



Лекарска грешка недвосмислено има свој социјални, правни и етички аспект. Она је увек тешка како за појединца тако и за друштво, међутим то је увек само врх брега који представља скуп многобројних малих корака који обично наговештавају неки већи инцидент у лечењу, односно системски недостатак у процесу лечења са катастрофалним последицама. Међутим, невероватно је како је наше друштво одузело право лекарима и другом медицинском особљу могућност на грешку. Од доктора и осталог здравственог особља се очекује највећи степен моралности, пожртвовања, стручности и ентузијазма. С друге стране, сведоци смо да наше друштво скоро две деценије живи у беди, немаштини, и свеопштој ерозији морала. Како је могуће да се у исто време, у истом друштву, у истим историјским околностима, дешава такав парадокс?

Дакле, сви смо се ми саживели с овим проблемима и појавама, а да и не примећујемо колико смо загазили у неправду и хипокризију. Нажалост, професионалне грешке у здравству обликују се у хаотичном друштвеном амбијенту, пуном апсурда и нереалности. Атмосфера дневних афера и скандала креира се из дан у дан, све у жељи да се људска и грађанска права заштите од неморалних и неспособних појединаца у белим мантилима. Погрдни изрази и стручне анализе се множе из дана у дан, друштво је најзад решило да се обрачуна са јавашлуком и неморалом у нашем здравству. Можемо ли напоскон да будемо спокојни да смо на правом путу?

Нема безгрешних

Наиме, треба истаћи да ни најсавременији здравствени системи у свету нису поштеђени лекарских и медицинских грешака. Напротив, у САД превентивилне медицинске грешке које се догоде у болницама годишње (2001, 2002, 2002), процењују се на око 195000 (Litigation/Medical Practice article 2004). И поред тога медицинска професија је веома високо цењена у САД, и достиже светски врх по квалитету и стандарду медицинских услуга. Слично овоме, аустралијска влада је спровела једно истраживање у три болнице (NSW) у периоду од шест месеци 2001, објављено у "The Sydney Morning Herald", и дошла до резултата да је 66 људи изгубило живот иако се ова ужасна статистика могла спречити да се реаговало довољно хитно и професионално (Robotham 20010).

Дакле, више него полемично је то да, упркос високом стандарду здравства западног друштва, грешке лекара су и даље предмет жустре полемике и научног истраживања у

поменути срединама. За земље у развоју и посткомунистичка друштва, нажалост, не постоје релевантне информације у литератури о односу и значају системских грешака као узрочника лекарске грешке, међутим, постоји несумњиво системска условљеност лекарских грешака, које се испољавају кад системски фактори досегну одређен праг неопходан за испољавање грешке. По проф. Mishri (Human error in laparoscopic surgery) системске грешке у здравству су стално присутне у скривеној форми, “а грешка само чека да се деси”.

Уопштено говорећи, анализа узрока грешке је врло сложена, пошто је лекарска грешка често инхерентна системском процесу пружања медицинске неге, па је последично томе и лекарска грешка карика у ланцу тимског рада који се назива здравствена услуга.

По Weinberg-у, ради се о много ширем и комплекснијем проблему него што се на први поглед мисли, и досеже саму структуралну дисфункционалност и лошу комуникацију здравственог система.

Покушајмо, још једанпут, да анализирамо друштвени феномен лекарске грешке. Наше друштво једноставно је прихватило двоструке стандарде, кад је реч о вредностима и положају доктора у нашем друштву, као нешто сасвим нормално и природно. Поносни смо што је Србија, као једна мала земља, дигла свој глас против двоструких стандарда који се примењују у светским међународним односима, па се искрено надамо да ће поступити исто тако када се ради о најважнијем друштвеном проблему, неправди у српском здравству и положају доктора у нашем друштву.

Здравље је, по светској здравственој организацији, не само одсуство болести, већ је то динамично стање не само физичког, већ и менталног, спиритуалног и социјалног благостања (WHO 1998). Овим се јасно ставља до знања да је здравље нешто најинтимније и најважније у животу сваког човека, то је део његове аутономности и индивидуалних вредности, које држава не може да намеће, још мање да манипулише, али у исто време, има и свој друштвени аспект и значај. Зато је неприхватљиво да се здравље третира искључиво кроз социјалну призму, што се, нажалост, задржало у многим посткомунистичким заједницама. Немогуће је расправљати о правима пацијената, дужностима и обавезама лекара без њихових јасно дефинисаних и реализованих грађанских права. По Andrewood-у очигледно је да се процес промена у здравству одвија као рефлексивна процеса промена у друштву .

Као најважнији аргумент и парадокс наших двоструких аршина, свакако је наш однос према феномену “везе” у здравству. Наиме, свако када се разболи жели себи најбољу негу и најбољег доктора. Зашто једну легитимну и природну ствар, а то је право да се легално добије жељени доктор, која је иманентна човековом индивидуалном и људском праву, насилно претварати у неморал, дискриминацију и криминал? Дакле, тражење докторске везе, на начин којим смо то навикли да радимо, не само да је груба дискриминација према онима који то не могу да приуште, већ и размена интереса, чији је крајњи исход, веома често корупција. Према истраживању Светске банке (2007), Србија је четврта земља у свету према степену корупције у здравству. Ово је потврђено у извештају “Дискриминација и корупција – системске грешке српског здравства” (проф. Хуберта и Најман). Они су у том извештају јасно истакли да монопол државног здравства ствара неспутану корупцију.

Несавестан и нестручан поступак – малпракса

Медицинска грешка као индивидуални чин, правно гледано, ако се изузме грубо несавесно лечење, више је апстракција него правни појам, пошто је тешко лоцирати и контекстуално дефинисати кривицу и одговорност прекршиоца. Овде, вероватно лежи суштинска конфузија која егзистира већ дуже време у многим друштвима укључујући и наше.

Наиме, с правног аспекта, лекарска грешка углавном имплицира кршење дужности лекара, било у смислу стандарда дужне пажње у односу на лекарску струку, или саобраћања према пацијенту. Нажалост, стандард дужне пажње није фиксни појам и често зависи од контекстуалних околности и стандардизације у здравству и медицинској пракси.

Статут и кодекс Лекарске коморе Србије у члану 48. поставља јасну разлику између несавесног и нестручног исхода лечења с једне стране, и нежељеног исхода лечења с друге стране. Ово је уједно угаони камен на коме се заснива евентуална лекарска одговорност за исход лечења. Под појмом савесности подразумева се свестраност и потпуност у односу лекара и пацијената у току лечења (Лекарска комора). Дакле, лекар не може да одговара за неповољне ефекте лечења пацијента ако је своју праксу вршио с дужном пажњом и у оквиру стандарда своје професије. Значи, поред медицинско-научног дефинисања и објашњења професионалне грешке, постоји и правни аспект који тај исти проблем третира као противправну радњу, у смислу кривичне одговорности лекара, или покретања противправне одштете.

Међутим, да би се одредила стварна граница стручне грешке, и њихове прихватљивости и допуштености у правном смислу, оне морају да се анализирају контекстуално, узимајући у обзир системске пропусте и дисфункционалност сваког здравства у којима се та грешка десила. Ова чињеница веома релативизује појам “стандард лечења”, којег је лако дефинисати теоретски и дати му огољено правно тумачење, међутим, у практичном смислу не може се применити као мериторни стандард, већ такође, захтева контекстуално одређење за дати случај. Ову тврдњу недвосмислено потврђује светска литература као што је Вебстеров медицински речник, немачка судска пракса итд.

Треба имати у виду да свака болест или операција имају свој релативно стални проценат неповољног исхода лечења, који не зависе чак и од најоптималнијих стандарда медицинске професије. Овај проценат може да се повећа, у зависности од контекстуалних дешавања, али не и обрнуто. Разлог за ово лежи у несавршености како медицине, тако и људског бића.

Када је, и да ли је лекарска грешка, заиста, индивидуална одговорност

У лекарској пракси готово да нема лекара који није направио грешку. Индивидуална перформанса доктора је предмет свакодневног контекстуалног дешавања, и лако је уочити да су дужна пажња и стандарди врло променљиве величине које се тешко могу конкретизовати тј. евалуирати у конкретном случају. Још теже је њихово правно тумачење у смислу кривичне одговорности, или евентуалне противправне одштете.

Узмимо нпр. квалитет збрињавања пацијената повређених у саобраћајним удесима. За ову проблематику, изузетно софистицирану медицинску праксу (ATLS-Advanced Trauma Life Support процедура), потребно је имати едуковану широку базу доктора на територији целе Србије, обучених и едукованих за третирање трауматских пацијената. Србија је једина од ретких држава на Балкану која нема дати протокол-ATLS. Затим, све веће опште болнице требало би да имају двадесетчетворочасовну СТ скенер службу, као и осталу опрему за адекватно третирање трауматских и свих ургентних пацијената. Таква служба, је раритет у Србији упркос бројним купљеним СТ апаратима.

Најискуснији доктор биће у зони високог ризика и стреса када се ради о трауматским пацијентима ако недостају поменути базични стандарди лечења. Да ли можемо да

замислимо, сада, мање искусне докторе у оваквим ситуацијама, у мањим болницама у Србији, остављени да се боре са сопственим стресом и најкомплекснијим медицинским проблемима, где је први сат у третману, а каткада и минути, одлучујући за судбину пацијента. Придодајмо овоме факторе умора, неиспаваности, друштвеног незадовољства и фрустрације, неорганизованости и слабе академске интерперсоналне и свеопште комуникације. Да ли је то индивидуална или системска грешка ?

Да ли је лекарска савест искључиво питање личног морала доктора? У свакодневной пракси малпракса се углавном односи на несавесно лечење. Несавесно лечење, као последица грубе непажње, а таквих ситуација је мало, без сумње, проузрокују озбиљно погоршање здравственог стања. Оне би требало, свакако, да су предмет кривичне или етичке одговорности. Међутим, у контексту многобројних системских, социјалних и друштвених фактора, њихова евалуација је често врло незахвална. па је логично да лекарска савест, која подразумева свестраност и потпуност у односу лекара и пацијената у току лечења, најмање зависи од његове личне моралности. Дакле, лекар не може да одговара за неповољне ефекте лечења пацијента ако је своју праксу вршио с дужном пажњом и у оквиру стандарда своје професије.

Контекстуални фактори

Дужна пажња доктора, професионални стандарди и стручна оспособљеност, већ смо видели, јесу контекстуални појмови, и последично томе зависе од многих других системских фактора, односно, општег друштвено-социјалног амбијента као што су: системска комуникација, стандарди лечења, оспособљеност лекара на различите интелектуалне и физичке напоре и стрес, технолошку опремљеност, организацију посла итд. Сходно томе, докторова независност и самосталност су за многе докторе само стилска фигура која лепо звучи.

Није ли доктор жртва једног нерешеног системског конфликта, који уместо да почне да се решава, добија димензије друштвеног спектакла?

Славин, као и многи аутори, истиче чињеницу да чак у комплексним и високо технолошким здравственим системима грешке треба прихватити као природни феномен. Др Weingart, директор центра за безбедност пацијента при Dana-Farber институту за малигне болести, напомиње да су системски узроковане грешке реалност здравственог система, и ако нисмо у стању да слободно расправљамо о њима, нећемо никад извући

поуке из њих. У том смислу, заједничка комисија за акредитацију здравствених установа у САД, истиче да је системска медицинска грешка у суштини глобални информациони проблем.

Дакле, чак и у високо стандардизованим земљама, решења у циљу смањења лекарских грешака фокусирана су на популационом нивоу у смислу стандардизације решења, као што су: протокол праћења грешака, како у болницама тако и шире, анализирање и култура реферисања лекарских грешака, али која ће бити лишена политике скидања скалпа докторима.

У основу ове тврдње је проста чињеница да отворен и цивилизован разговор о грешкама у процесу лечења креира повољни друштвени амбијент који омогућава радикалну анализу узрока медицинске грешке. Супротно, грешке о којима се ћути и које се прикривају само доприносе понављању истих грешака и креирању неповољног друштвеног амбијента. То може да произведе позитивну повратну спрегу у већ незрелој комуникацији у друштву и здравству, односно, хаос. Најупечатљивији пример овог хаоса је тврдња, тј. недавна кампања на нашој телевизији о мистериозном нестанку (крађи) органа, оптужујућа по хируршку екипу једне еминентне болнице за кардиоваскуларне болести.

Да би се овакве ружне и неприхватљиве друштвене појаве избегле, 2005. године (у то време) сенатор Барак Обама предложио је оснивање националне агенцију за пријављивање лекарских грешака, као и програм компензације пацијената кроз преговоре и нагодбе између доктора и пацијента. Предлагач се нада да би се овиме смањио број законских тужби и стишале би се друштвене тензије које лекарске грешке, потпомогнуте медијама, производе.

Системски проблеми у српском здравству – малпракса државног здравства

Које су предности и мане нашег у односу на западно здравство? Клиничка пракса код нас је базирана на традиционалној медицини која води порекло из Француске на заласку XIX века. Она је строго објективна и патерналистичка и као таква замишљена је да кореспондира техничким аспектима људске болести, дијагнози болести и лечењу, више него што се бавила значењем болести, тј. пацијентовим унутрашњим светом коју та болест креира.

Међутим, још важнији аспект овакве клиничке праксе је веома застарела организација здравствене службе која не одговара садашњем времену високе технологије и информације. Последица ове некомпетентне организације здравствене службе, односно уплетеност системских грешака и озбиљних недостатака савремених стандарда у неким доменима процеса лечења пацијената, креирао је амбијент који је више него скроман, што је, вероватно, последица непостојања ефикасних механизма заштите права, доктора у професионалном смислу и пацијената, како етички тако и законски. Осим тога, по Lo-у стандарди стручности подразумевају да лекари имају вишеструке обавезе и одговорности према породици, и себи самима. Сваки лекар има моралну обавезу у придржавању сопствених вредности, развијању сопствених талената и очувању сопственог здравља.

Ови недостаци нашег здравства суштински утичу на даљи процес континуиране едукације, поготово код младих доктора који им је нужен повољан клинички амбијент за стицање неопходног искуства и знања, и то баш у првим годинама после завршених студија медицине. По Mc Whinney-у медицина је увек рефлексивна вредносна система друштва коме служи. Дакле, системске грешке рефлектују наш однос и перцепцију вредносне система. Оне су уграђене у наш здравствени систем, а последице њихове дисфункционалности на популационом нивоу више су него трагичне.

Упркос мањкавости и дефициту модерних стандарда лечења у неким сегментима нашег здравства, лакши приступ пацијената специјалистичким службама компензује добар број потенцијалних системских грешака који просто лебде у ваздуху. Дакле, овај модел нашег здравства са друге стране, парадоксално, повећава знатно квалитет и ефикасност здравствених услуга наспрам много нижег друштвено-економског статуса нашег друштва.

Слаба страна ове специјалистичке оријентације наше здравствене организације је исцепканост у безбројне лавиринте специјалистичких служби, чиме се губи целина пацијента која је сама сустина примарне здравствене заштите. Ово, заједно са мањкавим стандардима лечења у појединим сегментима нашег здравства, често доводи до феномена клиничке јатрогенезе (*clinical iatrogenesis*) како то генијално описује Ilic. Он овим потенцира потребу да се пацијент третира као целина, узимајући у обзир све аспекте вредности једне личности, емоционалне, спритуалне, социјалне, физичке и друге. У супротном, *clinical iatrogenesis* се трансформише у штетну лекарску праксу и постаје агресија према друштву и појединцу, а здравље добија клинички статус, тј. одсуство клиничких симптома, чиме Ilic здравље анализира кроз социјалну призму у негативном смислу као *social iatrogenesis*.

Да је McWhinney у праву говори мноштво пропуста у нашем здравству управо на глобалном нивоу. Генерално говорећи, системски пропусти у нашем здравству, који се не смеју толерисати, чести су и у распону су од законских мањкавости до широког спектра системских грешака који су деценијама уграђиване у један врло старомодни систем организације здравствене службе, (не)видљиве на први поглед, а манифестоване кроз индивидуалну тј. лекарску грешку.

Наведимо неке недопустиве системске пропусте у нашем здравству. Законски, врло уочљиви пропуст је нпр. у превенцији ширења хепатитиса Ц, углавном због непостојања одредбе која забрањује делатност свима који долазе у контакт са кожом, а не испуњавају савремене стандарде за ту делатност (педикери, маникери, тату делатности, фризерски итд.), као и због нерешеног питања наркоманије у Србији. Сличан пример је очигледан пропуст у заштити општег здравља у смислу продаје неких скувих лекова (напр. Cialis) у приватним апотекама и без лекарског рецепта, а који могу да имају фатални исход, односно, да проузрокују напрасну смрт (због интеракције лекова, поготово код кардиоваскуларних пацијената).

Најочигледнији примери тешких системских пропуста, који имају несагледиве социјалне, финансијске, и психолошке последице за пацијенте и друштво уопште, јесу: непостојање модерних стандарда у лечењу акутно повређених (ATLS), затим недефинисан статус општих болница у смислу хитне медицинске службе и доступности 24h СТ скенера (дијагностичке службе), комуникацијски и информационо дезинтегрисана и дезоријентисана служба примарне здравствене заштите, недефинисан статус приватне наспрам државне здравствене службе, недефинисан статус доктора, посебно младих у односу на стандарде лечења и клиничке едукације после завршених студија, и многи други пропусти чије је набрајање изван контекста овог чланка.

Закључак

Лекарска грешка је без сумње саставни део медицинске праксе. Од ње нису имуна ни најразвијенија друштва, а парадоксална је чињеница да су у високо развијеним здравственим системима лекарске грешке можда чак и чешће него у земљама посткомунистичких друштава.

Међутим, уместо да се ствара друштвени амбијент толеранције и решавају системски проблеми медицинских грешака, решења се траже у кривичном прогањању, хапшењу и јавној осуди доктора за несавесно лечење. Све у циљу одвајања “жита од кукоља”.

На срећу, грешке у лечењу као последица грубог несавесног лечења, веома су ретке, а много чешће представљају резултат системских проблема у здравству и/или неизбежног неповољног исхода лечења. Грешке су саставни део наших стандарда, (мал)праксе и (не)реалних околности у којима се та пракса одвија. Зато се одвајање “жита од кукоља” треба спровести у самом систему нашег друштва, а не међу докторима.

Докторска професија је једна од најтежих, она је јединствени спој уметности, вештине и науке, захтева огромна одрицања и ентузијазам. Доктори и друго медицинско особље су најплеменитије ткиво сваког друштва. Међутим, наше друштво још увек види здравство само као средство социјалног мира и политике, а не као потребу сваког грађанина за задовољење својих људских и индивидуалних права, како пацијената тако и доктора.

Лекарске грешке су реалност сваког здравственог система, па и нашег, који егзистира у једном (не)реалном друштвеном контексту и пун је социјалних, етичких и правних конфликта. Оне симболизују крст који доктор мора да изнесе на свом професионалном и личном путу, у борби за опстанак и лично достојанство, разапет између уметности и науке, тржишта и социјалне правде. Неразумевање и одсуство праве акције у решавању ових друштвених конфликта је суштина кризе нашег здравства и погрешне политике решавања лекарске грешке, а оне су огроман проблем за наше здравство и цело друштво, како финансијски тако и морални.

Аутор је специјалиста опште хирургије и медицине