

STRUČNA MEDICINSKA POGREŠKA – SLOVENSKA STAJALIŠTA I ISKUSTVA

MEDICAL ERROR – SLOVENIAN STANDPOINTS AND EXPERIENCE

MIRAN VRABL*

Deskriptori: Medicinske pogreške; Nesavjesno liječenje, vještačenje; Informiran pristanak; Slovenija

Sažetak. Najrazličitiji izrazi primjenjuju se za nepoželjne posljedice koje nastaju tokom liječenja s trajnim posljedicama za bolesnika, a kako bi se izbjegao određeni postupak koji nije sukladan algoritmima, nazvani su stručnom medicinskom pogreškom. Sa stajališta pacijenta koji doživi trajne posljedice ili čak umre zbog nestručnih radnja potpuno je svejedno kako se ti postupci nazivaju. Dok ne nastupi smrt, moguće je ublažiti trajne posljedice oštetom na bazi osiguranja u okviru građanskopravne odgovornosti liječnika za štetu. Što brže priznanje da je do stručne pogreške došlo, otvoren razgovor s pacijentom i njegovom rodbinom i naknada štete baza su za održavanje povjerenja u kristalnom odnosu pacijent-liječnik. Posebna pažnja mora biti posvećena informiranom pristanku. Tek kad je pacijentu detaljno objašnjena situacija oko pojedinog liječenja ili kirurškog zahvata, i to pravodobno i u adekvatnom opsegu, može se pacijent slobodno i samostalno odlučiti o njegovu prihvaćanju. Liječnik je taj koji mora dokazati da je taj postupak bio adekvatno izveden.

Descriptors: Medical errors; Malpractice; Expert testimony; Informed consent; Slovenia

Summary. Different terms are used for adverse events which occur during the treatment with permanent consequences for a patient, in order to avoid calling a procedure not in concord with the algorithm a medical error. From the viewpoint of a patient suffering lasting consequences or even dying because of malpractice, it is totally irrelevant what these procedures are called. Until death occurs, lasting consequences may be alleviated through indemnity insurance related to civil liability of physicians for malpractice. Prompt admission that medical error has occurred, candid discussion with the patient and his family and indemnity payment are essential for maintenance of trust in the relation patient-physician. Special attention should be paid to informed consent. Only when the details of a particular treatment or surgical procedure have been explained to a patient, timely and in adequate extent, can the patient freely and independently decide upon its acceptance. Physician is the one who should prove that the procedure has been properly performed.

Liječ Vjesn 2009;131:226–229

Zbog stručnih medicinskih pogrešaka godišnje umre više pacijenata nego ukupno zbog prometnih nesreća, srčanog infarkta i nekih vrsta tumora. Ti brojevi dosežu godišnje u bolnicama samo u Italiji između 14.000 i 50.000, odnosno dnevno, zbog liječničkih pogrešaka umre 90 pacijenata.¹

Takve vrste stručnih pogrešaka koštaju samo talijanski zdravstveni sustav 10 milijarda eura godišnje, što je 1% talijanskog bruto nacionalnog dohotka. Posljedično je godišnje u Italiji 25.000 tužbi protiv liječnika i bolnica.

Godišnje dovezu u bolnice u Italiji 8 milijuna ljudi, od njih 340 tisuća napusti bolnicu s posljedicama ili bolestima koji proizidu iz stručnih pogrešaka. Od tih pogrešaka, unatoč tomu što liječnici imaju sve bolju opremu, 16,5% prouzrokuju ortopedi, 13% onkolozi, 10,8% ginekolozi i 10,6% kirurzi. Pri tome su najčešće pogreške pri postavljanju dijagnoze.

Od svih pogrešaka 32% nastaje u operacijskim salama, premda su samo za 15% smrtnih ishoda odgovorni liječnici odnosno medicinsko osoblje. Greške u organizaciji i vođenju bolnica, problemi sigurnosnih sistema i nedostatak komunikacija između liječnika i pacijenta uzrokuju također fatalne posljedice.

Razvidno je da su stručne liječničke pogreške postale problem broj jedan modernih zdravstvenih sistema.²

Liječničke su pogreške globalni problem, tako su u Austriji analitičari ustanovili da 7–10 liječnika ima manjkavu kvalifikaciju za obavljanje svog posla. Stručna nekompetentnost, nedostatak interesa i koncentracije, preopterećenost

odnosno stres i vlastite psihičke i fizičke teškoće samo su neki od faktora zbog kojih liječnici zakažu.

U svemu tome je posebno tragično da liječničke pogreške uzrokuju ljudsku patnju. Tragično je da liječnici vrlo rijetko priznaju svoju pogrešku. Samo po sebi bi bilo prirodno da liječnici priznaju svoje pogreške i pokušaju smanjiti njihove posljedice pravednom nagodbom na osnovi osiguranja iz građanske odgovornosti. Na žalost tomu nije tako jer je taština ta koja igra posebnu ulogu i blokira procese priznanja vlastitih pogrešaka.

Liječničke su pogreške tjelesno oštećenje u pravnom smislu, a svako je tjelesno oštećenje kriminalni čin. Zbog toga je zadatak svake civilizirane države da sankcionira takve kriminalne radnje, posebno jer se radi o povjerenju u kojem je pacijent ovisan o svom liječniku, a povjerenje se u slučaju stručnih pogrešaka zapravo zlorabi.

Kakva je situacija u Sloveniji?

U Sloveniji ne postoji ni jedna točna statistika koja bi ilustrirala godišnji broj stručnih pogrešaka, isto tako ne po-

* Odjel za medicinsko-cenzorske poslove Zavarovalnice Maribor, d.d. (prim. doc. dr. Miran Vrabl, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prim. doc. dr. M. Vrabl, Odjel za medicinsko-cenzorske poslove Zavarovalnice Maribor, d.d., Maribor, Slovenija

Primljeno 18. prosinca 2008., prihvaćeno 1. travnja 2009.

stoji statistika o postignutim nagodbama preko osiguravatelja za učinjene i priznate liječničke pogreške. Ako se poslužimo statističkim podacima iz Italije, Švicarske i Njemačke, utvrdit ćemo da je u biti iskazani broj stručnih pogrešaka samo vrh sante pri čemu je šira javnost o tome informirana samo u eklatantnim, publiciranim slučajevima u kojima se vrlo rijetko objavljuju presude u kojima su liječnici proglašeni krivima za liječničku pogrešku. Mala država sa samo dvije velike zdravstvene ustanove, međusobna poznanstva, familijarnost i česta srodstva predstavljaju, u dvomilijunskoj državi koja ima izrazito zaštitničku ulogu Zbora liječnika, veliku teškoću za dokazivanje liječničkih pogrešaka.

Vrlo rijetko angažiranje tuđih stručnjaka-medicinskih vještaka opisanu situaciju dodatno otežava i postavlja oštećenog-pacijenta u nezavidan položaj u bitki sa snažno zaštićenim liječnikom odnosno njegovom radnom organizacijom u postupcima koji često traju više godina pa i desetljeća. Sistem u kojem pojedinac mora dokazivati zdravstvenom sistemu da je u konkretnom slučaju doživio oštećenje tijela zbog stručne medicinske pogreške zapravo je bitka Davida i Golijata, a istodobno uzrokuje pacijentu visoke troškove manje ili više poznatih odvjetničkih ureda. Pojedini odvjetnički uredi počinju se specijalizirati za područje postavljanja odštetnih zahtjeva zbog stručnih pogrešaka liječnika, iako im nedostaju liječnici sa specifičnim znanjima iz određenih medicinskih područja, koji bi bili spremni napraviti jasna, stručna medicinska vještačenja u kojima bi s obzirom na suvremeno stanje medicinskog znanja pojedine postupke određenih liječnika jasno označili stručnim pogreškama.³

Najčešći zaključci stručnih nadzora od strane Zbora liječnika za pojedinog liječnika, koji je osumnjičen da je napravio stručnu pogrešku jesu kako se nije radilo o grubom nemaru i stručnoj pogrešci, već da je došlo do komplikacije u tijeku liječenja.⁵

To je slaba utjeha za oštećenog pacijenta osobito ako je doživio oštećenje tijela s trajnim posljedicama, bez obzira na to kako pojedina komisija Zbora liječnika ili pojedini vještak u sudskom postupku nazove postupak zbog kojeg je, u suprotnosti sa suvremenom stručnom doktrinom i znanjem oštećeni doživio nepotrebne posljedice.⁶

Ugled i ponos pojedinih zdravstvenih ustanova i liječnika najvjerovatnije su glavna zapreka priznavanju stručnih pogrešaka. Unatoč tomu što se određeni postupci u dijagnostiranju ili liječenju razlikuju od suvremenih stručnih stavova i algoritama, pokušava se postupak primijenjen kod određenog pacijenta opravdati iako je rezultirao dodatnom štetom i posljedicama.⁷ Otvoreno priznavanje stručne pogreške i otvoreni razgovor s pacijentom, spremnost na umanjivanje posljedica u obliku odštete s naslova osiguranja odgovornosti pojedinog liječnika ili zdravstvene ustanove nedvojbeno će, ako se pogreška dogodi, skratiti i pojeftiniti postupak, spriječiti medijski odjek i sačuvati povjerenje u odnosu pacijent-liječnik, koje je danas posebno krhko. Svakako da liječnici kao i vodstvo zdravstvenih ustanova moraju biti u velikoj mjeri samokritični, dobrohotni i pravedni te istodobno imati najveći stupanj znanja iz područja svoje stručne aktivnosti.⁸

Ako u razvijenim društvenim sistemima postoje točna doktrinarna stajališta o tome što predstavlja liječničku pogrešku i što je u suprotnosti sa znanjem i principima liječenja kod pojedine bolesti ili ozljede, u Sloveniji to ne postoji. Ne postoji ni jedan udžbenik ni knjiga na slovenskome koja bi govorila o tome i taksativno navela stručne pogreške vezano

uz pojedina medicinska područja, zbog čega u većini slučajeva dolazi do osobne procjene svakog vještaka što jest ili nije u konkretnom slučaju liječnička pogreška.

Primjeri kao amputirana zdrava dojka zbog krive dijagnoze, oštećenje velikih krvnih žila i živaca na sakrumu pri uvođenju troakara pri programskoj laparoskopiji, amputacija dijela jednjaka pri parcijalnoj strumektomiji zbog upotrebe nepravilnih instrumenata, neprepoznat kompartment sindrom i posljedična amputacija noge kod mladića, smrt zbog masivnog hematotoraksa i pneumotoraksa za vrijeme hospitalizacije zbog neizvršenih kontrolnih pretraga, samo su neke nedvojbene stručne pogreške koje rezultiraju fatalnim posljedicama za određenog pacijenta.

U takvim slučajevima definicija »da je došlo do komplikacija« primjer je krajnje neopravdane zaštite pojedinog liječnika osobito ako se pri tome upotrebljava medicinska neistina.

Informirani pristanak

Posebna stručna pogreška je izostavljanje informiranog pristanka prije primjene pojedinih dijagnostičkih i terapijskih medicinskih postupaka.⁹ Objašnjenje o tome što je potrebno napraviti kod određene bolesti ili ozljede, koji su mogući dijagnostički i terapijski postupci, njihovi rizici i mogući ishodi, moraju prethoditi svakom liječenju. Tek na podlozi potpisanog objašnjenja i pristanka pacijenta liječnik smije započeti liječenje.¹⁰

To je posebno važno prije svakog medicinskog zahvata u tijelu, koji može završiti i smrtnim ishodom.

Prije zahvata liječnik si mora ostaviti dovoljno vremena za objašnjavanje pacijentu, a također za pacijentovu odluku nakon razmišljanja. Liječnik mora biti siguran da je pacijent objašnjenje razumio i posebno ga upozoriti na pojedine opasnosti koje mogu nastati ako se određeni medicinski postupak ne obavi.

Dijagnostički i terapijski postupci u pacijentovu tijelu u biti predstavljaju tjelesnu ozljedu i za njih je potrebno dobiti prethodnu pacijentovu suglasnost. Ako pacijent nije dao takvu suglasnost, svaki zahvat u njegovo tijelo predstavlja protupravnu radnju (iznimka su stanja životne ugroženosti).

Pacijentu nije nužno tumačiti sve detalje mogućih komplikacija koje se iznimno rijetko javljaju ili detalje kirurškog postupka, ali mora dobiti osjećaj i informaciju o težini zahvata, o vrsti opterećenja koje predstavlja takav zahvat za njegov integritet, kao i o nužnosti promjene načina življenja tijekom liječenja i nakon njega. Pri tome mora biti upozoren i na najteže moguće rizike.

Ako pacijent ne dobije adekvatne informacije o određenome medicinskom zahvatu, situacija je jednaka kao da liječnik uopće nije dobio suglasnost za postupak. Liječnik mora detaljno objasniti koliko je postavljena dijagnoza sigurna odnosno objasniti diferencijalnodijagnostičke postupke i mogućnosti različitih pretraga vezano uz aktualno stanje struke. Ako liječnik predlaže operaciju bez dokazane dijagnoze i mimo stajališta medicinske struke, takva je suglasnost pacijenta ništavna.

Pacijent mora biti informiran o mogućim opasnostima zahvata, pri čemu učestalost pojedinih komplikacija nije odlučujuća, ali mu je potrebno objasniti nužnost postupka. Pri informiranom pristanku nije najbitnije navođenje komplikacija i učestalosti negativnog ishoda, već naglasak mora biti na objašnjavanju životnih rizika i nastavku pacijentova života vezano uz određenu zdravstvenu situaciju.

Specifične rizike koji se rijetko pojavljuju nužno je objasniti samo ako oni jako ugrožavaju život i zdravlje. Također

je potrebno objasniti opasnost od ponovne operacije ako bi nastala neka od tih komplikacija.

U cijelom objašnjenju nije važno navođenje postotaka, već je odlučujuće da pacijent ima predodžbu o opsegu rizika koji prate pojedini postupak i temeljem izloženoga da sam donese odluku. Vitalna ili apsolutna indikacija ne oslobađa liječnika traženja informiranog pristanka kao ni činjenica da su rizici od zahvata jednaki rizicima koji će nastati ako se ne liječi. Nužnost i opseg informiranog pristanka može se mijenjati ovisno o situaciji. O zahvatima koje je teže napraviti treba pacijenta detaljnije informirati. Opseg i mogućnost izvođenja pojedinog zahvata s kojim su vezane opasnosti ovisne su o tome kakve bi posljedice imalo neprovođenje terapije u konkretnom slučaju.

Neuobičajene i jedva relevantne komplikacije koje i da nastupe, ne bi utjecale na život pacijenta, kao i rizike koje nije moguće predvidjeti ne treba objašnjavati.

Pacijent može odbiti objašnjenje i pravo samoodlučivanja i dati slobodne ruke svom liječniku ne želeći se opterećivati informacijama o pojedinim opasnostima.

Za takav postupak postoje stroge norme vezane uz pravno tumačenje i moguće posljedice.

Rizik za koji ne postoji znanstveni dokaz da bi se mogao pojaviti također ne treba navoditi.

Kod kozmetičkih operacija potrebno je potanko objasniti tijek i moguće komplikacije, osobito pacijentima koji se zbog fizičkih i psihičkih potreba odlučuju za takve zahvate.

Kod dijagnostičkih postupaka bez terapijskih vrijednosti postoje posebno strogi zahtjevi za informirani pristanak i informiranje pacijenta o svim rizicima koje takve metode nose.

Pri obavljanju ambulantnih operacija pacijentu je potrebno objasniti je li moguće pojedini zahvat obaviti ambulantno ili samo na odjelu, a isto tako mu objasniti zašto se operater odlučio za ambulantni zahvat i koji posebni rizici pri tome postoje.

Primarni izbor vrste terapije je na strani liječnika, a ako postoji više različitih metoda koje daju jednake rezultate liječenja, a sadržavaju različite rizike, pacijentu mora biti dana mogućnost izbora temeljem potpune informacije od strane liječnika. U skladu s principom da liječnik bira terapiju, pacijent ipak mora dobiti osnovnu informaciju zašto se liječnik baš za to odlučio.¹¹

Pacijent treba dobiti detaljno objašnjenje onda kada sam odabire između više terapijskih mogućnosti koje s različitim rizicima nude i različite mogućnosti uspjeha. Kod jednakovrijednih i priznatih operativnih metoda izbor je prepušten liječniku.

Pri jednako vrijednim metodama kod kojih postoje stručna razmimoilaženja glede prednosti i manjkavosti o tome ne treba govoriti pacijentu.

Poseban je problem informirani pristanak kod maloljetnika. Ako je prisutan samo jedan od roditelja, liječnik se nalazi u situaciji da taj odlučuje i daje privolu za liječenje djeteta i u ime odsutnog roditelja. Naravno da liječnik vjeruje takvoj odluci ako nema podataka da postoje i druge okolnosti (rastavljeni roditelji, punomoć). Ako se radi o lakšim bolestima i rutinskim slučajevima, to je lakše prihvatiti, no kod težih bolesti gdje su potrebni teži medicinski zahvati s većim rizicima liječnik mora dobiti garanciju da prisutni roditelj ima dozvolu drugog roditelja za odobrenje određenog zahvata. Kod teških bolesti s visokim rizikom za dijete potrebno je dobiti pismena odobrenja obaju roditelja.

Maloljetnik koji je sposoban shvatiti situaciju u kojoj se nalazi može i sam dati suglasnost.

Također u slučajevima za osobe bez poslovne sposobnosti potrebno je dobiti pisanu izjavu skrbnika. Kod pacijenata u nesvijesti, kod kojih su potrebni hitni, životno važni zahvati, liječnik će ih na vrijeme obaviti.

Ako tijekom kirurškog zahvata o kojem je liječnik informirao pacijenta dođe do situacije koja predstavlja povećan operacijski rizik, o kojem liječnik nije razgovarao s pacijentom, potrebno je, ako je to medicinski moguće zahvat prekinuti i dobiti pacijentovu dodatnu suglasnost. Iznimku predstavlja jedina situacija u kojoj bi izostanak terapije prouzročio teške posljedice u budućem pacijentovu životu, što osobito vrijedi kod akutnih situacija. Kod planiranih i predviđenih proširenja opsega operacije mora biti informirani pristanak dobiven u vrijeme dok je ozlijeđeni još potpuno sposoban razumjeti liječnikovo objašnjenje.

Kod pacijenata koji ne razumiju liječnikov jezik potrebno je dovesti prevodioca kako bi liječnik dokazao da je prije zahvata pravilno i cjelovito dao objašnjenja pacijentu.

Informirani pristanak mora dobiti liječnik koji će izvesti zahvat i ne može ga prenijeti na drugog liječnika. Ako određeni liječnik zadaću informiranja pacijenta i dobivanja informiranog pristanka prenese na drugog liječnika, liječnik koji je preuzeo dužnost objašnjavanja odgovara za manjkavosti koje bi nastale pri objašnjavanju zajedno s liječnikom koji mu je takav nalog dao.

Za svaku odluku, prije svega kod postupaka koji nisu nužni, potrebno je pacijentu ostaviti dovoljno vremena.

Također o terminu operacije liječnik mora pravodobno u razgovoru obavijestiti pacijenta.

Slobodnom odlukom pacijenta ne može se smatrati njegovo izjašnjavanje tijekom dobivanja analgetika ili uvođenja u narkozu kao ni ako je bolest u fazi kada nije sposoban shvatiti težinu situacije.

Objašnjenje normalnih rizika narkoze pacijentu treba biti dano najkasnije večer prije operacije.

Sami formulari za informirani pristanak nisu nužno potrebni, liječnik mora u medicinskoj dokumentaciji navesti sve podrobnosti o kojim je rizicima obavijestio pacijenta i s kojim svjedocima može dokazati da je informirani pristanak dobio na stručan način. Samo objašnjenje na formularu bez obrazlaženog razgovora nije dovoljno. Sam formular za pristanak predstavlja samo indikator da je obavljen informativni razgovor.

Zaključak

Promjena piramidnog, stručno nadgledanog, hijerarhijskog zdravstvenog sustava u Sloveniji, glede stručnih pogrešaka, unesrećuje sve.

Pacijent trpi posljedice stručnih pogrešaka za koje najčešće dugotrajnim sudskim postupcima pokušava dobiti moralnu i financijsku satisfakciju.

Liječnici se osjećaju ugroženi zbog rastućeg broja odštetnih zahtjeva.

Zdravstvene ustanove su nesretne jer priče o stručnim pogreškama smanjuju njihov ugled i nedodirljivost.

Oni koji plaćaju zdravstvene usluge nesretni su zbog porasta troškova liječenja uzrokovanih stručnim pogreškama liječnika.

Društvo je nezadovoljno i nesretno jer zna da se stručne pogreške događaju, zbog čega raste nepovjerenje u odnosu pacijent-liječnik.

Osiguravajuća društva koja osiguravaju liječnike ili zdravstvene ustanove s naslova profesionalne odgovornosti liječnika nesretna su jer dolazi do izrazitog porasta broja takvih

zahtjeva. O tome u Sloveniji ne postoji statistika na nivou svih osiguravatelja, svako osiguravajuće društvo za sebe tvrdi da je postotak slučajeva u kojima je potrebno plaćati odštete zastrašujući. Analize rada jednoga slovenskog osiguravajućeg društva govore da je od 80 zahtjeva postavljenih u jednoj godini, 60 bilo opravdano. To dokazuje na jednoj strani izrazit porast broja stručnih pogrešaka, a na drugoj strani vjerovanje pacijenata da za stručne greške imaju pravo na odštetu.

U cijelom sustavu iznimka su oni koji su zadovoljni, a to su odvjetnici i najrazličitiji posrednici jer oni savjetujući pacijente koji smatraju da je u njihovu liječenju nastala stručna pogreška, budu uvijek plaćeni s jedne ili druge strane.

Na kraju svi zajedno ne možemo i ne smijemo biti zadovoljni i moramo težiti da se odgovornost i samokritičnost liječnika razvije do te mjere da pacijente liječimo temeljem najveće stručnosti, s rezultatima pri kojima će broj stručnih pogrešaka padati. Za svaku stručnu pogrešku koju doživi pojedini pacijent mora postojati postupak moralne i financijske naknade.

Samo tako je moguće ponovno uspostaviti visok stupanj međusobnog povjerenja pacijent-liječnik.

L I T E R A T U R A

1. Philosophie, Die Untersuchung der (Aller) Wahrheit, <http://reifeentwicklungprozess.heim.at/KuFehler.htm>, okt. 2006.
2. *Sponsel R.* Iatrogenie – Krank durch Behandlung, <http://www.sgipr.org/doceval/epidem/iatrogen.htm>
3. *Hansis LM, Hart D.* Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland, Robert Koch Institut 2001: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?_uid=gastg&p_aid=
4. *Balažic J.* Obravnava zdravstvene napake skozi zgodovino, 19. učna delavnica za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, Zbirka PIP 2002.
5. *Kersnik J.* Opredelitev in oblika zdravstvenih napak, 19. učna delavnica za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, Zbirka PIP 2002.
6. *Scheibe O.* Was ist chirurgischer Standard? In: H.W. Waclawiczek, O. Boeckl: Standards in der Chirurgie 2000; 2–7. Zuckschwerdt Verl.
7. *Rostan V.* Was macht einen medizinischen Fehler für Patienten inakzeptabel?, 2005, http://www.thieme.de/viamedici/medizin/aerztliches_han_deln/studie_arztfehler.html
8. *Brandstetter G.* Ärztliche Kunstfehler und Arzthaftung, <http://www.arztfehler.at/>
9. *Neu RAJ, Petersen D, Schellmann WD.* Arzthaftung Steinkopff Darmstadt Verl, 2001.
10. *Shara J, Brandt L.* Patientenaufklärung, Orthopäde 2008;37:793–802.
11. *Živčec Kalan G, Dobnikar B.* Pravne podlage za odgovornost zdravnika s pojasnili in primeri iz prakse, 19. učna delavnica za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, Zbirka PIP 2002.

MEDICINSKA POGREŠKA – PROFESIONALNA ODGOVORNOST ZA ŠTETE U BOSNI I HERCEGOVINI

MEDICAL ERROR – PROFESSIONAL LIABILITY FOR MALPRACTICE IN BOSNIA AND HERZEGOVINA

NURKA PRANJIĆ*

Deskriptori: Medicinske pogreške; Nesavjesno liječenje; Zakonska odgovornost; Bosna i Hercegovina

Sažetak. Zdravstvena se zaštita često uspoređuje s avijacijom jer mnogi faktori koji dovode do pogreške u oba su područja slični. U ovom revijalnom članku navode se literaturne činjenice u vezi s etičkim, zakonskim i praktičnim aspektima građanskopravne odgovornosti u slučaju medicinske pogreške. Građanskopravna odgovornost za štete u medicini jedan je od najvažnijih dijelova zakonodavstva koji regulira zdravstvenu zaštitu. Liječničke komore bi mogle imati vrlo važnu ulogu u alternativnoj metodi rješavanja medicinske pogreške. Da bi se smanjila učestalost pogrešaka, potrebno je imati konstruktivan pristup. Medicinske se pogreške moraju istraživati. Da bi se ovo postiglo, u vodiče prakse mora se uvesti da liječnici sami prijavljuju svoje pogreške pacijentima ili njihovim obiteljima.

Descriptors: Medical errors; Malpractice; Liability, legal; Bosnia-Herzegovina

Summary. Medical care is frequently compared to aviation, as many of the factors which lead to errors in both fields are similar. In this article we review the literature on such events and discuss the ethical, legal and practical aspects of civil liability in the case of medical error. Ethics, professional policy and the law, as well as the relevant empirical literature, suggest that timely and candid disclosure should be standard practice. In harmonization to ethical codex, the physician is obliged to inform the patient about the origin of medical error. Civil liability is one of the most important parts of law that regulates health care service. Medical chambers could be having a very important role in alternative methods of medical error disciplinary screening proceedings. Guidelines for disclosure of medical error to patients, and their families if necessary, are proposed.

Liječ Vjesn 2009;131:229–232

* Katedra za medicinu rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli i Ljekarska komora Tuzlanskog kantona, Tuzla, Bosna i Hercegovina (Nurka Pranjić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. N. Pranjić, Katedra za medicinu rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli i Ljekarska komora Tuzlanskog kantona, 75 000 Tuzla, Bosna i Hercegovina

Primljeno 12. prosinca 2008., prihvaćeno 1. travnja 2009.