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.