kritizirajući jasno dvije postavke tradicionalnog pristupa greškama; prvu, da se sve greške mogu izbjeći, i drugu, da za svaku grešku postoji krivac.

Treba naglasiti da nitko ne dolazi na posao kako bi namjerno činio greške. Medicinari tu nisu iznimka među ostalim profesijama. Liječnici su danas kao i prije tisuću godina spremni preuzeti odgovornost za svoje postupke prihvaćajući vršenje svog poziva, jer gotovo da i ne postoji zahvat u dijagnostici ili liječenju koji potpuno isključuje bilo kakav rizik za zdravlje pacijenta. Pri tome odgovornost liječnika obuhvaća odgovornost za vlastito ponašanje, za instrumente i lijekove koje rabi i za postupke članova svog tima za koji je odgovoran. Pri nastanku neželjenog ishoda (komplikacije ili neizbježnog ishoda) liječnik nije kriv ako nije učinio očitu grešku, isto kao ni kada je neželjeni ishod posljedica posebnih okolnosti na koje nije mogao utjecati. Posebne okolnosti u liječenju obuhvaćaju prostornu i materijalnu opremljenost, uvjete organizacije rada, brojnost i osposobljenost ostalih sudionika u procesu liječenja i vrlo su različite od ustanove do ustanove. U većini razvijenih zdravstvenih sustava sve je teže osigurati optimalne uvjete za liječenje zbog enormnog porasta složenosti medicinske tehnologije i manjka stručnjaka pa se teži delegiranju pojedinih, donedavno tipično »liječničkih«, kompetencija na ostala zdravstvena zanimanja.

Kod definiranja komplikacija u liječenju treba biti svjestan da i nastup, odnosno težina komplikacija mogu biti uvjetovani greškom ili nedostatkom iskustva i manjkavošću opreme. Izvođenjem pojedinog zahvata liječnik preuzima odgovornost za određenu potrebnu minimalnu razinu stručnosti. Pri određivanju što je »postupanje s dužnom pažnjom« trebalo bi uzeti u obzir i sve paramedicinske čimbenike koji mogu utjecati na rizik od komplikacija izvan očekivanih učestalosti za taj zahvat.

Prateći razvoj suvremene medicine, treba prihvatiti činjenicu da se u skorije vrijeme, bez obzira na napor i uložena sredstva, ne može očekivati liječenje bez komplikacija, jer je populacija sve starija i bolesnija, a prag indikacija za liječenje će se spuštati ispod razine na koju smo danas navikli kao moguću. Najvažnije je stvarati sustav koji će bilježiti i analizirati greške te učiti iz njih, do razine sigurnosti kakva danas postoji npr. u zračnom prijevozu. I u takvom sustavu greške će biti moguće, ali dobra organizacija i višestruke kontrole spriječit će da one prođu neopaženo i da nastupi šteta.

U tome veliku pomoć medicina, liječnici, ali i bolesnici očekuju i od pravnika.

LITERATURA

1. *Blendon JR, DesRoches CM, Brodie M i sur.* Views of practicing physicians and the public on medical errors. N Engl J Med 2002;347:1933–40.
2. *Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS.* To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press; 1999.
3. *Hrvatski zdravstveni pokazatelji.* Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske i Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2008.
4. *Leape LL, Berwick DM.* Five Years After To Err Is Human. What Have We Learned? JAMA 2005;293:2384–90.

STRUČNE I ETIČKE KVALITETE MEDICINSKOG VJEŠTAKA

PROFESSIONAL AND ETHICAL MEDICAL EXPERT QUALITY

RENATA IVEKOVIĆ*

Deskriptori: Vještačenje – etika

Sažetak. Rad sudskih vještaka, pa tako i onih medicinske struke, reguliran je Pravilnikom o stalnim sudskim vještacima. Pravilnikom su utvrđeni uvjeti za obavljanje poslova sudskog vještačenja, prava i dužnosti sudskih vještaka te visina nagrade i naknade troškova za rad vještaka. Etički kodeks određuje odnos vještaka prema izradi vještačenja, prema sudu i strankama, prema kolegama sudskim vještacima i društvenoj zajednici. Vještak je dužan poštivati propise o izradi vještačenja, ispunjavati sve svoje dužnosti, čuvati ugled svih sudskih vještaka i opravdati povjerenje pravosudnih organa. U odnosu prema sudu vještak je dužan odazvati se pozivu suda, dati svoj nalaz i mišljenje i odazvati se pozivima na raspravu.

Descriptors: Expert testimony – ethics

Summary. The work of court experts, including those of medical profession, is ruled by Regulations on standing court experts. The Regulations determine requirements for performing the job of court expertise, rights and duties of court experts, awards and remuneration for their work. The ethical codex determines relation of experts to performance of expertise, to court and parties, to colleagues court experts and to the community. The expert must obey the rules on performance of the expertise, complete all his duties, protect respectability of all court experts, and justify trust of legal authorities. In relationship with the court, the expert must respond to court summons, give his finding and opinion, and come to hearing summons.

Liječ Vjesn 2008;130:305–306

Medicinski vještak svojim nalazom i mišljenjem sud upućuje i daje stručna objašnjenja. Medicinski vještak svojom ekspertizom objedinjuje pravnu i medicinsku znanost još od doba Rimskog carstva, tj. od Justinijanova zakona (529--533. A. D.). On ističe prožimanje medicine i prava u vještačenju, ali početkom normative vezane uz institucionalizaciju sudskomedicinske prakse smatra se Constitutio Criminalis Bambergensis biskupa od Bamberga iz 1507. godine, a modifikacijom iz 1532. godine potvrđena je uloga sudskomedicinskog vještaka. Ovime je stvorena institucija sudskog vještaka u okviru državne službe.

Osnivanjem Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu 1917. godine stvoreni su uvjeti za razvoj različitih medicinskih struka, pa tako i sudske medicine. Prvi predavač bio je dr. Ljudevit Jurak, a 1932. godine dr. Eduard Miloslavić osnovao je Zavod za sudsku medicinu i kriminalistiku Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Ubrzanim razvojem medicine polovicom 20. stoljeća sve je veća količina novih spoznaja u različitim granama, pojava sasvim novih grana u medicini je neminovna a samim time sve su veći zahtjevi u praćenju novih spoznaja koji se stavljaju pred svakog medicinskog vještaka. Upravo zbog ovoga svjedoci smo pojave izuzetno mnogo užih specijalnosti medicinskih vještaka. Vještačenja se danas sve češće povjeravaju vještacima različitih specijalnosti, tj. sve su veći zahtjevi za kombinirana medicinska vještačenja, koja se bave činjeničnim pitanjima. Razvoj znanosti i napredak u socioekonomskim kvalitetama života doveli su do dramatičnog povećanja broja parnica vezanih uz naknadu štete. Osjećao se nedostatak organizirane edukacije vještaka, nepostojanja standarda i algoritma u ocjenama vještaka i zbog ovih činjenica Hrvatski liječnički zbor potaknuo je 1997. godine osnivanje Hrvatskog društva za medicinska vještačenja, koje je nositelj trajne poslijediplomske edukacije sudskih vještaka. Također je na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 2004. godine uveden izborni predmet Uvod u medicinsko vještačenje s ciljem upoznavanja studenata s ovom problematikom već u dodiplomskoj nastavi.

Rad svih sudskih vještaka, pa tako i onih medicinske struke, reguliran je Pravilnikom o stalnim sudskim vještacima koji je stupio na snagu nakon objave u Narodnim novinama br. 88/08 od 28. srpnja 2008. godine. Pravilnikom je uređen način utvrđivanja uvjeta za obavljanje poslova sudskog vještačenja, prava i dužnosti sudskih vještaka te visina nagrade i naknade troškova za rad vještaka. Ovim pravilnikom za vještake iz područja medicine nakon položenoga specijalističkog ispita (članak 3.) te nakon završene stručne edukacije koje će odrediti Hrvatska liječnička komora (članak 5.) i nakon edukacije kod sudskog vještaka u trajanju od mjesec dana moguće je upisati se u registar sudskih vještaka ako se ispunjavaju još neki uvjeti navedeni u Pravilniku. Postavlja se pitanje stalnog medicinskog usavršavanja. Hoće li se provjeravati stručnost vještaka npr. obnavljanjem licence iz njegove specijalnosti? Hoće li ovim obnavljanjima znanja biti podvrgnuti i umirovljeni stručni vještaci iz polja medicine? Mišljenja sam da je to svakako nužno, jer spoznaje u medicini mijenjaju se iz godine u godinu i sudski vještak za medicinska pitanja morao bi redovito pratiti razvoj svoje specijalnosti i obnavljati znanje kako bi ga mogao redovito primijeniti u vještačenjima. O stručnosti brigu prije svega treba voditi sam vještak, pa bi tako nakon formalnih kvalifikacija morao ulagati u svoje stručno usavršavanje i profesionalni razvoj. Nažalost i danas smo ponekad svjedoci zastarjelih vještačenja izazvanih brzopletošću, rutinom i nesavjesnim praćenjem stručne literature što izaziva negativan efekt na sudu. Svakako treba izbjeći mogućnost da »sude i presuđuju« sudski vještaci umjesto sudaca.[1]

Poštivanje stručnosti i unapređenje znanja sastavni su dio prisege vještaka i dio Etičkog kodeksa i s te strane stavljeni su na »dušu i povjerenje« svakog vještaka, ali ipak bi se

* **Klinika za očne bolesti, KB »Sestre milosrdnice«** (prof. dr. sc. Renata Iveković, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. R. Iveković, Klinika za očne bolesti, KB »Sestre milosrdnice«, Vinogradska 29, 10000 Zagreb, e-mail: renata.ivekovic@zg.t-com.hr

Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

trebali na neki način provjeravati ili s vremena na vrijeme podastrti dokazi o unapređivanju vještakove stručnosti.

Uz pravila znanosti i medicine vještake obvezuju deontološka i etička pravila. Deontologija ili znanost o dužnostima kompleks je normi; razlikujemo etički, stručni i kazneni oblik liječničke deontologije. U Hrvatskoj je 1985. godine Društvo sudskih vještaka donijelo prvi Etički kodeks sudskih vještaka.[2]

Etički kodeks određuje odnos vještaka prema izradi vještačenja, prema sudu i strankama, kolegama sudskim vještacima i društvenoj zajednici. Vještak je dužan poštivati propise o izradi vještačenja, ispunjavati sve svoje dužnosti, čuvati ugled svih sudskih vještaka i opravdati povjerenje pravosudnih organa. U odnosu prema sudu vještak je dužan odazvati se pozivu suda, dati svoj nalaz i mišljenje i odazvati se pozivima na raspravu. Pri pisanju vještva vještak je dužan služiti se razumljivim nazivima i što manje upotrebljavati strane riječi. Vještačenje mora biti jasno i jednoglasno i mora dati odgovore na pitanja postavljena od suda i stranaka. Liječnik, pa tako i vještak uvijek treba zadržati najviši nivo profesionalnog ponašanja i ne smije dopustiti da materijalna dobit utječe na profesionalni sud.[3]

Stručnost, etičnost i profesionalnost tri su osnovna elementa koja moraju biti sjedinjena i prožimati se u osobi odgovornoga medicinskog vještaka.

LITERATURA

1. *Miličić V.* Deontologija profesije liječnik. Zagreb: Sveučilišna tiskara; 1996, str. 54.
2. *Gnjidić Ž, Bilić R i sur.* Uvod u medicinsko vještačenje. Zagreb: Medicinska naklada; 2008, str. 86.
3. *Miličić V.* Deontologija profesije liječnik. Zagreb: Sveučilišna tiskara; 1996, str. XXIV.

KVALITETA ZDRAVSTVENE SKRBI

QUALITY IN HEALTH CARE

ANA STAVLJENIĆ-RUKAVINA*

Deskriptori: Kvaliteta zdravstvene skrbi – zakonodavstvo; Osiguranje kvalitete zdravstvene skrbi

Sažetak. Kvaliteta zdravstvene skrbi podrazumijeva se u svakoj medicinskoj intervenciji koja je obvezno zasnovana na dobroj stručnoj praksi i principima medicine zasnovane na dokazima. Međutim zdravstveni sustavi, medicinsko osoblje i ostali zaposleni u zdravstvenim ustanovama u Europi te mnogim drugim dijelovima svijeta suočavaju se posljednjih deset godina sa zahtjevima društva i pojedinaca-korisnika zdravstvenih usluga za veću kvalitetu i manje rizike od nepovoljnih ishoda pojedinih postupaka dijagnoze i liječenja potaknuto objavljenim podacima u SAD-u i nekim europskim zemljama o oštećenim i umrlima zbog neadekvatnog liječenja. Temeljem dosadašnjih spoznaja o mogućim izvorima pogrešaka moguće je raspoznati sljedeće objektivne okolnosti koje pridonose učestalosti pogrešaka: sve je izraženija kompleksnost novih tehnologija u dijagnozi i liječenju, skraćeno je vrijeme između novih pronalazaka (lijekova i tehnologija) i njihove primjene u kliničkoj praksi, nedostaju adekvatni programi i informacijska tehnologija koja je u stanju pratiti kontinuitet zdravstvene skrbi, raste morbiditet od kroničnih bolesti u većini dijelova svijeta i produženo je trajanje života a posljedica toga je učestalije korištenje zdravstvenog sustava čime i broj nepovoljnih događaja postaje veći, dok organizacijske promjene u zdravstvenom sustavu ne prate istom brzinom promjene u primjeni novih tehnologija i znanstvenih spoznaja. Zato se sve veća važnost pridaje metodama procjene i poboljšanja kvalitete. U ovom pregledu navedeni su temeljni principi i metode koje se u suvremeno organiziranim zdravstvenim sustavima primjenjuju u programima poboljšanja kvalitete, kontroli kvalitete i upravljanju kvalitetom. Dodatno je na pregledan način sistematizirana metodologija i terminologija koja se susreće u programima poboljšanja kvalitete.

Descriptors: Quality of health care – legislation and jurisprudence; Quality assurance, health care

Summary. Quality in health care is the basic requirement in each medical intervention based on good medical praxis and principles of medicine based on scientific evidence. However, health systems and medical personnel in health insitutions in Europe as well as other parts of the world are nowadays confronted with public requirements for better care and more quality in health system, less risks and undesirable outcomes of medical interventions. Based on recent results of investigations on sources for mistakes it was persumed that it might be the consequence of more complex technologies used in diagnosis and treatment, as well as shortage of time between new development and application in medical practice, the lack of information technologies needed for follow up of interventions, ageing of population and more chronicaly ill patients etc. Therefore, systematic approach in implementation of quality improvement programs is first priority for any health system which is oriented to patients needs and satisfaction. In this rewiev article the basic terms and methods used for quality improvement in health care is presented, including quality assessment, quality control and management of quality.

Liječ Vjesn 2008;130:306–310

* **Hrvatska komora medicinskih biokemičara** (prof. dr. sc. Ana Stavljenić-Rukavina, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. A. Stavljenić-Rukavina, Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Kumičićeva 5, Zagreb, e-mail: astavljenic@hkmb.hr

Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

Zdravstveni sustavi, medicinsko osoblje i ostali zaposleni u zdravstvenim ustanovama u Europi te mnogim drugim dijelovima svijeta suočavaju se posljednjih deset godina sa zahtjevima društva i pojedinaca-korisnika zdravstvenih usluga za veću kvalitetu i manje rizika od nepovoljnih ishoda pojedinih postupaka dijagnoze i liječenja. Premda se kvaliteta podrazumijeva u zdravstvenoj intervenciji koja se temelji na principima najbolje stručne prakse, ipak se i u tehnološki najrazvijenijim zemljama registrira veći broj nepovoljnih ishoda liječenja. U SAD-u i nekim europskim zemljama objavljeni su podaci o oštećenim i umrlima zbog neadekvatnog liječenja.[1] Sudionici smo također nepoželjnih ishoda pri uvođenju novih lijekova u medicinsku praksu. Nadalje, poznato je da u postupku dijagnoze i liječenja postoje kod određenog broja intervencija poznati rizici u većem ili manjem postotku što dodatno upućuje na potrebu preventivnog djelovanja u nastojanju da se i taj postotak smanji na najnižu moguću mjeru.

Međutim, javno, političko i stručno nezadovoljstvo zdravstvenim uslugama u svijetu poprimilo je globalne razmjere. Zabrinutost se posebice ističe u pogledu dostupnosti i trajnosti skrbi, kliničke učinkovitosti, sigurnosti bolesnika, vrijednosti dobivenih za novac, reakcija korisnika te javne odgovornosti.[2] Stoga se u razvijenom svijetu pridala važnost preventivnoj medicini, primarnoj zdravstvenoj skrbi, uključenosti bolesnika te izravnijoj pravnoj regulaciji vlada i agencija koje provode financiranje zdravstvene mreže i upravljanje zdravstvenim sustavom.

Temeljem dosadašnjih spoznaja o mogućim izvorima pogrešaka moguće je raspoznati sljedeće objektivne okolnosti koje pridonose učestalosti pogrešaka: sve je izraženija kompleksnost novih tehnologija u dijagnozi i liječenju, skraćeno je vrijeme između novih pronalazaka (lijekova i tehnologija) i njihove primjene u kliničkoj praksi, nedostaju adekvatni programi i informacijska tehnologija koja je u stanju pratiti kontinuitet zdravstvene skrbi, raste morbiditet od kroničnih bolesti u većini dijelova svijeta i produženo je trajanje života, a posljedica toga je učestalije korištenje zdravstvenog sustava čime i broj nepovoljnih događaja postaje veći, dok organizacijske promjene u zdravstvenom sustavu ne prate istom brzinom promjene u primjeni novih tehnologija i znanstvenih spoznaja.[3]

Terminologija u kvaliteti

Ne postoji suglasnost o definiranju kvalitete ili načina njezina mjerenja bilo u cjelokupnim sustavima zdravstva, među populacijama ili u pojedinačnoj zdravstvenoj skrbi. Različite kulture imaju različite vrijednosti i prioritete; za neke »dobro« znači već postojanje zdravstvenog osoblja i objekata, za neke znači pravednost i sažaljenje, za druge pak razvijene zemlje optimalne kliničke ishode. Izazov za svaku zemlju jest prepoznati ta različita opravdana očekivanja i pomiriti ih u jednom odgovornom i uravnoteženom zdravstvenom sustavu.

Kvaliteta skrbi definira se kao stupanj u kojem su zdravstvene usluge, pružene pojedincima i populaciji, povećale željene zdravstvene ishode i u skladu su s postojećim profesionalnim znanjem (Institut of Medicine-IOM, 1990).[4]

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira »*kvalitetu kao zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve a sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje*«.[5–7] U oba se slučaja pažnja usmjerava na očekivanja bolesnika u ishodu liječenja jer tu leži jedan od glavnih razloga sve učestalijih pojava nesporazuma između liječničke profesije – davatelja zdravstvene usluge i bolesnika.

Vijeće Europe osnovalo je odbor eksperata za kvalitetu 1995. godine koji je sastavio niz preporuka za ministre zdravstva (prihvaćene su 1997. godine) prema kojima bi vlade zemalja članica trebale uspostaviti sustav poboljšanja kvalitete čije je značenje sljedeće: »*Stvaranje politike i struktura koje podupiru razvoj i provedbu 'sustava poboljšanja kvalitete', tj. sustava za trajno osiguranje i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi na svim razinama.*« Rezolucija se temeljila na shvaćanju da je zdravstvena skrb dobre kvalitete osnovno pravo svakog pojedinca i svake zajednice koje je sadržano u članku 11. Europske društvene povelje o pravu na zaštitu zdravlja, a i članak 3. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini zahtijeva da ugovorne strane osiguraju »jednak pristup zdravstvenoj skrbi primjerene kvalitete«.[5,8]

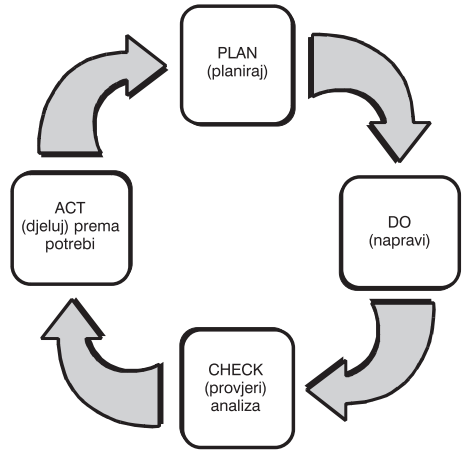
U *upravljanju kvalitetom* rabe se pojmovi kao što su: *osiguranje kvalitete* kao planirano mjerenje i usporedba procesa liječenja određenim mjerilima – indikatorima kvalitete; *kontrola kvalitete* znači uvođenje kontrole procesa u odnosu na propisane norme, *poboljšanje ili unapređenje kvalitete* koristi se kao termin za unapređenje procesa rada s ciljem sprečavanja grešaka, a *potpuno upravljanje kvalitetom* (TQM) kao skup mjera koje ujedinjuju sustavno sve prethodne.

Naglasak je danas s »kontrole kvalitete i procjene« usmjeren na definiranje dogovorenih i valjanih standarda, sustavno i pouzdano mjerenje rada, provođenje aktivnosti usmjerenih na promjene i poboljšanje te ponavljanje mjerenja i trajno poboljšanje u ciklusima ili uzlaznoj spirali.

U osnovi svih mjera za poboljšanje kvalitete je poznati Donabedianov model (slika 1.).[9] Plan poboljšanja je definiran kao puna primjena normi kvalitete, a provjerava se primjenom definiranih indikatora ili mjerila koji upućuju na mogućnost daljeg poboljšanja procesa.

Postoji opća suglasnost o tome da bi se »kvaliteta« trebala procjenjivati sa stajališta glavnih sudionika (kao što su korisnici, zdravstveni stručnjaci, osiguravatelji, političari te ravnatelji u zdravstvu) prema jasnim mjerilima koja odražavaju temeljne vrijednosti nekog društva. Najčešće citirani elementi »dobrog« zdravstvenog sustava odnose se na Donabedianovu prilagodbu koncepta poboljšanja kvalitete koji se sastoji od tri dijela.

1. *Struktura ili organizacija skrbi* – dostupnost ljudskih, financijskih i tehničkih sredstava (ulaganje), kako se



Slika 1. *Poboljšanje kvalitete: Donabedianov ciklus*
Figure 1. *Quality improvement: Donabedian cycle*

dodjeljuju s obzirom na vrijeme, mjesto i odgovor na potrebe stanovništva (pristup), pravedna podjela troškova i koristi (pravednost).
2. *Proces* – kako se sredstva koriste (upravljanje), korištenje vremena i sredstava (učinkovitost), izbjegavanje gubitaka, smanjenje rizika (sigurnost), praksa utemeljena na dokazima (adekvatnost), skrb usmjerena na bolesnika (trajnost), javno informiranje (izbor, transparentnost, odgovornost).
3. *Ishod zdravstvene skrbi* – kakvi su rezultati postignuti (provedba), zdravlje stanovništva (poboljšano zdravlje), klinički ishod (učinkovitost), ispunjenje očekivanja javnosti i zaposlenih (zadovoljstvo), vrijednost dobivena za novac (ekonomičnost).

Nerealno je očekivati istodobnu koncentraciju na sve te vrijednosti. Zato bi svaka zemlja trebala definirati stratešku cjelovitost vrijednosti kvalitete (najbolje na način koji će preživjeti promjene vlada), a zatim definirati radne prioritete.[5]

Sustavi kvalitete i međunarodna praksa

U zemljama EU pravo je svake članice definirati svoj zdravstveni sustav s odgovarajućim mjerilima kvalitete. Međutim pojedine vladine institucije, osiguravajuća društva i nevladine udruge koje se bave pravima bolesnika u EU izradile su nekoliko modela koji omogućuju objektivnu procjenu kvalitete zdravstvene skrbi a koje se u pravilu temelje na primjeni odgovarajućih normi kvalitete sukladno dobroj stručnoj praksi i općim normama sustava kvalitete.

U pravilu bez obzira na to koji sustav kvalitete pojedina zemlja ili zdravstvena ustanova primjenjuje obvezno su u sadržaje normi uključeni: osiguranje kontinuiteta u zbrinjavanju bolesnika od kućnog do bolničkog liječenja i rehabilitacije, normama se osigurava pravilna procjena bolesnikovih potreba, bolesnik i korisnik usluge je ujedno izvor kontrole kvalitete, normama se osigurava adekvatno informiranje bolesnika i protok informacija o tijeku liječenja, svi postupci dijagnoze i liječenja temelje se na principima medicinske prakse zasnovane na dokazima, osigurava se visoka sigurnost sustava primjenom odgovarajućih normi i anticipiraju potrebe u prevenciji rizika, osigurava se transparentnost sustava u svakom segmentu skrbi i normama se uvjetuje dobra suradnja među svim stručnjacima uključenim u zdravstvenu skrb pojedinca.[10,11]

Na kvalitetu skrbi ne utječe samo kvaliteta pojedinca – liječnika ili kvaliteta zdravstvene ustanove nego i zdravstveni sustav u cjelini. Zadaća kvalitetnoga zdravstvenog sustava je:

- da osigura sigurnost bolesniku izbjegavajući pritom ozljede koje bi mogle nastupiti primjenom dijagnostičkih i terapijskih metoda koje bi mu ponajprije trebale pomoći,
- sustav treba osigurati usluge temeljene na znanstvenim dokazima, a izbjegavati primjenu usluga koje ne pridonose boljitku bolesnika,
- sustav treba biti usredotočen na bolesnikove potrebe i osigurati individualna prava bolesnika,
- sistematski je potrebno smanjivati vrijeme; intervencija treba biti u pravo vrijeme,
- zdravstveni sustav treba biti racionalan i učinkovit; treba izbjeći nepotrebno trošenje opreme i pribora,
- sustav treba biti pravedan i dostupan jednako bez obzira na materijalno stanje, rasu, socijalni status, spol ili regionalnu pripadnost.

Metode za poboljšanje kvalitete

Metode za poboljšanje možemo podijeliti na unutarnje i vanjske preglede kvalitete.[3] Unutarnje obavljaju zdravstveni djelatnici, unutar kliničkog okruženja na kojem djeluju. Oni se bave kriterijima i standardima kliničke prakse i takav nadzor podrazumijeva otkrivanje nedostataka i njihovih uzroka, njihovim sprečavanjem i ispravljanjem i posljedično poboljšanjem kvalitete skrbi. Najčešće se primjenjuju posredne metode kao: razgovor s bolesnicima, obiteljima, zdravstvenim radnicima, pregled medicinske dokumentacije, pregled istovrsnika (engl. peer review – osoba koja u društvu ima isti položaj kao druga glede naobrazbe, ugleda, ovlasti), medicinska revizija (engl. medical audit – raščlamba medicinske dokumentacije), kontinuitet liječenja i zadovoljstvo bolesnika. Nastoji se uvesti poboljšanje provedbe te spriječiti pojava nepoželjnih ishoda i njihov hitan oporavak. Tu se ubrajaju smjernice za kliničku izvedbu, protokoli i algoritmi, kliničke staze i stabla odlučivanja.[11,12]

Mehanizam vanjske procjene kvalitete

Mnoge zemlje imaju dobrovoljne i propisane mehanizme za vanjsku procjenu kvalitete u zdravstvu prema definiranim standardima. Namjena svih jest osigurati ili poboljšati elemente kvalitete, no obično ih provode mnogobrojne zasebne organizacije s nacionalnom koordinacijom ili bez nje.[5,13]

U širem smislu ti mehanizmi uključuju varijante pet pristupa:

ISO: Međunarodna organizacija za standarde nudi standarde za certifikaciju organizacija ili funkcija koju provode ovlašteni kontrolori (provjeritelji-auditori). Premda su početno zamišljeni za proizvodnu industriju (npr. lijekovi, medicinski aparati), ti su standardi primijenjeni na zdravstvenu skrb, poimence na radiološke i laboratorijske sustave, a manje na sustave kvalitete u kliničkim odjelima.

Model Europske zaklade za upravljanje kvalitetom: »Baldrige« kriteriji za sustave upravljanja razvijeni su u SAD-u i prenijeti u programe procjene u Europi. Model EFQM podrazumijeva samoprocjenu i ustanova koja po mišljenju fondacije ima visok stupanj usklađenosti s njihovim modelom dobiva nagradu, tzv. European Quality Award. Glavni cilj fondacije je podupiranje primjene TQM-a.

Kolegijalni pregled: kolegijalni programi, obično za jednu disciplinu, procjenjuju te izdaju službenu akreditaciju programima obučavanja, no prošireni su i na kliničke usluge (pregled istovrsnika).

Akreditacija: neovisni, dobrovoljni programi razvijeni su s težištem na multidisciplinarnim procjenama funkcija zdravstvene skrbi, organizacija i mreža. Ocjenjuje se koliko se jedna zdravstvena ustanova pridržava organizacijskih standarda i postupa prema njima. Odnosi se na ustroj, organizacijske procese, kvalifikacije osoblja, opremu, sigurnost. Ustanova koja postupa prema propisanim standardima dobiva o tome potvrdnicu od tijela koje provodi procjenu. Obvezatni su programi nedavno prihvaćeni u Francuskoj, Italiji i Škotskoj, Bugarskoj, a neobavezni su u nizu europskih i ostalih zemalja u svijetu.[4,5,14,15]

Registriranje i licenciranje: propisanim se programima osigurava da stručno osoblje ili organizacije koje pružaju skrb postignu minimalne standarde stručnosti (npr. obučavanje, registriranje, certifikacija i revalidacija).

Potrebno je razlikovati akreditaciju zdravstvenih usluga od certifikacije te od licenciranja. U Programu osiguranja kvalitete i preporukama koje su utemeljene u SAD-u, pred-

Tablica 1. *Definicije akreditacije, licenciranja i certifikacije*
Table 1. *Definitions of accreditation, licensing and certification*

Proces / Process	Organizacija koja je objavila i/ili provodi / Organization which published and/or implements	Predmet vrednovanja / Object of validation	Komponente/zahtjevi / Components/requirements	Standardi/Norme / Standards/norms
Akreditacija (dobrovoljna, u nekim zemljama obvezna) / Accreditation (voluntary, in some countries obligatory)	Vladina ili nevladina organizacija (strukovna društva) / Government or non-government organization (professional societies)	Zdravstvena ustanova / Medical institution	Pridržavanje objavljenih standarda, procjena u samoj ustanovi, pridržavanje nije uvijek traženo zakonom ili/i propisima / Abidance by published standards, assessment in the institution, abidance is not always requested by law or/and regulations	Određeni na maksimalnu moguću razinu kako bi se stimuliralo stalno poboljšanje / Set to maximal possible level in order to stimulate constant improvement
Licenciranje (obvezatno) / Licensing (obligatory)	Ovlaštenje vlade/ Zakon o profesijama / Government authorization/ Law on professions	Pojedinac / Individual	Propisi koji osiguravaju minimum standarda, ispit ili dokaz o obrazovanju/ stručnosti / Regulations which insure minimal standards, exam or proof of education/ competence	Određeni na minimalnoj razini kako bi se osiguralo okruženje s minimalnim rizikom za zdravlje i sigurnost / Set to minimal level in order to insure environment with minimal risk for health and safety
		Ustanova /Institution	Propisi kojima se osigurava minimum standarda, inspekcija u samoj ustanovi / Regulations insuring minimal standards, inspection in the institution	
Certifikacija (dobrovoljna) / Certification (voluntary)	Ovlašteno tijelo, bilo vladino ili nevladino / Authorized body, government or non-government	Pojedinac / Individual	Procjena unaprijed određenih zahtjeva, dodatno obrazovanje/ obučavanje, dokazana stručnost u specijalističkom ili supspec. području / Assessment of requirements set in advance, additional education/training, proven competence in a specialty or subspecialty field	Određena nacionalnim stručnim ili specijalističkim odborima / Set by national professional or specialty committees
		Ustanova ili usluga / Institution or service	Dokazivanje da organizacija ima dodatne usluge, tehnologiju ili kapacitet / Proof that organization has additional services, technology or capacity	Industrijskim se standardima (npr. standardima ISO 9000) procjenjuje pridržavanje osnovnih specifikacija / Abidance by basic specification is assessed by industrial standards (e.g. ISO 9000 standards)

ložena je tablica definicija koja se zasniva na širokome međunarodnom iskustvu (tablica 1). Sva priopćenja dostupna su u programu osiguranja kvalitete s konferencije održane u Washingtonu u listopadu 2000. godine o zakonskoj regulaciji, licenciranju, akreditaciji i certifikaciji.[4,5]

Prema analizi koju su pripremili Charles Shaw i Iusuf Kalo u 2001. godini više od pola od 36 nacionalnih programa akreditacije u svijetu bilo je osnovano i provođeno u Europi (od 1990. godine), gdje se 14 programa provodi u dvanaest zemalja.[13]. Više od polovine tih programa (djelomice) financiraju ili njima izravno upravljaju vlade, no programi koji su ustanovljeni prije dužeg vremena (npr. u V. Britaniji ili Španjolskoj) neovisni su.[15] *Sve to upućuje na to da vlade sve više upotrebljavaju akreditaciju kao sredstvo zakonske regulacije i javne odgovornosti, za razliku od njezine tradicijske uloge u neovisnom i dobrovoljnom samostalnom razvoju.*

U zemljama koje nemaju nacionalni program akreditacije pojedine ustanove (posebice privatne bolnice) traže vanjsko priznanje na temelju stranog programa. Domaći nacionalni programi, bilo vladini ili neovisni, obično se razvijaju iz jednog ili više stranih programa. Glavni utjecaj u Europi imali su Kanadsko vijeće, Služba za kvalitetu u zdravstvu (V. Britanija) i Zajedničko međunarodno povjerenstvo (JCAHCO, SAD). Smjernice za standarde i aktivnosti nacionalnih ili međunarodnih programa akreditacije utvrdilo je na međunarodnoj razini vijeće ALPHA Međunarodnog društva za kvalitetu u zdravstvenoj skrbi i korištene su u specifikacijama vladinih ugovora za vanjsku tehničku pomoć.[8,16,17,19]

Kvaliteta i zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

U okviru reformi zdravstvenog sustava od 2000. godine nadalje provodi se program unapređenja kvalitete edukacijom o normama kvalitete priznatim u međunarodnoj praksi i prilagođenim sustavu u Hrvatskoj u organizaciji vladinih i nevladinih tijela. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete proteklih je godina u suradnji s Ministarstvom zdravstva i socijalne skrbi RH a na temelju preporuka WHO i Europskog društva za kvalitetu provelo opsežnu edukaciju svih profila zdravstvenih radnika o uvođenju sustava kvalitete i akreditacijskom postupku. Provedeno je dvadesetak seminara s više od 2000 sudionika na kojima je analizirano stanje u uvjetima za primjenu normi kvalitete u zdravstvenom sustavu s ciljem određivanja prioriteta u mjerama za poboljšanje. Ocjenu kvalitete sustava dali su također bolesnici u provedenim anonimnim anketama pri bolničkom liječenju (2001. i 2006. godine) i izvanbolničkom liječenju (2006) što je bila dobra polazna osnova za procjenu normi kvalitete koje se odnose na zadovoljstvo korisnika pruženom zdravstvenom zaštitom.

Norme kvalitete primjenjuju načela sistematskog poboljšanja u organizaciji skrbi, poštivanju bolesnikovih prava, smanjenju rizika osobito od hospitalnih infekcija, primjene krvi i pripravaka iz krvi, rizika kod interventnih dijagnostičkih i terapijskih zahvata, kao i zaštiti okoliša.[12,18] Uvođenje i primjena sustava kvalitete u zdravstvu nije jednostavan proces i bez obzira na stupanj razumijevanja potreba postoje otpori na različitim razinama sustava koje treba procijeniti i na

vrijeme odgovoriti na sporna pitanja. Pretpostavke za uspješno provođenje sustava za osiguranje kvalitete i poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi su ove: zakonodavno uređenje kvalitetnoga zdravstvenog sustava uključujući norme kvalitete, izobrazba timova za sustav kvalitete (managera kvalitete), izobrazba zdravstvenog i sveg ostalog osoblja o sustavu kvalitete i mjerama za poboljšanje te adekvatno financiranje sustava kvalitete uz priznanje i nagrade za poboljšanje kvalitete pojedinca, tima i ustanove.[20]

U lipnju 2006. g. u Hrvatskom saboru predstavljena je Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006–2011. U Strategiji se također navodi da je njezin osnovni cilj unaprijediti zdravstveni sustav do 2011. g. tako da zadovolji potrebe građana Republike Hrvatske za kvalitetnu stručnu medicinsku zdravstvenu skrb koja se temelji na načelima medicinske prakse zasnovane na znanstvenim dokazima. Točka 4. govori o poboljšanju kvalitete medicinskog rada, gdje se kaže da se na svim područjima zdravstvenog rada njeguje atmosfera kvalitetnog obavljanja zdravstvenih poslova, počevši od postupanja s pacijentima pa do primjene standarda internog ustroja u radu zdravstvenih ustanova, zdravstvenih postupaka i ponašanja. Govori se o potrebi utvrđivanja standarda i normativa kao preduvjeta za dovršenje započetog sustava kategorizacije i akreditacije bolnica koji se namjerava primijeniti i na ostale dijelove sustava zdravstva.

Sabor Republike Hrvatske donio je Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite, a Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi izradilo je projekte s ciljem poboljšanja kvalitete usluga u sustavu zdravstva. Neki od tih projekata su: Informatizacija zdravstvenog sustava, Mjere za liste čekanja, Kategorizacija zdravstvenih ustanova, Transplantacijski program – Eurotransplant, Akcija ljubaznost, Anketa o kvaliteti zdravstvenih usluga, Bijeli telefon. Zakon o zaštiti prava pacijenata donijet 2003. dijelom je osnova za definiranje normi kvalitete koje se odnose na prava bolesnika. Temeljem zakona o kvaliteti osnovana je Agencija za kvalitetu koja je u biti vladina agencija sa zadaćom provođenja akreditacije, kategorizacije i unapređenja kvalitete u zdravstvu. U svrhu osiguranja kvalitete planira se donošenje pravila koja se odnose na sigurnost pacijenata i zdravstvenih radnika, pravilan odnos i ponašanje svih koji sudjeluju u procesu liječenja te će se propisati pravila i standardi vezani uz akreditaciju zdravstvenih ustanova.

Zdravstveni sustavi, medicinsko osoblje i ostali zaposleni u zdravstvenim ustanovama suočavaju se, također, posljednjih godina i sa zahtjevima društva i pojedinaca (korisnika zdravstvenih usluga) za veću kvalitetu i manje rizika od nepovoljnih ishoda tijekom dijagnoze i liječenja. U ocjeni kvalitete liječenja zdravstveni se sustav, ustanove i pojedinci susreću s prijeporima koji nerijetko završavaju sudskim procesima i medijskim ocjenama koje imaju značajan odjek u javnosti. Zato profesionalna strukovna udruženja i komore imaju sve važniju zadaću u tumačenju stručnih normi kvalitete i dosega liječenja u skladu s dostignućima struke u zemlji, razvoju smjernica, razvoju metoda informiranosti bolesnika i građana, sve u cilju postizanja što većeg povjerenja u kvalitetu rada i osiguranje zadovoljstva bolesnika.

Liječnička profesija je osobito u osjetljivu položaju jer mora znati procijeniti kada i koliko opsežno treba ući u postupak upućivanja svog bolesnika u potencijalne rizike pojedinog zahvata, dometa i mogućnosti te dosega liječenja.

Sjeme poboljšanja kvalitete treba plodno tlo za čiju pripremu trebaju godine. Mnogi stručnjaci, posebice stariji liječnici, osjećaju nelagodu u vezi sa snažnijom ovlaštenom ulogom bolesnika, kolegijalnim pregledom ili timskim radom, a i prema podjeli informacija i ovlasti. Ključna faza u razvoju nacionalne strategije kvalitete jest procjena prevladavajuće kulture i dugoročnih utjecaja radi povjerenja, obučavanja i informiranja glavnih sudionika: korisnika, zdravstvenih stručnjaka, političara i osiguravatelja.

LITERATURA

1. *Donaldson S.* The Error is Human. Washington: National Academy Press; 2000.
2. *Orešković S.* New priorities for health care reform in Central and Eastern Europe. Croat Med J 1998;39;225–33.
3. *Eldar R.* Quality of Care. Zagreb: Medicinska naklada; 2005.
4. *International Society for Quality in Health Care.* International accreditation toolkit. 2004. www.isqua.org.issue.
5. *Shaw CD, Kalo I.* Background for national quality policy in health systems. WHO document 2002 www.euro.who.int.document.
6. *World Health Organization.* The world health report 2003: Shaping the future. Geneva: World Health Organisation. http://www.who.int/whr/2003/en.
7. *World Health Organization Regional Office for Europe.* The European Health Report. Geneva: WHO European Series 2002 No. 97
8. *Shaw CD.* Editorial. Standards for better health. Br Med J 2001;329: 1250–51.
9. *Donabedian A.* Evaluating the quality of medical care. Millbank Mem Quart 1966;44:166–216.
10. *McKee M, Garner P, Stott R.* International co-operation in health. Oxford: Oxford University Press, 2001.
11. *Donaldson J, Muirgray JA.* Clinical governance: a quality duty for health organizations. Qual Health Care 1998;7(Supl):S37.
12. *Eldar R.* Kvalitate zdravstvene skrbi. U: B. Vitale i sur. Četiri stoljeća javnog zdravstva i biomedicine u Hrvatskoj. Zagreb: Medicinska naklada/Akademija medicinskih znanosti Hrvatske; 2007, str. 407–13.
13. *Shaw CD.* External assessment of health care. Br Med J 2001;323: 851–54.
14. *Hammer-Plećaš A, Čvoriščec D, Stavljenić-Rukavina A.* Priručnik o kvaliteti – model. Biochem Med 1994;(4)1–2:31–42.
15. *Mainz J, Krog BR, Bjornshave B, Bartels PD.* Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: The Danish National Indicator Project. Intl J Quality Health Care 2004;16(Suppl 1):45–50.
16. *Thompson R,Taber S, Lally J, Kazandjian V.* Quality indicator project and the UK independent health care sector: a new development. Int J Quality Health Care 2004;16(Supl 1):51–6.
17. *Veillard J, Champagne F, Klazinga N i sur.* A performance assessment framework for hospitals: The WHO Regional Office for Europe PATH project. Int J Quality Health Care 2005;17:487–96.
18. *Hammer-Plećaš A, Čvoriščec D, Stavljenić-Rukavina A.* Vanjska procjena kvalitete medicinsko-biokemijskoga laboratorija. Biochem Med 1995;(5)2–3:103–7.
19. *Heather R Palmer.* Process-Based Measures of Quality: The Need for Detailed Clinical Data in Large Health Care Databases Ann Int Med 1997;127:733–38.
20. *Kilbridge P.* Crossing the chasm with information technology: Bridging the quality gap in health care. California Health Care Foundation.i health reports. 2002.

KIRURZI-RANARNICI U BJELOVARU I BJELOVARSKOM ZAVIČAJU U XVIII.–XIX. STOLJEĆU

SURGEONS IN BJELOVAR AND BJELOVAR COUNTY DURING THE 18.–19. CENTURY

DUBRAVKO HABEK*

Deskriptori: Kirurgija – povijest; Povijest 18. stoljeća; Povijest 19. stoljeća; Hrvatska

Sažetak. U lokalnoj medikohistoriografiji iznijeti su dosad nepoznati podatci o imenima, školovanju i nekim aktivnostima više od 160 kirurga-ranarnika, najbrojnijih (vojnih) zdravstvenih djelatnika u povijesti zdravstva bjelovarskog kraja tijekom XVIII. i XIX. stoljeća. Prvi su kirurzi-ranarnici došli u Bjelovar s ustrojstvom grada i naseljavanjem krajiških pukovnija u okolnim naseljima duž Vojne krajine polovicom XVIII. stoljeća. Obavljali su svoju službu kao vojni (trupni: pukovnijski, bataljunski, husarski), bolnički i gradski kirurzi. Uz svakodnevni posao kirurga i porodničara obavljaju mrtvozorstva i sudske obdukcije. Izmjenjivali su se kao bolnički liječnici-kirurzi. Kirurg-ranarnik kao profil zdravstvenog radnika školuje se u kirurško-medicinskim akademijama Austrijskog carstva do druge polovice XIX. stoljeća.

Descriptors: Surgery – history; History, 18th century; History, 19th century; Croatia

Summary. Some data unknown so far from the local medical historiography are presented on the names, education and activities of more than 160 surgeons, the most numerous (military) health professionals in the history of Bjelovar area health care during the 18th and 19th centuries. The first surgeons arrived in Bjelovar with the establishment of town authorities and settling of the Border regiment troops in the surrounding areas along the Croatian Military Border at mid-18th century. They performed service as military (troop, i.e. regiment, battalion, hussar) and hospital surgeons as well as district medical officers. Along with their daily routine as surgeons and obstetricians, they also performed medical examination and autopsy, permanently alternating their duties as hospital physicians and surgeons. Surgeons as medical professionals received education at surgical-medical academies of the Austrian Empire until the second half of the 19th century.

Liječ Vjesn 2008;130:311–317

Premda među najmlađim hrvatskim gradovima, Bjelovar je imao organiziranu zdravstvenu zaštitu od polovice XVIII. stoljeća, osnutka grada. Okolna mjesta u bilogorsko-moslavačkom kraju spadaju među najstarija mjesta i župe sjeverozapadne Hrvatske i spominju se i prije osnivanja Bjelovara kao utvrde. To su Rača (Nova Rača) od 1228., Međurača (Međurječje) 1245. i Rovišće od 1356. godine. Od 1528. spominju se naselja Gudovac *(Gumbotz)* i Stare Plavnice *(Sv. Benedict),* a na karti *N. Angielinija* iz 1566. ucrtana su i danas poznata naselja bjelovarske okolice. Najstariji pisani zapis o mogućem naselju iz kojega je nastao Bjelovar jest posjed *Beloblatje* od 18. 12. 1423., doba kralja Sigismunda. Imena naselja grada Bjelovara mijenjala su se od *Belonc, Welowar, Belovar* do *Bjelovar.* U prvim desetljećima XVIII. stoljeća, naselja Bjelovar i Klokočevac s oko 200 žitelja bila su pod župnom upravom Kapele.[1–3] U maticama umrlih, vjenčanih i rođenih župe Kapela nema zapisanog mjesta-naselja *Belovara* ili sličnog imena sve do godine 1753. kada se prvi put spominje mjesto u ovoj župi kao takvo, premda su novorođena djeca krštena u župi Trojstvo od 1690. godine iz naselja *Prespa, Ciglena, Patkovacz* i rijetko*, Belovar*, Također nema zapisa o imenima kirurga ili liječnika.[3–10]

Barun general *Phillip Lewin Beck* po zapovijedi carice i kraljice Marije Terezije započinje gradnju utvrđenoga vojnoga grada otkupljivanjem zemljišta 1756. godine, tako da su aktualna fortifikacijska zbivanja temeljna za razvoj Bjelovara i bjelovarskog kraja[2] i samim time, i zdravstvene službe naseljavanjem vojnih postrojbi s časnicima, njihovim obiteljima te pratećom svitom vojnih liječnika, kirurga-ranarnika, primalja i ljekarnika. Godine 1757. Bjelovar postaje »Stožerno mjesto« (njem. *»Stabsort«),* premještanjem stožera Križevačke *(Reg. Crisiensis*) br. 64 i Đurđevačke krajiške pješačke pukovnije (*Reg. Georgiensis seu Szentvarynensis)* br. 65 Varaždinskoga generalata, čije se zapovjedništvo doseljava u Bjelovar godine 1760. Grad Bjelovar proglašen je vojnim komunitetom *(Militär-komunität*), povlaštenim krajiškim gradom-vojnom općinom 1771. godine.

U okolna bjelovarska naselja utvrđuje se po dvanaest satnija svake pukovnije čuvajući granicu Vojne krajine i Austrijskog carstva. S njima dolaze i navedeni vojni zdravstveni (sanitetski) djelatnici koji kraće ili duže vrijeme obitavaju u bjelovarskom kraju, napose veći broj kirurga-ranarnika koji su pratili dijelove pukovnija po ratnim akcijama diljem Hrvatske i Europe (Češka, Austrija, Švicarska, Italija, Njemačka...). Kako je bjelovarski kraj bio na samoj granici Vojne krajine, logično je da su se tijekom XVIII. i XIX. stoljeća izmijenile tisuće krajišnika s desetcima pripadajućih formacijskih ratnih (vojnih) kirurga, čijim se uslugama koristilo i civilno pučanstvo, napose u tadašnjim vojnim bolnicama

* **Klinika za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta i Opće bolnice »Sveti Duh«, Zagreb** (dr. sc. Dubravko Habek, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. D. Habek, Klinika za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta i Opće bolnice »Sveti Duh«, Sveti Duh 64, 10 000 Zagreb

Primljeno 17. prosinca 2007., prihvaćeno 29. kolovoza 2008.

(njem. *Feldspital)*. Zvanje (školovanog) kirurga-ranarnika postojalo je u XVIII. i XIX. stoljeću u našim krajevima; krajem XIX. stoljeća ovakav se profil zdravstvenog djelatnika više ne školuje na srednjoeuropskim kirurškim i medicinskim akademijama.[11–13]

Podatci o rođenim, vjenčanim i umrlim u gradu Bjelovaru i okolnim župama bjelovarskoga kraja dostupni su iz arhivskih župnih matica. One su nepresušno vrelo podataka: spol djeteta, zakonitost djeteta (izvanbračna ili u braku), datum rođenja, roditelji djece i njihovo zanimanje, datum krštenja ili smrti, imena i zanimanje kumova, uzrok smrti *(causa mortis)*, prezimena i imena liječnika (*Medicus),* kirurga (*Chyrurgus)* i primalje *(Obstetrix*), odnosno osobe koja je potvrdila smrt ili udijelila krštenje iz nužde.[3–10,14–102]

Kako do sada postoje djelomična i netočna izvješća o aktivnostima i imenima bjelovarskih vojnih kirurga-ranarnika,[98–100] u ovom radu lokalne medikohistoriografije iznijet će se dosad nepoznati podatci o školovanju, imenima, dužnostima i nekim aktivnostima kirurga-ranarnika, najbrojnijih zdravstvenih djelatnika u povijesti vojnog i civilnog zdravstva Bjelovara i bjelovarskog kraja te Vojne krajine tijekom XVIII. i XIX. stoljeća.

Školovanje kirurga-ranarnika

Od srednjovjekovnih brijača (njem. *Barbier, Barbiermeister,* tal. *Barbieri,* lat. *barbitonsores*) koji su »puštali krv«, »operirali« katarakte i kile, vadili zube, šišali i brijali časnike i mrtvace te obavljali druge nečiste zahvate, školovali su se prvotno ranarnici-vidari (njem. *Feldscheren, Wundärzte*) nazivani kasnije kirurzima (njem. *Chyrurgen;* lat. *chirurgus, chyrurgus, cirulgicus, chirurgius, chirurgus vulnearis)*, koji su bili preteča današnjih kirurga i kirurških struka (grč. *heirruka, ergon-rad*). Srednjovjekovnom su se kirurgijom bavili svi: mesari, brijači, kupeljari.... Oni su bili dostupni svima, širemu seoskom i gradskom pučanstvu, za razliku od »izučenih« ranarnika koji su bili isključivo uz plemiće i moćnike u dvorcima i velikim gradovima (njem. *Hoffwundärzte)*. Tako je i štrojač svinja *Jacob Nuffer* u švicarskom Siegershausenu 1500. godine svojoj ženi zbog teška poroda otvorio trbuh i maternicu, odnosno učinio je carski rez. U opstetričkoj medikohistoriografiji stoji da je majka nakon carskog reza preživjela još pet poroda, a dijete rođeno carskim rezom doživjelo starost od 77 godina![11–13]

Kako su postojali samouki ranarnici, ponajvećma i šarlatani, školovanje kirurga u srednjem vijeku i doba renesanse zauzima čvrsto mjesto. Tako se već 1497. u Strassbourgu pojavljuje prva učevna knjiga za kirurge, tada ranarnike *»Das Buch der Wundarztnei*«, autora *Hyeronimusa Braunschweiga*, a nedugo zatim i druga knjiga *Hansa von Gersdorfa »Das Felbuch der Wundarztnei«*, godine 1528. tiskana također u Strassburgu. Obje knjige pune su ilustracija tadašnjih operacija, primjerice trepanacija, repozicija, amputacija. Od 1555. godine postoji učilište za vojne kirurge-ranarnike u Beču koji je bio u sastavu tadašnjih vojnih učilišta kao višemjesečni tečaj, a kasnije i trogodišnji studij. U Francuskoj kirurzi i liječnici školuju se na kirurškoj akademiji i pariškoj medicinskoj akademiji, u Njemačkoj na *Collegium Medico-chirurgicum* u Berlinu, Münsteru, Magdeburgu, a u Bruxellesu otvorena je 1768. godine kirurška akademija (*Chirurgische Akademie*). Kasnije se otvaraju kirurške akademije u Celovcu (Klagenfurtu) i Ljubljani. U Mađarskoj prvi se kirurzi spominju u Budi već 1279. godine.

Carica i kraljica Marija Terezija s carskim savjetnikom dr. Gerhardom van Swietenom objavljuje 17. 9. 1770. javnozdravstveni zakon *»Consitutio normativa rei sanitatis« (»Normativum sanitatis«),* u kojem se između ostalih pravilnika propisuje školovanje i rad liječnika, kirurga-ranarnika, ljekarnika i primalja. Car Josip II. 7. studenoga 1785. utemeljuje Medicinsko-kirušku akademiju (tada ponajprije za vojne liječnike i kirurge), nazvanu po njegovu imenu *Josephinum (ACADEMIA CAESAREO-REGIA IOSEPHINA; Josephs-Akademie)*. Ovo je kirurško-medicinsko veleučilište školovalo tisuće liječnika i kirurga do 1874. godine (slika 1.). Danas je to povijesno-medicinski institut s muzejom i zbirkom voštanih anatomskih, kirurških i porodničarskih preparata po kojima su učili tadašnji studenti medicine i kirurgije. Gotovo svi kirurzi austrijske vojske prošli su školovanje na Josephinumu, a među njima bilo je i kadeta s hrvatskim prezimenima (npr. Župančić, Valentić, Kovač, Kuhar, Abramić).[111,112] Godine 1804. osniva se u sklopu Josephinuma *»Operationinstitut*«, praktično učilište kirurgije, porodništva i oftalmologije za liječnike i kirurge. Na akademiji su se školovala dva profila liječnika: tzv. niži liječnici *(»podliečnik«, »liečnik«)* koji studiraju tri godine i postaju *»Rigorosisten«.* Nakon položena ispita *»Rigorosen«* dobivaju naziv *»Unterfeldarzt«,* odnosno »*Chirurg«.*



Slika 1. *Znak liječnika i kirurga Medicinsko-kirurške akademije Josephinum*

Figure 1. *Physicians and surgeons sign of the Medical-surgeons Academy Josephinum*

U Hrvatskoj, u bolnici Milosrdne braće u Zagrebu, dr. Rudolf Lamprecht, *magister obstetriciae et chirurgiae*, otvara 1812. godine prvu kiruršku privatnu školu, koja je nažalost trajala samo jedan semestar i potom ukinuta. Kasnije Lamprecht odlazi u Padovu i postaje poznatim profesorom porodništva i predstojnikom tamošnje porodničke klinike.

Svaki je grad u tadašnjem Austrijskom carstvu imao gradskog fizika *(medicinae doctor*), kirurga-ranarnika *(chirurgus*), ljekarnika *(pharmacopoeus*) i izučenu primalju *(obstetrix approbata*).[11–13,101] Županijski, kasnije kotarski i gradski fizici bili su odgovorni za javno zdravstvo i epidemiologiju, bavili su se općom medicinom, organiziranjem zdravstvene službe, zdravstvenopravnim i sanitarnim zakonima i nadzorom. Kirurzi-ranarnici bavili su se operacijskom medicinom; kirurgijom i porodništvom, okulistikom, zatim unutrašnjim bolestima, obavljali su obdukcije (razudbe).... Liječnici (fizici), a češće kirurzi-ranarnici bili su educirani iz primaljstva / porodništva, s titulom *»magister obstetriciae«.* Hrvatski liječnici diplomirali su u drugoj polovici XIX. stoljeća na novoosnovanim medicinskim fakultetima Austrijskog carstva (Innsbruck, Prag, Beč, Graz, Budimpešta), gdje su nakon višemjesečne edukacije iz kirurgije



Slika 2. *Porodničarski instrumenti XIX. stoljeća: forceps, embriotomi*
Figure 2. *Obstetrics instruments in XIX. century: forceps, embriotoms*

(ranarstva), porodništva (primaljstva) ili oftalmologije (očarstva) postajali *»Magister chirurgiae«, »Magister obstetriciae«, »Magister oculisticae«*. Tako su u Bjelovaru djelovali tijekom XVIII. i XIX. stoljeća brojni vojni i civilni liječnici i kirurzi.[11–13,101]

Kirurzi-ranarnici imali su standardizirani instrumentarij koji se sastojao od dvije drvene kasete s kirurškim instrumentarijem, jedne torbe porodničarskog pribora (forceps i embriotomijski instrumenti – slika 2.) te jedne torbe obdukcijskog instrumentarija. Obavljali su obdukcije (razudbe) na zahtjev sudbenih vlasti ili policije. Operacijski spektar sastojao se od obrade rana, amputacija, herniotomije, incizija gnojnih procesa, repozicija kostiju, operacija katarakte, te porodničarskih zahvata poput okreta ploda i ekstrakcije, embriotomije kod patoloških položaja i ekstrakcije ploda forcepsom. Nisu se upuštali u zahtjevnije kirurške zahvate poput kraniotomija, torakotomija ili laparotomija. Njih su primalje pozivale na porode gdje je postojala vitalna opasnost za majku i dijete. Bili su izučeni i za obavljanje carskog reza, koji je ujedno bio i najveći kirurški zahvat toga vremena, no još uvijek najsmrtonosniji zbog neušivanja maternične razrezane stijenke i posljedičnog iskrvarenja ili teške intraabdominalne infekcije. Ovu danas rutinsku operaciju slavni njemački porodničar i povjesničar Küstner nazivao je *»operacija s ponosnim imenom, ali s gotovo uvijek žalosnim ishodom«*, a francuski suvremenici takve, tada vrlo hrabre kirurge-operatere nazivali *antropofagima*! Kirurške i porodničarske zahvate obavljali su u dnevnoj odjeći i obući, bez zaštitnih gumenih ili končanih rukavica i bez kasnije poznatih mjera asepse i antisepse iz druge polovice XIX. stoljeća. Uza svoj kirurški i porodnički instrumentarij rabili su za zaustavljanje krvarenja i liječenje rana i prirodne ljekovite tvari: stipsu, zelenu galicu, papar, octenu vodu, med... Rane su obrađivali kauterizacijom, stavljanjem obloga s raznim melemima (njem. *Umschlag,* kataplazme), ili ostavljanjem rane otvorenom, što je u praksu uveo bečki kirurg slovenskoga podrijetla *Vincentius Kern,* 1809. godine *(»Offene Wundbehandlung«)*.[11–13,101,102] Vojni kirurzi-ranarnici obavljali su poslove bolničkog liječnika-kirurga, gradskog i terenskih kirurga, kirurga na bojišnicama, mrtvozornika, a prethodni »civilni« ranarnici-vidari bili su članovi svoga obrtničkog ceha. Tako su primjerice u Varaždinu imali s kupališnicima (balneatorima) svoj ceh s pravilnicima iz 1557. i 1561. godine. No, kasnije većina se učenih vojnih kirurga ograđivala od srednjovjekovnih brijača-nadriranarnika i kupališnaraca. U većini tadašnjih europskih gradova nije se moglo bez učenih kirurga-ranarnika, koji su imali dobru reputaciju i stekli dobar imetak, napose u većim gradovima.[102]

U našim krajevima dana 26. 12. 1694. u Osijeku su austrijski vojni kirurzi-ranarnici izvršili prvi poznati carski rez u tadašnjoj Hrvatskoj, koji je ujedno bio i prvi veći i pravi kirurški zahvat, a majka i čedo su preživjeli.[101] U Koprivnici se 1659. godine spominje prvi kirurg po imenu *Wolfgang*, a potom *Jochannes Gogoy* 1704. godine i *Franciscus Knezevich*, 1706. godine. U Križevcima prvi je poznati kirurg bio *Ivan Adam Rumor* 1667. godine. Zagreb (Gradec) ima 12 ranarnika godine 1780., dok se u Hrvatskoj i Slavoniji od 1690. do 1825. godine spominju 82 kirurga-ranarnika. Godine 1782. u Osijeku je stalni bolnički kirurg *Antun Reinchard* školovan u Njemačkoj, zatim Švicarac *Johannes Gasparus Aman* i Nijemac *Heinrich Ernest Mayer,* a 1722. godine i Hrvat *Franko Simović (Franco Simovicz*).[101–104] U Rijeci se u kolovozu 1786. otvara prva primaljska škola na tlu Hrvatske pod voditeljstvom *dr. Jacoba Cosminija*, kirurga-porodničara, koja nije odgovarala klauzulama aktualnog van Swietenova zakona pa uskoro prestaje s radom. Godine 1795. vojni kirurg austrijske mornarice i općinski kirurg Karlobaga *I. Carobbi* objavljuje udžbenik za babice *»Csast obnassan babi pupkoreznici horvatinki«*.

Kaznenim je zakonom od 27. 5. 1852. reguliran rad zdravstvenih djelatnika, pa tako i kirurga:[105]

§ 359.

Liječnici, ranarnici, apotekari, primalje i mrtvozorci, držani su svaki put, kad im se namjeri bolest, ranjenje, porod ili smrt, u kojima ima sumnju kojega zločinstva ili prestupka uopće silovite koje ozlede, zrokovane po inom kom, obavijestiti o tom vlast odmah. Ako to propuste, tvore prekršaj i kazne se globom od deset do 100 forinti.

§ 498.

Liječnik ili ranarnik, primaljnik ili primalja, koji drugomu komu, a ne vlasti na uredovni upit, otkriju tajnu koje god osobe, povjerene njihovoj pregledbi: imadu se za taj prekršaj kazniti prvi put zabranom praktike na tri mjeseca, drugi put na godinu dana, a treći put zavazda.

Bjelovarski kirurzi tijekom XVIII. i XIX. stoljeća

Prethodni pisci i medicinski povjesničari bjelovarskog kraja[99,100,106] napominju u svojim djelima da su osnovnu zdravstvenu skrb u Bjelovaru prije dva stoljeća pružali ranarnici te da se »*jednog nepoznatog dana, vjerojatno koncem XVIII. stoljeća, nastanio za stalno jedan takav ranarnik kao službeni liječnik negdje u Bjelovaru«.* Potom je zabilježeno*: »prvi ranarnici u Bjelovaru spominju se oko 1850. god. To su Knapfardt i Namorsch...«* No, obje konstatacije zasigurno nisu točne i zahtijevaju korekciju*:* prezime Knopfhardt nosile su bjelovarske primalje Križevačke pukovnije *Anna i Josepha Knopfhardt,* i to od početka XIX. stoljeća, dok se kirurga pod tim prezimenom ne nalazi u ispitivanoj građi.[11] *Vatroslav Namorsch* bio je *dr. med. univ.* i kirurg, primarni liječnik i ravnatelj bjelovarske bolnice, a ne ranarnik, u Bjelovaru je obavljao praksu sedamdesetih godina XIX. stoljeća i bio član prvoga saziva Hrvatskoga liječničkoga zbora.[107] Prvi su kirurzi-ranarnici došli zasigurno s osnivanjem vojnoga grada početkom druge polovice XVIII. stoljeća,[110] a ne 1850. godine, što je podastro i *Brlić*[98] svojim

Tablica 1. *Kirurzi u Bjelovaru i bjelovarskom kraju XVIII. i XIX. stoljeća.*
Table 1. *Surgeons in Bjelovar and Bjelovar County during the XVIII. – XIX. century*

Kirurzi Đurđevačke pukovnije Chyrurgus Reg. Szentvariensis seu St. Georgen Regiminis	Kirurzi Križevačke pukovnije Chyrurgus Reg. Crisiensis	Bolnički i gradski kirurzi, pukovnijski kirurzi kod kojih nije zapisana postrojba Chyrurgus in hospitali, Chyrurgus Commit. Belovariensis, Chyr. Regiminis…
Michael Beck (1771.)	Georg Beimrohr (1770.–1778.)	Lember (umro 1773.)
Franciscus de Felder (1771.–1789.)	Thadeus Lemle (1770.–1778.)	Michael Dorf (1776.–1797.)
Michael Rex (umro 1773.)	Venceslaus Scharchug (1771.–umro 1787.)	Franciscus Horak (1780.–1789.)
Michael Seck (1774.–1776.)	Ivan Ronch (1771.–1782.)	Franciscus Pilz (1781.)
Jochan Chorak (1781. – umro 1811.)	Karl Qvast (1771.–umro 1779.)	Johan Klenovich (umro 1783.)
Franciscus Namiesky (umro 1783.)	Ferdinand Kreutzer (umro 1775.)	Hieronim Jetel (umro 1784.)
Joannes Kaiser (1786.)	Ivan Beineghr (1776.)	Ignatius Stuckly (1786.–1788.)
Lauterspach (1791.)	Jacobus Ricker (1776.–umro 1804.)	Jeklinn (1788.)
Ignatius Czinke (1791.–1796.)	Franz Pernath (1776.–1790.)	Josephus Ruttroff (1788.)
Franciscus Xaverii Kuhn (1791.–1799.)	Johann Diell (1776.–1789.)	Antonius Zerniger (1791.)
Sebastianus Smelczer (umro 1797.)	Johan Lugmeri (1776.–1787.).	Urch (1798.)
Adalbert Henzl (1801.)	Johan Feidinger (1776.–(1789.)	Stubel (1798.)
Franciscus Schenk (1802.–1811.)	Wenzel Maux (1776.)	Kuker (1798.)
Felix Martin Regl (umro 1804.)	Christoph Daubach (1776.).	Antonio Verner (1800.–umro 1821.)
Antonius Egen (umro 1814.)	Mattias Egger (1778.)	Antonio Szabo (1804.)
Antonius Almasy (1814.)	Ivan Babich (1778.)	Venceslav Laczki (1804.–1805.)
Josephus Csik (1814.)	Franz Dietze (1778.)	Franciscus Justeg (1812.)
Leopold Lindenmayer (umro 1825.)	Jacob Mliczke (1778.)	Rudolphus Kavernik (umro 1813.)
Josephus Aman (1829.–1840.)	Vincentius Lopperius (1778.)	Klempuzky, Chyrurgus Casmaniensis (1814.)
Lang (1842.–1856.)	Franz Apfelthaller (1778.)	Brorngramm, domest. Chyrurg. (umro 1827.)
	Michael Moth (1778.)	Prompauer (1829.)
	Joseph Blijerle (1778.)	Neyrauch (1830.–1854.)
	Franciscus Babich (umro 1780.)	Venkovich (1839.)
	Johann Peinroch (1784.)	Verlcorn (1839.)
	Josephus Anas (umro 1785.)	Mier (1839.–1844.)
	Josephus Reichardt (umro 1785.)	Püchner (1840.–1859.)
	Frantz Jakisch (1787.–1789.)	Waldkirch (1840.–1851.)
	Anton Jurkovich (1787.)	Bloss (1840.)
	Johan Gavallovski (1787.)	Verlfeld (1840.)
	Jacob Rebholz (1787.)	Winkler, Chyr. Comm. Bel. (1841.–1846.)
	Johan Panitz (1787.–1789.)	Pück (1841.–1853.)
	Ignatz Müller (1787.–1812.)	Doetzany (1842.)
	Leopoldus Rebholtz (umro 1787.)	Kalessa (1841.–1842.)
	Carl Schramm (1789.)	Rathlanger (1842.)
	Anton Wiesenfeld (1789.)	Watzky (1842.–1855.)
	Anton Weis (1789.)	Vigmann (1842.)
	Jacob Mora (1789. umro 1792)	Schaffl (Shtöffl) (1842.–1851.)
	Joseph Wodravka (1789.)	Pfortner (1842.)
	Joas Ulih (1790.)	Rathbauer (1842.)
	Antonius Ultsch (1789.–umro 1792.)	Zöller (Zeller) (1842.)
	Antonius Steffani (1793.–umro 1804.)	Widicz (1843.–1845.)
	Vilhelm Pinter (1796.)	Mayerrhoffer (1843.–1845.)
	Jacob Baier (1796.)	Zengler (1843.–1845.)
	Anton Czezinger (1796.–1816.)	Palka (1844.)
	Josephus Hörman (Hermann) (1796.–1806.)	Flog (1844.)
	Erasmus Richter (1793.–1807.)	Bennich (1844.–1856.)
	Grättner (1807.)	Fengler (1844.)
	Uklijarick (1807.)	Tutczek (1844.).
	Michael Lauterbacher (1807.–1811.)	Ferdo Strnadt (1844.–1874.)
	Joannes Arbesz (umro 1808.)	Brandl (1845.–1851.)
	Joannes Huber (umro 1812.)	Barth, Chyr. Comm. Bel. (1845.–1856.)
	Dominicus Ebner (umro 1812.)	Palnstorf (1846.–1851.)
	Martin Repka (1819.)	Leeb (1846.–1850.)
	Franz Hubner (1819.)	Franjo Svoboda (1846.–1874.)
	Wenzel Pokorny (1819.–1848.)	Mandl (1846.–1856.)
	Carolus Tompa (umro 1822.)	Neugebauer (1847.–1855.)
	Hernik Gollub (1830.–1855.)	Schaschek (1847.–1856.)
		Feller (1847.–1856.)
		Beck (1847–1856)
		Echkardt (1847.)
		Pesschka (1850.)
		Ljudevit Horvat (1850.–1888.)
		Göpfl (1850.)
		Höschel (1850.)
		Mack (1852.)
		Eden (1852.)
		Smaga (1852.)
		Jakob Kürschner (1852.–1874)
		Kotzbek (1852.)
		Szlon (1853.–1856.)
		Testischek (1853.)
		Hanselsky (1853.)
		Burian (1853.)
		Sielak (1853.–1854.)
		Dr. Alojz Erlevein (1856.–1874.)
		Hieronim Schuster (1856.–1857.)
		Hes (Has) (1856.)
		Mayer (1856.)
		Malich (1856.)
		Rauch (1856.)
		Vatroslav Vondraček (1856.–1857.)
		Pribičević (1857.)
		Pestischek, Chyr. Garesniciensis (1861.)
		Aleksa Riedl (1865.–1891.)
		Vojtek Herda, Chyr. Garesnic. (1874.)
		Radivoj Krebs (1875.)
		Dr. Vatroslav Namorsch (1874.–1875.)
		Antun Bazijanec (1889–1893.)

djelom u kojem navodi imena bjelovarskih ranarnika-kirurga, stožernih liječnika i ljekarnika. U povijesnoj dokumentaciji bečkoga Ratnog arhiva u godini 1768. spominje se postojanje stožernih kirurga (lat. *Stabs chyrurgi*) u gradu *Bellovaru*. Jesu li postojali i prije osnivanja grada u malenom mjestu-tvrđi, nije do sada poznato. Prethodni istraživači podastrli su uz imena kirurga i imena dvojice obrtnika rukavičara *chirothecariusa* (lat. *chirothecator, cirothecarius;* njem. *Handschuhmacher)* vjerojatno misleći da se radi o kirurzima-ranarnicima.[98,99]

Svaka je pukovnija imala prostorije (stanove) za svoje vojne kirurge-ranarnike, kojih je po pukovniji bilo dvanaest (pukovnijski, husarski, bataljunski) sa stanovima u staroj jezgri Bjelovara (njem. *Innenstadt*), i to: četiri kirurga nadranarnika (lat. *supremus chyrurgus, superior chyrurgus;* njem. *Oberwundärzte)* i osam podliječnika kirurga (lat. *chyrurgus, unterchyrurgus;* njem. *Unterwundärzte)*. Njihovi stanovi nalazili su se u dijelovima gradske jezgre gdje je sada restaurant »Adria« (Križevačka pukovnija) te trgovine sučelice Domu kulture (Đurđevačka pukovnija). Uz njih, stožerni liječnik (*Stabs medicus*) bio je zapovjednik vojnog saniteta, a svaka je pukovnija imala pukovnijskog liječnika *(Regimentsarzt*) i izučenu, pukovnijsku primalju (*Obstetrix approbata Regiminis Crisiensis et Szentvarynensis*). Na planu grada Bjelovara iz 1772. jasno su ucrtane kuće pukovnijskog liječnika, ljekarna i kuća pukovnijskog kirurga. Tadašnji vojni bjelovarski kirurzi i liječnici imali su i svoje vrtove na periferiji grada, izvan gradskih bedema.[1,11,99]

U maticama rođenih-krštenih, vjenčanih i umrlih župe Bjelovar i župa bjelovarskog kraja do kraja XIX. stoljeća[14–97] te sastavu postrojbi Đurđevačke i Križevačke pukovnije Varaždinskoga generalata iz XVIII. stoljeća[113] navode se imena 165 kirurga-ranarnika koji su obavljali svoju službu kao vojni (trupni: pukovnijski, bataljunski, husarski), bolnički i gradski kirurzi Đurđevačke i Križevačke pukovnije te husarske satnije *(*tablica 1.). Iz navedenih dokumenata razvidno je da su neki liječnici, kirurzi i primalje nosili prefiks ili interpolaciju *de,* što potvrđuje njihovu velikašku pripadnost.

Ovako velik broj kirurga u 150 godina govori za česte prekomande trupa u kojima su kirurzi radili kao trupni kirurzi. Neki su od njih proveli u Bjelovaru više desetljeća, zasnovali obitelji u Bjelovaru, živjeli u ovom gradu, umrli i pokopani, dok su neki spomenuti samo u pojedinačnim godinama. Ispočetka su kirurzi nosili isključivo prezimena njemačkog podrijetla (npr. *Smelzer, Felder, Kaiser, Lindenmayer, Ricker, Regl*...), potom češkoga (npr. *Horak, Gollub, Szlon, Testischek, Hanselssky, Sielak*...) i hrvatskog porijekla (npr. *Venković, Benić, Horvat, Bazijanec*...). Godine 1842. spominje se čak 15 kirurga u samom gradu Bjelovaru. Iz istraživanog arhivalija moguće je dobiti podatke o obiteljima kirurga i njihovim sudbinama (rođenje / krštenje, vjenčanje, smrt i pokop). Tako je, primjerice, dana 13. 2. 1771. umrla *Elisabetha Beck*, žena natkirurga-nadranarnika *Michaela Becka*, *superior chyrurgus I. R. St. Georgiensis,* a iste je godine kršten sin kirurga *Franciscusa de Feldera, Stanislav Franciscus;* 11. 7. 1788. umrla je jedanaestomjesečna kći kirurga *Stuklyja*; *prolis chyrurgi Anna Stukly.*

Kirurzi su, kao i primalje, tijekom teškoga poroda, prijevremenog poroda, tadašnjih porodničarskih operacija (okret, ekstrakcija), imali obvezu krštenja životno ugroženog novorođenčeta iz nužde, u životnoj opasnosti *(in periculo).* Tako je 1797. godine kirurg *Dorf* udijelio krst iz nužde novorođenčetu: *M.B. levante per chirurgus Dorfua,* a dana 18. 6. 1804. krštena je *Ana Maria* u nuždi od strane kirurga *Rickera*. Također, navodi se i udjeljivanje sakramenta umirućih od strane kirurga: u Čazmi umrla je naglo 10. 1. 1814. 40-godišnja M. G., kod koje je sakramente udijelio čazmanski kirurg *(provisa sacramenti) chyrurgus Klempuzky*, očito tijekom intervencije.[114] Neki su tadašnji liječnici *(dr. med. univ.)* bili i kirurzi *(magister chirurgiae),* dok su ponajvećma bili pukovnijski (trupni) liječnici. Tako je godine 1806. pukovnijski liječnik i natkirurg Križevačke pukovnije, poštovani (znameniti) gospodin, doktor medicine *Josephus Hermann, Clarissimo Domino Medicinae Doctoris et Supremus Chyrurgus Regiminis Crisiensis.* Kirurg i liječnik je *Franciscus Schenk*, pa *Antonio Veiner, Alojz Erlewein, Vatroslav Namorsch...* Godine 1845. osnovano je *Društvo zagrebačkih liečnika* s ukupno trinaest članova, a među njima tri magistra opstetricije i dva magistra kirurgije.[107]

Rijetki su kirurzi i tadašnji liječnici bili i doktori veterinarske medicine. I u Bjelovaru je djelovao jedan takav kirurg i veterinar Đurđevačke pukovnije, *Antonius Egen, Chyrurgus superior Reg. Szentvary et veterinae medicus,* koji je umro u 38. godini života i pokopan u Bjelovaru 17. 11. 1814.

Od 1830. godine u maticama umrlih (*Matricula defunctorum*) upisuju se obvezatno uzrok smrti (*Causa mortis)* uz klauzulu *Medicus ili Chyrurgus comprobata est*, što potvrđuje da je liječnik ili kirurg-ranarnik smrt potvrdio *(mors testimonio*) i odobrio ukop pokojnika. Kirurzi, uz svakodnevni posao kirurga i porodničara, redovito obavljaju mrtvozorstva: imali su svoj teren za službu zavisno od postrojbe koja se nalazila u okolnim selima, a izmjenjivali su se i kao bolnički liječnici. Tako mrtvozorstva u selu Klokočevcu 1855. godine obavlja kirurg *Barth*, a bolnički kirurg je te godine *Püchner. Chyrurgus in hospitali* (bolnički kirurzi) 1856. godine bili su: *Mandl, Hefs, Szlon, Lang, Vondraček, Malich, Barth i Bönisch.* Za selo Gudovac kirurg i mrtvozornik je *Barth,* a za Ivanovčane *Mayer.* Garešnički je kirurg *Pestishek.*

U obje bjelovarske bolnice, onoj prvoj *»Militär und Bürger Spital«* vjerojatno iz 1782. i druge *»K. und K. Landes-Spital des Warasdiner Regiments«* iz 1845. radili su kirurzi kao bolnički liječnici. Po Zakonu o ustrojstvu zdravstva od 4. 3. 1849. bolnicama u Monarhiji upravlja pukovnijski liječnik-kapetan, bolnički liječnik(ci) su podliječnici-vojni kirurzi, a njegu pružaju vojni bolničari i kasnije sestre milosrdnice-bolničarke.[104,105,108] Poznati bjelovarski gradski kirurzi (*Chyrurgus. Commitatis Belovariensis)* bili su *Winkler* (do 1845. godine) i *D. Barth*, od 1845. Druga bjelovarska bolnica bila je, kao i prva, vojna, ali i gradska; primala je na liječenje civilno pučanstvo grada i okolice (djecu, žene, trudnice, rodilje). Primjerice, dana 19. 10. 1853. u bolnici (*In hospitali*) umrlo je nedonošče staro ¼ sata, kao uzrok smrti (bolest) naveden je prijevremeni porod (*Partus immaturus)*, a smrt je potvrdio bolnički kirurg *Hanselsky*. Pet dana kasnije, 24. 10. 1853. umrla je u bolnici *(In Hospitali)* i majka navedenog nedonoščeta, 24-godišnja M. K., kao uzrok smrti upisan je: *Hydrops,* a smrt majke također potvrđuje tadašnji bolnički liječnik-kirurg *Hanselski (Hanselsky).* Dijete je pokopano istoga dana kada je umrlo, a majka 26. 10. 1853. na bjelovarskom gradskom groblju (slika 3.).

Godine 1880. u gradu Bjelovaru tadašnjom kirurgijom bave se bolnički liječnici opći praktičari, primarni liječnik bolnice *dr. Aleksa Valčić,* gradski fizik *dr. Avelin Roblek* i *dr. Izidor Schlick* kao kraljevski podžupanijski liječnik Podžupanije bjelovarske, a *Ljudevit Horvat* bio je kirurg-ranarnik i općinski liječnik u Ivanskoj. Godine 1885. u bje-



Slika 3. *Naziv druge bjelovarske bolnice iz 1845. godine*
Figure 3. *Name of the second Bjelovar Hospital 1845*



Slika 4. *Iz matice umrlih bjelovarske župe iz 1853. s imenima bolničkog kirurga Hanzelskog.*
Figure 4. *Ex Matricula defunctorum Parochiae Bellovariensis, year 1853 with name of hospital surgeon, Hanselsky*

lovarskoj bolnici učinjeno je 88 kirurških zahvata i četiri patološka poroda, a 1886. kirurških zahvata je učinjeno samo pet![99,108] U bolničkom se izvješću navodi da su kao antiseptici kod operacija osamdesetih godina[11,99,108,109,117] korišteni 3–5%-tna otopina karbolne kiseline, 1/1000 sublimat i jodoform. Svi gradski liječnici su uz bolničke kirurge-ranarnike i liječnike bili pozivani i nazočili operacijama koje su se izvodile u bolničkoj operacijskoj dvorani na I. katu iznad ulaza u zgradu, a nakon zahvata svi su bolesnici otpušteni kućama zdravi. Navodi se da su se amputacije 1888. godine izvodile u narkozi, vjerojatno općom inhalacijskom anestezijom Schimmelbuschevom maskom eterom ili kloroformom metodom kapanja. No, 12. 9. 1888., kralj *Franjo Josip I.* tijekom svoga drugog posjeta bjelovarskom kraju i Bjelovaru, obišao je bolnicu pod vodstvom ravnatelja i primarnog liječnika *dr. Hermanna Fischera* i razočarao se uvjetima rada i života bolesnika. Naime, kada je osobno otvorio vrata operacijske dvorane, naišao je na drveni operacijski stol, a pod njim stari šešir-cilindar u kojem je bila nasađena kvočka na jajima! Car je izjavio: *»Da siech es wirklich dürftig an!« (»Tu zbilja izgleda bijedno«).*[109]

Sljedeće, 1889. godine medicinsku i rijetko kiruršku skrb pružaju uz ostale gradske bjelovarske liječnike, 28-godišnji *dr. Herman Fischer*, primarni bolnički liječnik i gradski fizik, 53-godišnji nadranarnik-kirurg *Šandor Aleksa Riedel*, bolnički liječnik i *Antun Bazijanec*, kirurg. Godine 1893. d*r. Božo Steinfel* postaje liječnik Županijske bolnice u Bjelovaru i kraljevski kotarski liječnik, a *Antun Bazijanec*, posljednji kirurg-ranarnik napušta Bjelovar pošto je imenovan privremenim kotarskim liječnikom u Perušiću.[11,99,100,108,109] Prvi liječnik-kirurg dr. Milan Begić u bjelovarsku bolnicu dolazi 1906. godine iz Osijeka i ostaje svega dvije godine. Nakon njega, bjelovarski kirurzi prve polovice XX. stoljeća jesu gospoda primarijusi dr. Antun Gottlieb, dr. Nikola Karlić i dr. Josip Jagodić, gospođe dr. Regina Atijas i dr. Ljubica Bosner i gospoda dr. Đorđe Bastaić, dr. Stanislav Stebnicki i dr. Ivan Bićanić.[11,13,99,100]

Iz vlastitog istraživanja jasno je da su brojni kirurzi, stožerni liječnici i primalje pružali zdravstvenu skrb u Bjelovaru osnutkom grada kao takvog, a potom i osnivanjem prve bjelovarske bolnice oko 1782. godine.[11,99]

Kirurzi-ranarnici, školovani ponajvećma u tadašnjim visokim učilištima Austrijskog carstva, nuždan su zdravstveni profil tijekom XVIII. i XIX. stoljeća. Pružajući pomoć iz domene operacijske medicine (kirurgije, porodništva, oftalmologije), unutrašnjih bolesti, sudske medicine u vojnoj i civilnoj medicini diljem bojišnica, gradova i sela te bolnica, dali su neprocjenjiv doprinos funkcioniranju zdravstvene službe u gradovima tadašnjeg carstva, tako i Bjelovara, sukladno medicinskim spoznajama toga vremena.

LITERATURA

1. *Slukan Altić M.* Povijesni atlas gradova. I. svezak Bjelovar. Državni arhiv Bjelovar i Hrvatski državni arhiv, Zagreb 2003.
2. 250. obljetnica Bjelovara: izgradnja i razvoj 1756.–2006. Zavod za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru, Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti. Sažeci radova sa znanstvenog skupa, Bjelovar 2006.
3. Matica rođenih župe Kapela 1737.–1756. Hrvatski državni arhiv.
4. Matica umrlih župe Kapela 1737.–1758. Hrvatski državni arhiv.
5. Matica vjenčanih župe Kapela 1738.–1753. Hrvatski državni arhiv.
6. Matica rođenih župe Kapela 1756.–1784. Hrvatski državni arhiv.
7. Matica umrlih župe Kapela 1758.–1785. Hrvatski državni arhiv.
8. Matica vjenčanih župe Kapela 1769.–1782. Hrvatski državni arhiv.
9. Matica rođenih župe Veliko Trojstvo 1691.–1758. Hrvatski državni arhiv.
10. Matica vjenčanih župe Veliko Trojstvo 1688.–1766. Hrvatski državni arhiv.
11. *Habek D.* Povijest primaljstva, porodništva i ginekologije bjelovarskog kraja. Grad Bjelovar i Županija bjelovarsko-bilogorska. Čvor Bjelovar, 2008.
12. *Bazala V.* Poviestni razvoj medicine u hrvatskim zemljama. HIBZ Zagreb, 1943.
13. *Mlinarić I i sur.* Povijest kirurških struka u Hrvatskoj. Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, 2002.
14. Zbirka Matica br. 321 župa Štefanje 1718.–1780. Državni arhiv Bjelovar 296 321.
15. Zbirka Matica br. 23 župa Ciglena 1896.–1931. Državni arhiv Bjelovar 296 23.
16. Matična knjiga rođenih br. 266 župe Rovišće 1789.–1827. Državni arhiv Bjelovar 296 266.
17. Matična knjiga umrlih br. 296 župe Rovišće 1858.–1874. Državni arhiv Bjelovar 296 296.
18. Zbirka Matica br. 129 župa Ivanska 1858.–1877. Državni arhiv Bjelovar 296 129.

19. Zbirka Matica br. 214 župa Nevinac 1831.–1857. Državni arhiv Bjelovar 296 214.
20. Zbirka Matica br. 218 župa Nevinac 1858.–1877. Državni arhiv Bjelovar 296 218.
21. Zbirka Matica br. 272 župa Rovišće 1833.–1857. Državni arhiv Bjelovar 296 272.
22. Zbirka Matica br. 322 župa Štefanje 1781.–1829. Državni arhiv Bjelovar 296 322.
23. Zbirka Matica br. 321 župa Štefanje 1718.–1780. Državni arhiv Bjelovar 296 321.
24. Zbirka Matica br. 220 župa Nova Rača 1858.–1875. Državni arhiv Bjelovar 296 220.
25. Zbirka Matica br. 216 župa Nevinac 1878.–1900. Državni arhiv Bjelovar 296 216.
26. Zbirka Matica br. 215 župa Nevinac 1858.–1878. Državni arhiv Bjelovar 296 215.
27. Zbirka Matica br. 151 župa Kapela 1858.–1876. Državni arhiv Bjelovar 296 151.
28. Zbirka Matica br. 345 župa Veliko Trojstvo 1858.–1878. Državni arhiv Bjelovar 296 345.
29. Zbirka Matica br. 152 župa Kapela 1876.–1897. Državni arhiv Bjelovar 296 152.
30. Zbirka Matica br. 22 župa Ciglena 1858.–1985. Državni arhiv Bjelovar 296 22.
31. Zbirka Matica br. 311 župa Štefanje 1685.–1748. Državni arhiv Bjelovar 296 311.
32. Zbirka Matica br. 312 župa Štefanje 1749.–1788. Državni arhiv Bjelovar 296 312.
33. Matica vjenčanih župe Bjelovar 1834.–1857. Hrvatski državni arhiv.
34. Matica rođenih i krštenih župe Bjelovar 1767.–1819. Hrvatski državni arhiv.
35. Matica rođenih i krštenih župe Bjelovar 1820.–1849. Hrvatski državni arhiv.
36. Matice umrlih župe Bjelovar 1767.–1849. Hrvatski državni arhiv.
37. Matica umrlih župe Štefanje 1775.–1842. Hrvatski državni arhiv.
38. Zbirka Matica br. 87 župa Garešnica 1858.–1878. Državni arhiv Bjelovar 296 87.
39. Zbirka Matica br. 90 župa Garešnica 1878.–1902. Državni arhiv Bjelovar 296 90.
40. Zbirka Matica br. 26 župa Čazma 1874.–1878. Državni arhiv Bjelovar 296 26.
41. Zbirka Matica br. 29 župa Čazma 1878.–1906. Državni arhiv Bjelovar 296 29.
42. Matica umrlih župe Bjelovar 1843.–1857. Hrvatski Državni arhiv.
43. Matica umrlih br. 303 župe Šandrovac 1858.–1880. Državni arhiv Bjelovar 296 303.
44. Matica krštenih br. 308 župe Šandrovac 1858.–1880. Državni arhiv Bjelovar 296 308.
45. Matica umrlih Židovske općine Bjelovar 1875.–1896. Državni arhiv Bjelovar.
46. Matica krštenih župe Zrinski Topolovac 1854.–1904. Državni arhiv Bjelovar 296 272.
47. Matica rođenih Židovske općine Bjelovar 1903.–1908. Državni arhiv Bjelovar.
48. Matica umrlih župe Rovišće 1858.–1896. Hrvatski državni arhiv.
49. Matica umrlih župe Rovišće 1897.–1920. Hrvatski državni arhiv.
50. Matica umrlih župe Rovišće 1921.–1938. Hrvatski državni arhiv.
51. Matica vjenčanih župe Bjelovar 1772.–1819. Hrvatski državni arhiv.
52. Matična knjiga umrlih župe Miklouš 1789.–1832. Hrvatski državni arhiv.
53. Matica rođenih Židovske općine Križevci 1852.–1908. Hrvatski državni Arhiv.
54. *Jakšeković Đ.* Prilog poznavanju zdravstvenih prilika u Novoj Rači i okolici krajem prve polovice 19. stoljeća. Muzejski Vjesnik 13. Gradski muzej Bjelovar, 1990; 40–43.
55. Matica rođenih župe Dubrava 1890.–1898. Državni arhiv Bjelovar 29669.
56. Matica krštenih župe Zrinski Topolovac 1884.–1904. Državni arhiv Bjelovar 296368.
57. Matica krštenih župe Rača 1806.–1819. Državni arhiv Bjelovar 296303.
58. Matica umrlih župe Garešnica 1770.–1833. Hrvatski državni arhiv.
59. Matica rođenih župe Ciglena 1848.–1857. Hrvatski državni arhiv.
60. Matica rođenih župe Ciglena 1810.–1847. Hrvatski državni arhiv.
61. Matica rođenih župe Rača 1709.–1752. Hrvatski državni arhiv.
62. Matica vjenčanih župe Rača 1711.–1791. Hrvatski državni arhiv.
63. Matica rođenih župe Cirkvena 1730.–1783. Hrvatski državni arhiv.
64. Matica rođenih župe Cirkvena 1784.–1811. Hrvatski državni arhiv.
65. Matica rođenih župe Cirkvena 1730.–1783. Hrvatski državni arhiv.
66. Matica umrlih župe Cirkvena 1758.–1829. Hrvatski državni arhiv.
67. Matica umrlih župe Cirkvena 1830.–1836. Hrvatski državni arhiv.
68. Matica umrlih župe Čazma 1754.–1833. Hrvatski državni arhiv.
69. Matica rođenih župe Čazma 1725.–1766. Hrvatski državni arhiv.
70. Matica rođenih župe Čazma 1769.–1811. Hrvatski državni arhiv.
71. Matica vjenčanih župe Čazma 1760.–1833. Hrvatski državni arhiv.
72. Matica umrlih župe Garešnica 1748.–1770. Hrvatski državni arhiv.
73. Matica rođenih župe Garešnica 1748.–1880. Hrvatski državni arhiv.
74. Matica vjenčanih župe Garešnica 1748.–1808. Hrvatski državni arhiv.
75. Matica rođenih župe Cirkvena 1683.–1745. Hrvatski državni arhiv.
76. Matica umrlih župe Cirkvena 1683.–1745. Hrvatski državni arhiv.
77. Matica rođenih župe Rača 1709.–1752. Hrvatski državni arhiv.
78. Matica umrlih župe Veliko Trojstvo 1735.–1736. Hrvatski državni arhiv.
79. Matica rođenih župe Veliko Trojstvo 1759.–1832. Hrvatski državni arhiv.
80. Matica rođenih župe Veliko Trojstvo 1832.–1857. Hrvatski državni arhiv.
81. Matica vjenčanih župe Veliko Trojstvo 1767.–1832. Hrvatski državni arhiv.
82. Matica umrlih župe Veliko Trojstvo 1736.–1832. Hrvatski državni arhiv.
83. Matica umrlih župe Veliko Trojstvo 1832.–1857. Hrvatski državni arhiv.
84. Matica umrlih župe Donji Mosti 1928.–1948. Hrvatski državni arhiv.
85. Matica rođenih župe Donji Mosti 1905.–1921. Hrvatski državni arhiv.
86. Matica rođenih župe Nevinac 1680.–1748. Hrvatski državni arhiv.
87. Matica umrlih župe Donji Mosti 1858.–1877. Državni arhiv Bjelovar 29624.
88. Matica rođenih župe Donji Mosti 1858.–1877. Državni arhiv Bjelovar 29650.
89. Matica rođenih župe Nevinac 1680.–1748. Hrvatski državni arhiv.
90. Matica umrlih župe Donji Mosti 1858.–1877. Državni arhiv Bjelovar 29624.
91. Matica rođenih župe Donji Mosti 1858.–1877. Državni arhiv Bjelovar 29650.
92. Matica rođenih župe Hercegovac 1858.–1877. Državni arhiv Bjelovar 296125.
93. Matica rođenih župe Hercegovac 1878.–1895. Državni arhiv Bjelovar 296126.
94. Matica umrlih župe Draganec 1878.–1910. Državni arhiv Bjelovar 29656.
95. Matica rođenih župe Draganec 1878.–1893. Državni arhiv Bjelovar 29658.
96. Matica umrlih župe Hercegovac 1878.–1905. Državni arhiv Bjelovar 296128.
97. Matica rođenih župe Veliki Grđevac 1878.–1894. Državni arhiv Bjelovar 296339.
98. *Brlić AE.* Kirurzi, liječnici i ljekarnici u bjelovarskim maticama XVIII. stoljeća. Liječ Vjesn 1950;72:41.
99. *Miculinić R.* Iz starije prošlosti bjelovarske bolnice. U: Medar M, Kudumija B. Bjelovarski zbornik 6. Matica hrvatska ogranak Bjelovar i Opća bolnica Bjelovar. Bjelovar, 2003;15–30.
100. *Berghofer M.* Povijest zdravstvene službe u Bjelovaru. Zbornik stručnih radova Medicinskog centra »Dr. Emilija Holik« u Bjelovaru. Povodom 125-godišnjice postojanja bolnice. Bjelovar. Medicinski centar Bjelovar, 1970; 7–69.
101. *Hajduković N.* Sto godina kirurgije u Osijeku. Kronologija 1895.–1995. Osijek, 1995.
102. *Piasek G.* Zdravstvo Varaždina do konca 19. stoljeća. HAZU. Zavod za znanstveni rad Varaždin, 1996.
103. *Hilpert C.* Mainzer Hebammen in früheren Jahrhunderten. Frauenbüro Mainz, 2005.
104. *Nikolić Z.* Gradska kultura u djelima Jurja Habdelića. Zbornik odsjeka povijesnih znanosti Zavoda za povijesne i društvene znanosti HAZU 19. Zagreb, 2001;209.
105. *Lobmayer A.* Primaljstvo. Učevna knjiga za primalje. Kraljevska Hrvatska-Slavonska-Dalmatinska Zemaljska Vlada, Zagreb, 1898.
106. *Diklić D.* Povijest zdravstva u Bjelovaru. 250. obljetnica Bjelovara: izgradnja i razvoj 1756.–2006. Zavod za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru, Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti. Sažeci radova sa znanstvenog skupa, Bjelovar 2006; 26–27.
107. *Belicza B, Orlić D.* Hrvatski liječnički zbor. Predsjednici od 1874. do 2004. Hrvatski liječnički zbor, Zagreb 2004.
108. Tabelarni pregled pogledom na bolesti i na pomor po bolnicah tečajem godine 1877.–1888.
109. *Karlić N.* Nešto iz prošlosti bjelovarske bolnice. U: Medar M, Kudumija B. Bjelovarski zbornik 6. Matica hrvatska ogranak Bjelovar i Opća bolnica Bjelovar. Bjelovar, 2003;31–94.
110. Index librorum 1768 /I. Hofkriegsrates 1557–1848. Österreichisches Kriegsarchiv Wien.
111. K. und k. Militär-Lehrer Institut zu Wiener Neustadt 1859–1873. MS / Österreichisches Kriegsarchiv Wien.
112. *Standes liste K.* und k. Medizinisch Chirurgische Josefs Akademie Wien 1859.–1873/74. MS / Österreichisches Kriegsarchiv Wien.
113. *Grenz Infanterie Kreutzer Regiment 5.* und St. Georgen Regiment 6. Muster-liste, Revisions liste. DA ZM 54/217 (D-1431, D-1432, D-1433, D-1435). Hrvatski državni arhiv, Zagreb.

Pisma uredniku
Letters to the Editor

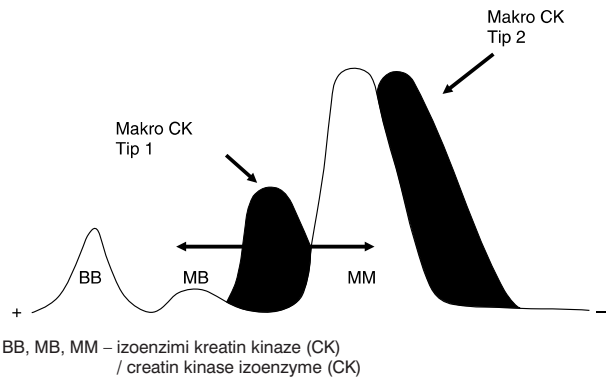
Klinička važnost makromolekularne forme enzima kreatin kinaze

Clinical importance of macromolecular creatine kinase enzyme

Poštovani gospodine glavni uredniče,

Potaknuti nedavnim slučajem iz naše redovite kliničke prakse, odlučili smo se javiti ovim pismom. U kratkim crtama, radilo se o 42-godišnjoj bolesnici koja je hospitalizirana i obrađivana od strane neurologa zbog vertiginoznih smetnji i ataksije. Anamnestički, osim ulceroznog kolitisa dijagnosticiranog 2003. godine koji je u posljednjih godinu dana u stabilnoj fazi uz terapiju mesalazinom, bolesnica nije teže bolovala. Učinjenom opsežnom neurološkom obradom (transkranijski i dopler karotida, magnetska rezonancija mozga, elektroencefalogram, elektromioneurografija, evocirani potencijali, laboratorijska analiza likvora itd.), nije nađen značajan patološki supstrat. U rutinskim laboratorijskim nalazima višekratno je nađena povećana ukupna aktivnost enzima kreatin kinaze (CK) 401–445 U/L uz povećanu aktivnost i izoenzima CK-MB (engl. muscle-brain izoenzyme) do 549 U/L (vrijednosti više od ukupnog CK). S obzirom na takav klinički neočekivan nalaz stalno povećane aktivnosti CK i CK-MB izoenzima učinjena je i neinvazivna kardiološka obrada iako bolesnica nije imala značajnih tegoba u smislu zaduhe ili prekordijalnih opresija niti pri većim fizičkim aktivnostima. Ehokardiografski je nađeno morfološki i funkcionalno normalno srce, a na testu opterećenja bolesnica je dostigla teoretski maksimum za dob (125 W, 8.0 MET-a), bez poremećaja sinusnog ritma ili značajnih promjena ST-T-segmenta u elektrokardiogramu.

U Medicinsko-biokemijskom laboratoriju pri interpretaciji dobivenih povećanih aktivnosti ukupnog CK i aktivnosti izoenzima CK-MB većoj od aktivnosti ukupnog CK, upozoreno je na moguću prisutnost makroenzima CK. Također je određena i masena koncentracija CK-MB izoenzima (MEIA, Abbott, Axsym) koja je iznosila 3,2 µg/L, a očekivane vrijednosti prema proizvođaču reagensa iznose <3,8 µg/L. Preporučeno je učiniti elektroforezu izoenzima CK. Elektroforezom izoenzima CK utvrđena je prisutnost dviju frakcija: 21,7% CK-MM i 78,3% CK-MB frakcija koja je bila konstantna i nakon 14 dana (77,2%). Pretraživanjem dostupne literature, naišli smo na moguće objašnjenje povećanih aktivnosti CK i CK-MB izoenzima u naše bolesnice.



BB, MB, MM – izoenzimi kreatin kinaze (CK)
/ creatin kinase izoenzyme (CK)

Slika 1. *Shematski prikaz elektroforetske krivulje uobičajenih i atipičnih CK izoenzima u serumu bolesnika*
Figure 1. *Electrophoretic curve scheme of typical and atypical CK izoenzymes in patients sera*

Postoje tri uobičajene forme izoenzima CK, a to su već spomenuti CK-MB te CK-BB i CK-MM. U kliničkoj kardiologiji veliku važnost ima određivanje CK-MB izoenzima kao biljega oštećenja miokarda, najčešće u dijagnostici akutnoga koronarnog sindroma.[1] Pored toga, opisana su još dva atipična, makromolekularna (>200 kDa) oblika enzima CK, tzv. makro CK tip 1 i 2.[2] *Makro CK tip 1 je kompleks izoenzima CK-BB i IgG, ali su mogući i kompleksi drugih izoenzima i imunoglobulina.*[3] Makro CK tip 1 naziva se još anodni makro CK i uobičajeno se nalazi između CK-MM i CK-MB frakcije u elektroforetskoj distribuciji CK izoenzima, ali također se može lokalizirati na poziciji CK-MB frakcije (CK-IgG kompleks) ili CK-MM frakcije (CK-IgA kompleks).[2] Za razliku od toga, makro CK tip 2 predstavlja oligomeričku mitohondrijalnu CK i još se naziva katodni makro CK (migrira u elektroforezi u područje CK-MM) (slika 1.).[2]

U gore opisanom slučaju, kako je navedeno, u bolesnice je dijagnosticiran ulcerozni kolitis, a upravo se makro CK oblik tip 1 često javlja u tih bolesnika,[4,5] odnosno bolesnika s nekom autoimunom bolesti.[2] Klinički, tipično se nalaze povećane aktivnosti izoenzima CK-MB, uglavnom veće od aktivnosti ukupnog CK.[5] Tako je u naše bolesnice u jednom od nalaza aktivnost ukupnog CK bila 401, a aktivnost CK-MB 549 U/L. U literaturi je poznato da prisutnost makro CK oblika u serumu bolesnika dovodi do lažno povećane aktivnosti CK-MB izoenzima određenog metodom imunoinhibicije.[6] Nadalje, prisutnost atipičnih izoenzima CK može uzrokovati diskrepanciju između rezultata masene koncentracije CK-MB izoenzima određenog imunološkim metodama i rezultata dobivenih elektroforezom.[1] Točno otkrivanje makroenzima CK zahtijeva kombinaciju imunoloških i elektroforetskih tehnika,[7] no s obzirom na:

a) stalno povećanu aktivnost ukupnog CK i aktivnost CK-MB veću od ukupnog CK,
b) masenu koncentraciju CK-MB izoenzima unutar referentnog intervala,
c) konstantnu frakciju CK-MB u nalazu elektroforeze izoenzima CK (u literaturi su opisani slučajevi makro CK tip 1 u kojem je elektroforetska mobilnost makro CK identična onoj CK-MB izoenzima),[8]
d) dijagnozu ulceroznog kolitisa (makro CK oblik tip 1 često se javlja u tih bolesnika),[4,5]

smatramo da nalazi upućuju na prisutnost makro CK tip 1.

Učestalost povećanih aktivnosti CK enzima zbog prisutnosti makromolekularnog oblika CK tip 1 prema dostupnim podacima iznosi 0,6–2%.[9,10] Postojanje makromolekularnog oblika CK enzima u kliničkoj je praksi uglavnom slabo poznato pa dovodi do različitih nedoumica i što je još važnije,

nepotrebnih dodatnih pretraga zbog sumnje na postojanje ishemijske bolesti srca.[10]

Stoga je svrha ovog pisma podsjetiti i upoznati ponajprije kliničare na mogućnost postojanja makromolekularnog oblika CK tipa 1, najčešće u bolesnika s autoimunim bolestima. Prepoznavanje takvog stanja klinički je važno jer makro CK oblik tip 1 dovodi do lažnog povećanja aktivnosti CK-MB frakcije, većeg i od aktivnosti ukupnog CK. Poznavanjem ovog problema mogu se izbjeći nepotrebne višekratne laboratorijske analize krvi, kao i obrade asimptomatskih bolesnika zbog sumnje na postojanje bolesti srca.

Dr. sc. Nenad Lakušić
Danijela Polak Erceg, dipl. ing., spec. med. biokemije
dr. sc. Darija Mahović

LITERATURA

1. *The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology.* Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST segment elevation acute coronary syndromes. Eur Heart J 2007;28:1598–660.
2. *Lee KN, Csako G, Bernhardt P, Elin RJ.* Relevance of macro creatine kinase type 1 and type 2 isoenzymes to laboratory and clinical data. Clin Cem 1994;40:1278–83.
3. *Galasso PJ, Litin SC, O'Brien JF.* The macroenzymes: a clinical review. Mayo Clin Proc 1993;68:349–54.
4. *Perez-Calle Jl, Marin-Jimenez I, Lopez-Serrano P i sur.* Prevalence of macrocreatinkinase type 1 in patients with inflammatory bowel disease. Dig Dis Sci 2008;53:486–9.
5. *Perez Calle JL, Marcos IM, Carneros JA i sur.* Macromolecular creatinine kinase in patients diagnosed with ulcerative colitis. Gastroenterol Hepatol 2001;24:16–9.
6. *Rosa-Jimenez F, Gasso de Campos M, Camacho Reina MV i sur.* Macro creatine kinase type 1 as a cause of increase of CF-MB isoenzyme. Apropos of 7 cases. Rev Esp Cardiol 1997;50:166–72.
7. *Abbott LB, Van Lente F.* Procedure for Characterization of Creatine Kinase Variants on Agarose Electrophoretograms. Clin Chem 1985;31: 445–7.
8. *Medeiros LJ, Greco FA, Walsh D, Gerson B.* Macro Creatine Kinase Type 1 with Electrophoretic Mobility Identical to That of the MB Isoenzyme. Clin Chem 1985;31:1393–96.
9. *Laureys M, Sion JP, Slabbynck H i sur.* Macromolecular creatine kinase type 1: a serum marker associated with disease. Clin Chem 1991;37: 430–4.
10. *Fahie-Wilson MN, Burrows S, Lawson GJ i sur.* Prevalence of increased serum creatine kinase activity due to marco-creatine kinase and experience of screening programmes in district general hospitals. Ann Clin Biochem 2007;44:377–83.

Limfangiomi u djece

Lymphangioma in children

Poštovani gospodine uredniče,

Limfangiomi su rijetki kongenitalni hamartomi koji se obično nalaze na glavi i vratu.[1] Te lezije karakteriziraju prostori dilatiranog endotela, koji variraju u veličini od mikroskopskih kanala (kavernozni limfangiom) do velikih cista (cistični limfangiom ili cistični higrom).[2]

Limfangiomi se histološki mogu podijeliti ovako:[3]

1. kapilarni limfangiomi, sadržavaju kanaliće tankih stijenki, veličine kapilara u obliku mjehurića što protrudiraju u epidermis. Građeni su od prostora obloženih endotelom koji se histološki od kapilara mogu razlikovati samo po tome što ne sadržavaju krvne stanice, a najčešće se nalaze potkožno u području glave i vrata; **2. kavernozni limfangiomi**, sadržavaju veće dilatirane kanaliće, često s fibroznom adventicijom, koji mogu invadirati u okolno tkivo; **3. cistični limfangiom ili cistični higrom** građen je od cista ispunjenih tekućinom promjera od nekoliko milimetara do nekoliko centimetara;[4] **4. hemolimfangiom**, mješovita lezija hemangioma i limfangioma, vaskularne kapilare i kavernozni prostori mogu se nalaziti unutar lezije.[5]

Klinička prezentacija limfangioma ovisi o njihovoj lokalizaciji.[6] U bolesnika se u zahvaćenoj regiji obično nalazi bezbolna tvorba spora rasta.[4] Znakovi i simptomi limfangioma mogu biti: distorzija lica i vrata; respiratorni stridor s cijanozom (zbog kompresije ili medijastinalnog širenja); pojava spontanog krvarenja koje može biti i fatalno; kompresija brahijalnog pleksusa koju prati bol ili hiperestezija; infekcije gornjeg dijela respiracijskog trakta; apneja; poremećaj okluzije.[4] Veliki tumori mogu interferirati s mastikacijom, degluticijom i razvojem govora te mogu ugroziti gornje dišne putove.[4]

Limfangiomi mogu zahvatiti gotovo bilo koji dio tijela u kojem se nalazi limfno tkivo, ali se češće javljaju u području glave, vrata i aksile.[7] Cistični higromi pretežno nastaju u vratu, i to najčešće u posteriornome vratnom trokutu. Limfangiomi se često javljaju u djece s Turnerovim sindromom u koje mogu biti dijagnosticirani i prije rođenja, Klinefelterovim, Noonanovim sindromom te u još nekih trisomija.[4]

Patohistološki za limfangiome karakteristični su prostori okruženi tankim slojem endotela, veličine do nekoliko centimetara, napunjenih rijetkom, vodenastom tekućinom (sličnom serumu), prozirne ili blijedožute boje koja može sadržavati limfocite, monocite, ponekad i polimorfonukleare, eritrocite te hemosiderin i kolesterolske kristale.

Cistični higrom javlja se kao unilokularan ili multicistični tumor, saćasta izgleda zbog multiplih limfnih kanala, s tankom, često prozirnom stijenkom. Mikroskopski, stijenku higroma čine jedan ili dva reda pločastih stanica s različitom količinom fibrozne strome te s područjima tromboze.

Limfangiomatozne malformacije mogu se prikazati ultrazvukom (UZ), kompjutoriziranom tomografijom (CT) ili magnetskom rezonancijom (MR).[7] Najbolja primarna metoda evaluacije i dijagnoze limfangioma je UZ. CT s intravenskom primjenom kontrastnog sredstva može pokazati odnose lezije i okolnih žila, ali je ponekad teško razlučiti tumorsku masu od mekih tkiva slične gustoće. MR jasnije prikazuje odnos lezija mekih tkiva prema mišićima i obližnjim vaskularnim strukturama, osobito kad se kontrastno sredstvo ne može intravenski aplicirati. Nadalje, s pomoću MR moguća je diferencijacija limfangioma od ostalih masa ispunjenih tekućinom (hemangioma, cista tiroglosalnog duktusa, cističnih apscesa).[8]

Limfangiome je potrebno liječiti jer se spontana remisija vrlo rijetko javlja.

Najbolji način liječenja limfangioma jest njihova potpuna kirurška ekscizija. Pritom treba paziti da ne dođe do oštećenja okolnih vitalnih struktura ili živaca (nervusa facijalisa, nervusa vagusa ili nervusa laringeusa superiora).[1]

Kirurška ekscizija je metoda izbora i u liječenju cističnih higroma. Preporučuje se učiniti je što ranije jer rast tumora, njegovo invadiranje u okolno tkivo te fibroza i ožiljne promjene nakon infekcija povećavaju njegovu ionako tešku eksciziju.[2]

Osim kirurške, postoje i druge metode liječenja cističnih higroma: 1. injiciranje sklerozirajućih sredstava – sklerozirajuće sredstvo difundira kroz cističnu tekućinu i penetrira kroz njezin endotel te stvara nepredvidljive ožiljke, a može biti vrlo štetno ako postoji komunikacija s većim venama; 2. radioterapija – danas se rijetko rabi jer se njome tumor rijetko potpuno uništi te zbog mogućeg oštećenja rasta lokalnih struktura, 3. injiciranje steroida; 4. kriokirurgija; 5. elektrokoagulacija; 6. laserska ekscizija; 7. incizija i drenaža, 8. aspiracija, 9. opservacija. Neki autori preporučuju i liječenje kirurškom ekscizijom nakon pretretmana sklerozirajućim sredstvom (OK-432).[9]

Ukratko, liječenje limfangioma treba biti usmjereno prema:

1. odstranjenju cijelog tumora kad je to moguće; 2. povratku funkcije zahvaćenih struktura; 3. oslobađanju od pridruženih komplikacija zbog pritiska tumora kao što su to opstrukcija dišnog puta, disfagija, problemi govora te poremećaji denticije; 4. postizanje najboljega mogućeg kozmetičkog rezultata te; 5. oslobađanje i stabilizacija emocionalnih posljedica bolesti.

Čak ni resekcija s rubovima bez tumora ne daje garanciju da se neće pojaviti recidiv, no recidivi limfangioma, kad se odstrani cijeli tumor, nisu česti (incidencija varira od 0 do 27%).[10] S druge strane, ako je ostavljen velik dio tumorske mase, može se očekivati stopa recidiva i do 50%.[10]

Mario Bilić, Lana Kovač, Iva Topić
Klinika za bolesti uha, nosa i grla
i kirurgiju glave i vrata, KBC Zagreb

LITERATURA

1. *Pillsbury HC, Goldsmith MM.* Lymphangioma U: Pillsbury HC, Goldsmith MM, eds. Operative challenges in otolaryngology-head and neck surgery. Chicago: Year book medical publishers inc; 1990.
2. *No authors listed.* Cystic hygroma. Lancet 1990;335:511–2.
3. *Thompson L.* Lymphangioma. Ear Nose Throat J 2006;85:18–9.
4. *Giguère CM, Bauman NM, Smith RJ.* New treatment options for lymphangioma in infants and children. Ann Otol Rhinol Laryngol 2002;111: 1066–75.
5. *Saijo M, Munro IR, Mancer K.* Lymphangioma. Plast Reconstr Surg 1975;56:642–51.
6. *Meyer CM, Cotton RT.* Pediatric airway and laryngeal problems. In: Lee KJ, ed. Essentional otolaryngology, head and neck surgery. Norwalk: Appleton & Lange; 1995.
7. *Hamoir M, Plouin-Gaudon I, Rombaux P i sur.* Lymphatic malformations of the head and neck: a retrospective review and a support for staging. Head Neck 2001;23(4):326–37.
8. *Siegel MJ, Glazer HS, St Amour TE, Rosenthal DD.* Lymphangiomas in children: MR imaging. Radiology 1989;170:467–70.
9. *Okazaki T, Iwatani S, Yanai T i sur.* Treatment of lymphangioma in children: our experience of 128 cases. J Pediatr Surg 2007;42:386–9.
10. *Cohen SR, Thompson JW.* Lymphangiomas of the larynx in infants and children. Ann Otol Rhinol Laryngol 1986;95(supp 127):1–20.

In memoriam
Obituaries

Prof. dr. sc. ANTE FULGOSI
(31. 1. 1917. – 15. 4. 2008.)



Prof. dr. sc. Ante Fulgosi rođen je 31. siječnja 1917. u Splitu. Klasičnu gimnaziju prvu godinu pohađa u Splitu i nastavlja u Zagrebu gdje maturira 1935. g. Diplomirao je 1942. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. G. 1943. mobiliziran je kao liječnik u domobrane i upućen na bojišnice u okolici Gospića i u Bosnu. U logoru u okolici Gospića susretao se sa Židovima i Srbima čiji su pojedini članovi obitelji bili likvidirani. Pomagao im je koliko je mogao, a jednom je Židovu čak dao svoje osobne dokumente kako bi mogao otputovati u Italiju i zbog toga imao problema s ustaškim vlastima. Druge je smještao i sakrivao zbog tobože potrebnog liječenja u bolnicu u Gospiću. Nekima je dao lažne dokumente kako bi mogli otići na teritorij pod talijanskom okupacijom.

Zbog svog humanitarnog doprinosa u spašavanju Židova proglašen je »pravednikom među narodima« i njegovo je ime upisano na ploči na zidu u Yad Vashemu kraj Jeruzalema u Izraelu.

15. svibnja 1945. mobiliziran je kao liječnik u JNA. Kao referent Vojnog sanitета upućen je u Skoplje, a nakon toga premješten u Sanitetski odjel Vazduhoplovne komande u Zemunu. Od 1947. do 1950. godine je v.d. načelnika Sanitetskog odjela Tehničko-zrakoplovne divizije u Zagrebu. G. 1950. odlazi na specijalizaciju oftalmologije u Očnu kliniku Vojnomedicinske akademije u Beograd, a poslije toga na Očni odjel Vojne bolnice u Zagrebu. Posljednjih 6 mjeseci provodi u Očnoj klinici Medicinskog fakulteta u Zagrebu. G. 1953. položio je specijalistički ispit iz oftalmologije. G. 1954. postaje načelnik Očnog odjela Vojne bolnice u Zagrebu što ostaje do 1. 1. 1977. g. kad je s činom pukovnika umirovljen. Više puta se i ranije želio demobilizirati iz JNA, no to mu je uvijek bilo odbijeno. Zbog želje za novim saznanjima u oftalmološkoj struci odlazi u više navrata na usavršavanje u klinike u Austriji, Švicarskoj i Njemačkoj, a sudjeluje i na devedesetak skupova u zemlji i inozemstvu. G. 1964. doktorirao je temom »Rana oftalmološka dijagnostika radijacijskih oštećenja« na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. G. 1974. izložio je pred Nastavničkim vijećem VMA koncepciju valorizacije kolornog vida vozača motornih vozila te ga je Vijeće izabralo za profesora oftalmologije. Iste godine počinje predavati predmet »Ratne ozljede oka« na Medicinskom fakultetu u Sveučilištu u Zagrebu. G. 1979. izabran je za višega znanstvenog suradnika Republičkog savjeta za zdravstvo Republike Hrvatske. Bio je član Hrvatske akademije medicinskih znanosti te vanjski suradnik Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada u JAZU. Od 1954. do 1958. g. bio je generalni sekretar Udruženja oftalmologa SFRJ. Od 1957. do 1959. g. tajnik je zagrebačke podružnice HLZ-a. Od 1960. g. postaje stalni sudski vještak za oftalmologiju i prometnu medicinu Okružnog suda u Zagrebu. Nakon definitivnog smještaja Očnog odjela Vojne bolnice na Šalatu 1952. stvoreni su normalni uvjeti za rad. Osposobljene su dvije operacijske dvorane, za aseptične i septične zahvate. Odjel je imao tridesetak kreveta, ambulantu, kabinet za funkcionalno ispitivanje vida. Tada je primljeno više liječnika na specijalizaciju, koji su imali priliku za odličnu edukaciju. G. 1953. je napravljena prva operacija katarakte, i to ekstrakapsularno, i dakriocistorinostomija. G. 1954. prvi je put napravljena operacija katarakte intrakapsularno, i to s pomoću pincete, a 1955. i prva antiglaukomska operacija te operacija ablacije retine po Schaffer-Weveu. Od 1962. g. vrše se operacije katarakte *ab externo* s pomoću erizifaka, a od 1967. s pomoću krioekstraktora. Usporedo s razvojem operativne tehnike postepeno su uvedene suvremene dijagnostičke metode: adaptometrija, anomaloskopija, perimetrija po Goldmannu, ultrasonografija, fluoresceinska angiografija i elektroretinografija i evocirani kortikalni potencijali.

U prvim svojim radovima prof. Fulgosi obradio je problem epifore kod vojnika s dvije autentične operacije suznih putova. Istraživao je i dubinski vid kod vojnika artiljeraca, djelovanje bojnih otrova na oči i radioaktivnog zračenja u slučaju atomskog rata. Iz kliničke prakse proučavao je problem pterigija, njegove etiologije i terapije, što je objavio u svojim radovima. Ukupno je objavio 32 stručna i znanstvena rada. Za trupne liječnike napisao je nekoliko uputa za rad. Koautor je knjige »Medicina prometa«, koja je objavljena 1985.

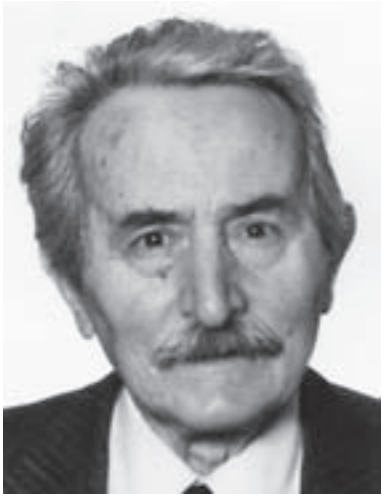
Posebnu je pažnju posvećivao uzdizanju i obrazovanju novih kadrova. Tijekom svoga rada kao šef Odjela poklanjao je veliku pažnju liječnicima specijalizantima, kojih je ukupno bilo 15, među kojima su najpoznatiji prof. dr. sc. Krešimir Čupak i doc. dr. sc. Zdravko Panian. Njegovi suradnici i brojni bolesnici izuzetno su ga cijenili zbog njegove stručnosti, entuzijazma i požrtvovnosti te zbog želje da svoje veliko znanje prenese mlađim kolegama.

Njegova posebna humanost i predanost ostat će nam zauvijek u sjećanju.

Njegovi zahvalni učenici i kolege,

prim. dr. Emil Skrt i doc. dr. sc. Ljerka Henč-Petrinović

Doc. dr. sc. MARIJAN CAPAR
(31. 10. 1928. – 8. 5. 2008.)



U Puli je 8. svibnja 2008. g. nakon kratke bolesti preminuo naš ugledni liječnik i pedijatar – kardiolog doc. dr. Marijan Capar.

Docent Marijan Capar rođen je u Zagrebu 31. listopada 1928. g. Osnovno školovanje, klasičnu gimnaziju i medicinski fakultet završio je u rodnom gradu. Odmah nakon završetka studija dolazi u Pulu gdje u tamošnjoj Općoj bolnici stažira, a zatim kraće vrijeme radi kao sekundarni liječnik. Već u prvim danima svojega liječničkog iskustva otkriva svoju ljubav prema pedijatriji. Uskoro započinje sa specijalizacijom iz pedijatrije koju uspješno završava koncem 1962. g. u Dječjoj klinici Rebro u Zagrebu.

Kao mladi specijalist s mnogo ljubavi, radnog zanosa i predanosti odabranoj struci hvata se u koštac s tadašnjim najčešćim bolestima koje su ugrožavale dječje zdravlje (proljevi, bolesti dišnih organa, dječje zarazne bolesti, reumatska vrućica i dr.). Pri tome posebnu sklonost i pozornost pokazuje prema dječjim reumatskim bolestima, pretežito reumatskoj vrućici te dječjoj kardiologiji koja se u to vrijeme uglavnom bavi srčanim posljedicama reumatske upale.

Bio je dugo godina voditelj Odjela za veću djecu i dojenčad pri Djelatnosti za pedijatriju Opće bolnice u Puli. Od svibnja 1985. g. pa do svojeg umirovljenja u studenome 1996. bio je uspješan rukovoditelj Djelatnosti za pedijatriju.

Reumatska vrućica i njezine pogubne posljedice pedesetih godina 20. stoljeća ponajčešće su dječje kardio-reumatološke bolesti. Stoga, docent Marijan Capar već 1958. g. osniva kardio-reumatološku ambulantu pri poliklinici Dječjeg odjela Opće bolnice u Puli. To je jedna od prvih užih specijalističkih ambulanti te vrste u Hrvatskoj.

Uz kliničke i biokemijske nalaze EKG postaje jedno od njegovih osnovnih dijagnostičkih i prognostičkih pomagala uz čiju pomoć otkriva i najfinije promjene u srčanoj električnoj aktivnosti.

Osim svakodnevnog odjelnog posla bavi se i stručno-znanstvenim radom. Marljivo prati suvremeni napredak svjetske pedijatrijske struke i prihvaćene novosti uspješno primjenjuje u svojoj sredini. Usko surađuje s našim uglednim pedijatrijskim klinikama u Zagrebu i Rijeci, kao i s tadašnjim pionirima hrvatske dječje kardiologije i reumatologije (profesoricom Teom Šik, profesorom Tomom Pitamicom, profesorom Sretenom Vukadinovićem, profesorom Božom Bosnarom i drugima). Koncem šezdesetih godina proteklog stoljeća boravi šest mjeseci u Lyonu na usavršavanju iz dječje reumatologije i kardiologije.

Koncem 1973. g. stekao je naslov primarijusa, a u prosincu 1976. g. obranio je doktorat iz medicinskih znanosti na Medicinskom fakultetu u Zagrebu. Tema je bila: »Značenje serijskih elektrokardiograma za ranu dijagnozu i prognozu reumatskog karditisa u djece«.

Uz stručno-znanstveno zanimanje, posebnu sklonost imao je prema nastavničkom zvanju. Dugo godina predavao je pedijatriju u Srednjoj medicinskoj školi u Puli, a u studenome 1985. g. izabran je za docenta na Medicinskom fakultetu u Rijeci. U tom je svojstvu više godina vodio predmet pedijatrije namijenjen specijalizantima obiteljske medicine u Labinu a pri riječkom Medicinskom fakultetu.

Docent Marijan Capar bio je vrlo djelatan i u publicistici. Objavio je velik broj stručnih i znanstvenih radova. Bio je istaknuti član uredničkih odbora u četiri Zbornika o istarskom zdravstvu u razdoblju od 1947.–1987. g. U posljednjem Zborniku od 1988.–1994. bio je glavni urednik. Uz profesora Gjuru Murra i dr. Gorana Popića bio je jedan od glavnih urednika Priručnika turističke medicine tiskanog u Puli 1993. g.

Isticao se svojim djelovanjem u istarskim ograncima Hrvatskoga liječničkog zbora i Hrvatskoga pedijatrijskog društva. Djelovao je kao član njihovih upravnih odbora. U jednom mandatu bio je i predsjednik puljskog ogranka Hrvatskoga pedijatrijskog društva. Bio je i dugogodišnji član Hrvatske medicinske akademije.

Zbog svojih zasluga dobio je više odličja i priznanja među kojima su najznačajnije one dodijeljene od Hrvatskoga liječničkog zbora: Nagrada Ladislava Rakovca i Začasni član HLZ-a.

Docent Marijan Capar isticao se svojim požrtvovnim radom, neiscrpnom snagom, nepokolebljivom upornošću i potpunom predanošću svojem poslu. Pedijatrija za njega nije bila samo zanimanje i svakodnevni posao, već jedina pasija i istinska ljubav. Među svojim sugrađanima te kolegama u Bolnici, Istri i čitavoj Hrvatskoj uživao je veliko poštovanje i ugled. Bio je omiljeni pedijatar među svojim bolesnicima i njihovim roditeljima. Uvijek nasmijan i spreman pomoći.

Potpunom predanošću i ljubavlju prema svojem poslu a nadasve prema svojim bolesnicima, ostavio je trajan trag u srcima svojih suradnika i bolesnika. Neka mu je vječni mir i spokoj u pitomoj hrvatskoj istarskoj zemlji koju je jednako volio kao i rodno bregovito Zagorje.

Prim. mr. sc. Ognjen Mladinov, dr. med.

Dr. Ana ŠIMUNIĆ
(2. 1. 1932. – 20. 6. 2008.)



S dubokom tugom primili smo vijest da nas je naša draga i poštovana kolegica Ana Šimunić zauvijek napustila nakon teške bolesti, koja je nemilosrdno zaklopila knjigu tako plemenitog života.

Rođena je u Belavićima (pokraj Duge Rese). Maturirala je u karlovačkoj Ženskoj gimnaziji 1951. Nakon završenog medicinskog fakulteta 1958. u Zagrebu i obavljenog liječničkog staža u MC Karlovac, do 1964. radila je u DNZ-u Karlovac kao liječnica opće medicine. Potom je nastavila usavršavanje specijalizacijom iz ginekologije i porodništva. Nakon uspješno položenog specijalističkog ispita na Medicinskom fakultetu u Zagrebu 1968., sve do umirovljenja 1997., radi u Ginekološko-porođajnoj službi karlovačke bolnice. Poslijediplomski studij iz opće endokrinologije završila je 1979.

Kolegicu Anu ispratili smo u vječno počivalište na groblju u Sv. Petru Mrežničkom, u blizini rodne kuće i vikendice, na obali Mrežnice, u kojoj je najradije provodila slobodno vrijeme. Komemoracija je održana 30. lipnja u Stručnoj knjižnici OB Karlovac. Riječi oproštaja uputili su u ime Ginekološko-porođajne službe doc. dr. sc. Emil Tuškan (umirovljeni voditelj Službe) i aktualni voditelj Službe dr. Željko Štajcer, te prim. dr. Rudolf Muhvić u ime HLZ-a Podružnice Karlovac i HDUL-a Ogranka Karlovac.

Dr. Šimunić neumorno je obavljala teške i odgovorne zadaće kojima je protkano porodništvo i često zanemarena patologija ginekoloških bolesnica. Radeći kao mlada specijalistica u vremenu kada struka nije raspolagala sofisticiranom dijagnostičkom opremom, koristila se zavidnim teorijskim znanjem u odabiru najboljih rješenja u liječenju najtežih bolesnica. Njegovala je vrednote medicinske etike i deontologijske standarde oplemenjene humanim pristupom bolesnicama, stekavši tako ugled i poštovanje bolesnica i suradnika. Nije moguće opisati cjelokupni opus medicinskog rada kolegice Šimunić, jer nerijetko jedno dežurstvo u rađaonici može ispisati roman o strepnji i neizvjesnostima koje donosi nepredvidivost porođaja, ili roman o sreći i radostima koje donosi porođaj zdravog djeteta. Tisuće novih života prvo su dotakle njezine ruke, bila je prva koja je začula glas novorođenih bića i tako je sebi za života podigla spomenik trajne vrijednosti, života, koji je u svom nasljeđu neuništiv, spomenik dovoljan za ugledno mjesto u karlovačkoj medicini i za trajnu zahvalnost u našim srcima.

Već 2001. godine, prigodom osnivanja, učlanila se u HDUL – Ogranak Karlovac, želeći, kao i mi svi članovi, uljepšati, oplemeniti i učiniti sadržajnijom našu treću životnu dob, ali, i nadoknaditi ono što smo tijekom radnog vijeka stjecajem okolnosti nažalost propustili. Aktivno je sudjelovala u radu našeg ogranka. S velikom radošću, kada su joj to dopuštale brojne obiteljske obveze, dolazila je na naše sastanke srijedom. S velikim poštovanjem i ljubavlju govorila je o pokojnim roditeljima i bratu, kojima je bila glavni oslonac, skrbnik i njegovatelj, tijekom dugih, teških i nažalost neizlječivih bolesti. Rado se prisjećala i govorila o svojoj športskoj ljubavi – gimnastici, kojom se godinama vrlo uspješno bavila, i kao članica republičke reprezentacije proputovala gotovo sve zemlje »istočnog bloka«. Dakako, neizbježna su bila prisjećanja na rad u izvanbolničkoj službi, a osobito ona iz dugogodišnje bolničke prakse, kao i aktivnosti u Podružnici HLZ-a, koje je bila članica punih 50 godina, a u dva mandata obnašala je dužnost tajnice. Za aktivan rad u Hrvatskom sokolu i Podružnici HLZ-a Karlovac dobila je više vrijednih priznanja.

Iznenadna bolest nagovijestila je teške dane. Započela je borba za život. Bolest i smrt, te potencijalne saveznice, kao da su se željele osvetiti još jednom liječniku, koji im je svojim savjesnim, marljivim, samoprijegornim, požrtvovnim, poštenim, a iznad svega visoko stručnim radom, oteo brojne žrtve.

Iako smo se nadali, to više, što je jedan od naših kolega pobijedio tu nemilosrdnu bolest, naše želje i nade ostale su nažalost neostvarene. Njezino mjesto za našim stolom u Ugostiteljskoj školi ostalo je prazno. Uzalud ćemo čekati da se kolegica Ana, ili kako smo je od mladosti zvali – Šiša, s uobičajenim zakašnjenjem, besprijekorno odjevena, pojavi na sastanku.

Poslije dr. Šimunić ostat će ljubav njezinih najbližih i njezinih prijatelja, zahvalnost brojnih bolesnica, poštovanje kolega, suradnika i građana, a osobito članova HDUL-a s kojima je prekratko dijelila trenutke ugodnih, sadržajnih i bliskih druženja.

Sačuvat ćemo trajnu uspomenu kao znak zahvalnosti za sve što je učinila kao liječnik, kolega, prijatelj i građanin, a iznad svega kao čovjek.

Rudolf Muhvić
Emil Tuškan

Prim. dr. VLADIVOJ SABLJAK
(1931.–2008.)



Tuga i tužne vijesti dođu uvijek nenadano i prebrzo. Kako drugačije prihvatiti činjenicu da naš prijatelj i kolega prim. Vladivoj Sabljak nije više među nama.

Teško smo primili vijest da više nema kolege kojega smo još prije nekoliko dana sretali u bolničkim hodnicima, koji je uvijek imao vedru riječ i poneku anegdotu iz prošlosti te pitao za stručne sastanke utorkom.

Naš dragi kolega prim. Sabljak rođen je 24. kolovoza 1931. u Štrigovi. Medicinski fakultet u Zagrebu uspješno je završio 1957. godine. 1960. zapošljava se na kirurškom odjelu OB Varaždin, najprije kao stažist, zatim sekundarni liječnik, a specijalist kirurg postaje 1967. Zahvaljujući svom predanom radu i velikom zalaganju, 1974. postaje voditelj traumatološko-septičkog odjela. 1976. voditelj odjela za vaskularne bolesti, a 1978. postaje voditelj koloproktološkog odjela na kojem je ostao do umirovljenja 1997. godine. Iznimno marljiv, spretan i uvijek zainteresiran za nove metode liječenja kirurških bolesnika zadužio je mnoge kolege nesebično im pomažući i prenoseći svoje veliko znanje te mnoge pacijente kojima je požrtvovno pomagao. 1981. priznat mu je stručni naziv primarijus koji je ponosno nosio. I nakon odlaska u mirovinu, veoma vezan za varaždinsku kirurgiju, često je navraćao. Uvijek lucidan i vedar donosio je dobar savjet ili pošalicu. Nažalost, njegovo srce nije ostalo mlado poput njegova duha te se ugasilo.

I na kraju valja reći: hvala Vam, dragi kolega, za svaki savjet i svekoliku pomoć koje ste pružili svim kolegama koji su imali čast raditi s vama. Velika je zahvalnost koju osjećamo zbog svega što ste nam podarili kao kirurg, kolega i prijatelj. Najvažnije je ipak ono što za Vama ostaje, a to su Vaša dobra djela koja su Vas nadživjela, kirurška znanja koja ste nam predali i koja i dalje žive u kirurškim salama, a i anegdote i uspomene iz Vašeg rada koje se i danas rado prepričavaju.

Obitelji našega dragog kolege još jednom upućujemo iskrenu sućut i želimo da što prije nađu utjehu sjećajući se svega dobrog što nam je prim. Sabljak podario.

Mi ga se sjećamo s ponosom.

Jadranka Premužić, dr. med.