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.