

Pismo uredništvu/Letter to the editor

VREDNOTENJE TVEGANJA ZA NASTANEK ZAPLETA IN SPROŽITEV SPORA V GASTROINTESTINALNI ENDOSKOPIJI

Davorin Dajčman

Oddelek za gastroenterologijo in endoskopijo, Splošna bolnišnica Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor

Ključne besede: vrednotenje tveganja; pravni red; gastrointestinalna endoskopija

Key words: risk management; legal concept; gastrointestinal endoscopy

Izvilleček – Izhodišča. Vse pogostejše razprave o ukrepih, ki izhajajo iz tveganja za nastanek zapletov in kasnejših sporov pri vsakdanjem delu, se še zmeraj marsikomu zdijo nepomembne in nezanimive. Vendar vse več zdravnikov prepozna številne koristi v povečani dejavnosti za zmanjševanje tveganja pri svojem delu z dobrim vodenjem zdravstvene dokumentacije, dokumentiranjem pojasnilne dolžnosti in stalnim prepoznavanjem možnosti tveganja na širšem področju dejavnosti. Standardi oskrbe bolnika temelje na zakonsko opredeljenih pravilih delovanja službe in smernicah stroke, kar zdravniku endoskopistu zagotavlja možnost čim boljše oskrbe bolnika. Tako je endoskopistova dolžnost, da deluje na podlagi strokovnih smernic znotraj zakonskih določil. Odstopanja od predvidenih določil se v pravo pojmujejo kot »prekršek«, kar je za tožnika zanesljiv dokaz pri sklicevanju na neizpolnjevanje določil dejavnosti. Zato pomeni delovanje endoskopista znotraj določil tudi neizpodbitno pravno zaščito pred nepričakovanim srečanjem z zastopniki zakonodaje.

Zaključki. V prispevku je endoskopska dejavnost predstavljena z vidika pravil zdravstvene dejavnosti in strokovnih določil. Namenjen je endoskopistom in vsem ostalim zdravnikom, ki razmišljajo o načinu izvajanja strokovne dejavnosti s čim manjšim številom zapletov in o preprečevanju morebitnih nesoglasij ali formalnih sporov, ki izhajajo iz nezadovoljstva v postopku zdravljenja.

Uvod

V gastrointestinalni endoskopiji (GIE) ob vse hitrejšem razvoju novih metod, obsežnejšem poseganju v človeško telo (invazivnejše terapevtske metode) ter strmi rasti dnevno opravljenih endoskopskih posegov spoznavamo številne koristi od ustrezne skrbi za zmanjšanje tveganja za nastanek zapletov in s tem v zvezi zmanjšanjem verjetnosti kasnejšega spora med bolniki in zdravstvenim osebjem. Med ključne postopke varnega in bolniku prijaznega zdravljenja z manjšo verjetnostjo neželenih rezultatov ali bolnikovega pretiranega nezadovoljstva spadajo dosledno izvajanje pojasnilne dolžnosti, dokumentiranje postopkov v procesu zdravljenja in delovanje v okviru sodobnih strokovnih smernic (1). Pravilno vrednotenje verjetnosti tveganja za nastanek zapletov med endoskopskimi posegi in posledični endoskopistovi ukrepi je skupek dejavnosti, ki jih dandanes v zdravstvu pogosto opredelimo kot »nadzorovanje tveganja za neželen izid zdravljenja«. V GIE kakor v drugih strokah tak nadzor obsega skupek dejavnosti za

Abstract – Background. Discussion of risk management may seem trivial to physician in the day-to-day activities of practice. Most physicians recognize the benefits of being proactive in trying to minimize the risks of malpractice litigation through careful documentation, informed consent and adhering to accepting many other areas of risk. The standard of care is a legal concept within professional guidelines describing the duty that physician endoscopists fulfill in their care of a patient. The endoscopist's legal duty is to practice within the reasonable standard of care. A failure to practice within the standard constitutes a »breach of duty«, which is one of the elements of proof that a plaintiff must satisfy to win a malpractice claim. Practicing within the standard is the endoscopist's ultimate legal defense. Unrequested interaction between practitioners of the legal and medical fields is not usually the one anticipated with great pleasure by people at all.

Conclusions. This article considers endoscopists' practice from the legal point of view concepts and provide a better understanding how the standards and guidelines in gastrointestinal endoscopy reflect clinical practice. It is also meant for endoscopists and any other physicians who are interested in reviewing their practices for potentially litigious situations and in discussion how to optimize their protection against a successful judgment.

odpravljanje možnosti nastanka medicinske (strokovne) napake, preprečevanje zapletov endoskopskih posegov in neželenih poškodb bolnika, zagotavljanje ustreznega financiranja storitev in njihovo opravljanje v sprejemljivem roku od napotitve na zdravljenje. V splošnem se mora vsak zdravnik zavedati koristi dobrega nadzora nad tveganji, ki izhajajo iz njegovega dela, kajti le na ta način se lahko samostojno in samozavestno odloča za zahtevnejše in invazivne oblike zdravljenja (2). S tem se z večjo zanesljivostjo izogiba škodnemu postopku zaradi strokovne nedoslednosti ali malomarnosti, ki ga nenehno ogroža, saj je povsem jasno, da so tveganja na vsakem področju medicine, bolniki in njihovi svojci pa so vse bolj kritični (3). Zato se v zdravstvenih sistemih širom po svetu zavzemajo za formalizacijo oziroma institucionalizacijo strokovnih smernic, ki jih sicer sprejemajo strokovna združenja na državnih oziroma mednarodnih forumih. Kot taka sicer niso obvezna po zakonu v ožjem smislu, ampak zdravnika obvezujejo v skladu s splošno zakonodajo o izvajanju zdravstvene dejavnosti na temeljih sodobne medicine, nujnosti nenehnega izobra-

ževanja, izbiranja najboljšega zdravljenja v okviru danih možnosti in temeljijo na etičnih načelih, opredeljenih z mednarodnimi kodeksi. V družbah, kjer imajo pravni spori proti zdravnikom daljše izročilo, zdravniška združenja že sprejemajo posebne standarde za diagnostične in terapevtske postopke glede na klinično indikacijo oziroma diagnozo in jih sprejemajo kot formalizirane koncepte zdravljenja, ki zdravnika oziroma v našem primeru endoskopista obvezujejo k določenim postopkom, odvisno od klinične slike bolezni ali ugotovljene diagnoze. Zdravnikovo delovanje znotraj takšnih konceptov mu zagotavlja posodobljene strokovne in etične osnove na eni strani in moralno ter pravno zaščito pred obrekovanjem na drugi strani (4). Ker tako zamišljeni koncepti zdravljenja vsebujejo tudi nadzor nad tveganjem za nastanek zapletov ali z drugimi besedami preprečevanje neželenega izida zdravljenja, so v članku opisane njegove značilnosti s poudarkom na sebinskem dokumentiranju storitev in ne toliko s finančnega vidika, izvajanju pojasnilne dolžnosti ter komunikaciji z bolnikom v endoskopski enoti. Vse to je skupno tudi z ostalimi strokami.

Dokumentiranje endoskopskih postopkov

Zdravstvena dokumentacija je dandanes v funkciji enega najbolj učinkovitih in zmogljivih sredstev vrednotenja in obvladovanja tveganja za nastanek zapletov pri izvajanju zdravljenja oziroma storitev, še posebej na področju izvajanja invazivnih posegov, značilnih tudi za GIE (2, 5). Vendar moramo poudariti, da je še tako dobro zabeležen miselni proces endoskopista, nastal v nekem tehnično zapletenem procesu diagnosticiranja ali zdravljenja, neuporaben, če je v procesu presojanja o ustreznosti zdravljenja na podlagi primerjave s strokovnimi smernicami nazorno, da je bil proces izrazito defenziven zaradi večje varnosti pred zapleti, četudi izpeljan dosledno in uspešno. Seveda pa to ne pomeni, da se morajo neizkušeni endoskopisti pretirano hitro odločati za postopke, ki jim še niso kos. Zagotovo pa stopnja kakovosti in popolnosti dokumentacije pomembno vpliva na rezultat razsodbe o ustreznosti zdravljenja (6). Praviloma endoskopist opravi veliko več miselnega dela in fizičnih postopkov, kot jih dejansko zabeleži v izvid preiskave, ki velja za formalno obliko zdravstvenega dokumenta. Ker se veliko časa porabi z odkrivanjem vzroka bolezenskega stanja (anamneza, klinični pregled), pripravami na endoskopski pregled ali zdravljenje, pojasnjevanjem stanja bolniku ali svojem in vse bolj pogostemu telefoniranju, je časa za dosledno in vsebinsko jasno pripravo izvida malo. Zato je dokumentiranje med zdravniki nepriljubljeno in se pogosto nepravilno razume. Bolj ali manj se še zmeraj premalo zavedamo pomena skrbno vodene dokumentacije, pa ne samo zaradi doslednega obvladovanja posledic obstoječega tveganja, ki je prisotno med zdravljenjem, ampak tudi zaradi bistveno boljše stroškovne preglednosti ob finančnih nadzorih plačnika storitev in ne nazadnje kakovostne baze podatkov, uporabne za strokovne analize ter programe ali raziskovalno dejavnost (1, 6, 7).

Ob tem pa ne smemo pozabiti tudi na primarni namen zdravstvenega dokumenta (izvid, odpustnica, konziliarno mnenje, strokovna ocena itd.) kot temelj medsebojnega sporazumevanja med našimi službami. Takšen dokument kot edini objektivni vir opravljenih zdravstvenih storitev in dejanj služi zavarovalnici kot referenčni dokument za izvršeno plačilo formalno določene storitve, strokovnemu izvedencu ali pravnemu zastopniku pa kot zapisnik morebitnega spornega postopka (1, 6, 8). Med bolniki oziroma v javnosti pa običajno velja pravilo: »Razumljivi in izčrpni izvidi – dober zdravnik!« Vsakdo v zdravstvu se mora zavzemati, da so izvidi in drugi zdravstveni dokumenti čitljivi, logični, razumljivi in skrbno sestavljeni, tako da jih lahko tisti, ki so jim namenjeni, koristno upo-

rabijo. Ne glede na to, ali gre za ambulantno ali bolnišnično dejavnost, morajo dokumenti že v uvodu vsebovati osnovne podatke o bolniku, skrbno zabeleženo anamnezo in klinični pregled, napatitve in druga naročila, potrdila o izpolnjeni pojasnilni dolžnosti, klinična opažanja, izsledke že opravljenih preiskav in zaključek ob odpustitvi (1, 2). Najprimernejši je računalniški izpis, ki omogoča preglednost in sistematičnost na eni strani in shranjevanje ter kasnejšo uporabo v različne namene na drugi strani. V intranetnih in internetnih omrežjih pa tak način omogoča še hitro in učinkovito vrednotenje rezultatov med strokovnjaki širom po svetu, še posebej če so povezani v skupne podatkovne baze, kakor na primer projekt GASTER Evropske zveze za GIE (9). Urejanje zdravstvene dokumentacije endoskopskega posega lahko razdelimo v tri kronološko zaporedne faze: (I) predprocesno dogajanje (pred posegom), (II) sam poseg oziroma proces in (III) poprocesno dogajanje (po posegu) (1).

- I. V predprocesnem dogajanju je potrebno vpisati v dokumentacijo osebne podatke, osnovni razlog za poseg, dopolnilne priložene rezultate že dognanih medicinskih dejstev o bolniku (izvidi) in obrazec o izvršeni pojasnilni dolžnosti (glej tudi poglavje o pojasnilni dolžnosti). Že na tem mestu želimo poudariti, da mora beleženje uvodnega dogajanja vsebovati vse bolnikove pomisleke o zdravljenju, še posebej pa nestrinjanja z vstopom v kateri koli del postopka endoskopskega procesa (2, 4).
- II. Dokumentiranje procesa, ki je v našem primeru endoskopski poseg, naj bo izdelano kot izčrpno poročilo dejavnosti vsega udeleženega zdravstvenega osebja, zato naj vsebuje čim več časovno zaporednih dejstev in osnovnih podatkov. Med te spadajo: datum in zaporedna številka bolnika v arhivu izvidov, podatki o aktualni bolezni, pretekla in družinska anamneza, osnovna indikacija, endoskopist, endoskopska naprava, vzporedno uporabljene naprave za spremljanje življenjskih funkcij, v posegu predvidena zdravila in dodatna zdravila zaradi morebitnih zapletov, rezultati pregleda in njegov anatomskega obseg, metoda zdravljenja, uspešnost zdravljenja, evidentiranje odvzetega tkiva (citologija, histologija), namen odvzema tkiva, slikovni ali filmski material, končno mnenje, priporočila in nazadnje še način spremljanja bolnika (kontrole). Končni dokument bi moral biti pripravljen v najkrajšem možnem času od posega, v najboljšem primeru naj ga bolnik dobi v roke že ob odhodu iz ambulate oziroma bolnišnice. Posebna pozornost naj bo namenjena srčnim in pljučnim spremembam med posegom (še posebej pri kroničnih bolnikih), preobčutljivosti na zdravila in zdravlilom proti strjevanju krvi. Ne sme manjkati tudi poročilo o uporabi smirjeval, uspaval, protibolečinskih zdravil in o morebitni uporabi antidotov. Ob koncu je potrebno razumljivo zabeležiti končno bolnikovo stanje in omeniti morebitno bruhanje ali vazovagalne reakcije med posegom.
- III. Ključni podatki poprocesnega dogajanja so bolnikovo telesno in duševno stanje ob zaključku endoskopskega posega. Sledijo priporočila o spremljanju bolnika, ki naj bodo jasna, razložena v pogovoru in nato temeljito zapisana. Posebej pozorni moramo biti še na posebna priporočila oziroma odsvetovane dejavnosti. Med te spadajo odsvetovanje vožnje motornega vozila v primerih uporabe psihotropnih zdravil, napatki o iskanju pomoči, če se po odpustu pojavijo zapleti, kot so bruhanje, krvavitve ali bolečine. Bolnik v tej fazi prejme tudi recepte za zdravila, če jih potrebuje, datum za kontrolni pregled ali napatitev k svojemu izbranemu zdravniku ter napatnice za potrebne kontrole preiskave. Še posebej pomembna je natančna opredelitev kontrolnih pregledov v primerih odvzema tkiva (histologija ali citologija), saj rezultate teh preiskav endoskopist prejme šele v nekaj dnevih po opravljenem posegu (1–3).

Posebno pozornost v dokumentaciji endoskopskih preiskav in posegov zasluži navedba zapletov, ki so v določenem odstotku statistično neizogibni in jih ni mogoče vnaprej predvideti pri načrtovanju konkretnega endoskopskega posega. V primeru zapleta med endoskopijo je potrebno jasno navesti, kaj, zakaj in kako se je zgodilo, kako se je odzvalo bolnikovo telo in še posebej, kateri ukrepi so bili opravljeni za preprečitev posledic ali poglobljanja zapleta. Če poseg ni bil prekinjen ob nastopu zapleta, je potrebno jasno navesti razmerje med koristnostjo nadaljevanja procesa v primerjavi s škodljivostjo samega zapleta (7).

Dokumentacija o endoskopski storitvi je tako poleg svoje koristi po vsebinski plati v komunikaciji na različnih ravneh in potrdila o opravljeni storitvi za plačnika tudi najpomembnejši dejavnik tveganja v primeru nastanka nesoglasij med sprotimi stranmi v etičnem, škodnem ali kazenskem postopku o upravičenosti, pravilnosti ali zadovoljivem obsegu zdravljenja. Dobra, dosledna in iskrena dokumentacija sama po sebi zrcali neka dogajanja s pozitivnim namenom, obenem pa je varovalo pred nepotrebnimi obsodbami. Moramo se zavedati, da je večina bralcev strokovnih dokumentov, kot so endoskopski izvidi oziroma izvidi nasploh, manj izobražena na področju opisane stroke in si lahko razlaga vsebino po svoje, četudi jim pri tem neformalno ali formalno pomaga strokovnjak ali izvedenec (7, 10).

Pojasnilna dolžnost in obrazci za potrditev njene izvršbe

Zdravnikova pojasnilna dolžnost je etična in zakonska obveza. Pojasnilna dolžnost je mednarodno priznana v Nürnberškem kodeksom in Ovijski konvenciji, na katerih temeljita tudi 47. in 48. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti Republike Slovenije (RS) ter 47. člen Zakona o zdravniški službi RS. Izvajanje pojasnilne dolžnosti v Sloveniji natančneje opredeljuje še Kodeks medicinske deontologije RS, ki obsega tudi endoskopsko dejavnost v našem zdravstvu. V vsakodnevni praksi pa je poleg tega ena od najbolj pomembnih oblik zmanjševanja neutemeljenega in nepreudarnega zaostrovanja odnosov med lečečim osebjem in bolniki ali njihovimi svojci (11, 12). Tega se moramo zavedati tudi v GIE, saj prav tako omogoča nekaj bistvenih lastnosti odnosa med bolnikom in endoskopistom (1, 13, 14):

- Spodbudi poglobljeno komunikacijo med zdravnikom in bolnikom.
- Bolnik spozna strokovnost zdravnika – endoskopista, s čimer se poveča medsebojno zaupanje.
- Bolnik se seznani o bolezni, možnostih zdravljenja in tveganjih za nastanek zapletov med zdravljenjem.
- Na ta način se zmanjša verjetnost bolnikovega nezadovoljstva po zdravljenju in možnost formalnega odškodninskega spora.

Ključni pomen pojasnilne dolžnosti je v popolni seznanitvi z boleznijo in pomenom endoskopskega zdravljenja ob tem, da so predstavljene vse alternativne možnosti, zapleti in ne nazadnje tudi stroški zdravljenja. Šele po izvedbi pojasnilne dolžnosti je od bolnika utemeljeno pričakovati tudi njegovo privolitev ali odklonitev zdravljenja. Privolitev bolnika v postopek endoskopske diagnostike ali zdravljenja zagotavlja bolniku položaj subjekta pri njegovem zdravljenju in je temeljna zahteva razmerja med zdravnikom in bolnikom, ki krepi partnerski odnos (13). Endoskopistova dolžnost je temeljito pojasniti postopek zdravljenja in njegove nevarnosti, pri čemer se mora prilagoditi bolnikovi izobraženosti, prizadetosti, čustvenosti in drugim osebnostnim lastnostim. Bolniku je potrebno dati toliko informacij, da lahko izoblikuje svojo odločitev (13, 14). Edino merilo prednosti endoskopistove (strokovne) odločitve pred obvezujočim posvetovanjem je nujnost medi-

cinskega posega (npr. nujna endoskopska preiskava pri hudo izkrvavljenem in šokiranem bolniku). Naša sodna praksa določa, da je potrebna količina informacij v obratnem sorazmerju z nujnostjo posega. Brez dvoma je opustitev pojasnila o vseh vidikih endoskopije pravzaprav zanemarjanje strokovnosti v splošnem smislu, česar posledica je kazenska in ne le odškodninska odgovornost zdravnika endoskopista (15). Za preprečitev odškodninske odgovornosti iz naslova pojasnilne dolžnosti je zelo pomembno, v kakšnem obsegu in na kakšen način bolnik pridobi informacije o konkretnem endoskopskem posegu. Za bolnikovo izjavo o pristanku v naši zakonodaji niso predvidena posebna potrdila o njeni izvršbi, ampak le obveza pojasnjevanja, ki je ne potrjuje zgolj bolnikov podpis na obrazcih, ki se uporabljajo v endoskopski praksi na podlagi ustaljenih pravil v zdravstvenih ustanovah nasploh (15). Potrdita jo lahko le oba v komunikacijo vključena subjekta (endoskopist in bolnik). Še tako izčrpen obrazec o vseh vidikih endoskopskega posega z bolnikovim podpisom v posebni rubriki ne pomeni, da je pojasnilna obveznost izpolnjena oziroma izvršena, niti ne dokazuje, da je bolnik pravilno razumel in objektivno presodil o endoskopskem posegu. Bolnikov podpis ne odrešuje endoskopista morebitne odškodninske odgovornosti (11, 12, 15). Vnaprej pripravljene obrazce v endoskopskih enotah je potrebno bolniku razložiti ter jasno poudariti in določiti skupen namen obeh: bolnika in endoskopista (1, 2, 14–16). Pri tem ostaja endoskopist formalno soodgovoren v dveh točkah: (a) ustrezni predstavitvi interesov v bolnikovo dobro in morebitno škodo ter (b) presoji kakovosti bolnikove privolitve v endoskopsko zdravljenje (prisebnost, razumevanje ipd.). Teoretično se s pravilno izvedeno pojasnilno dolžnostjo velik del odgovornosti za bolnikovo zdravljenje prevaži nanj, vendar pa formalizacija z zato izdelanimi obrazci ne zmanjšuje odgovornosti endoskopista. Če bo korektno izvršena pojasnilna dolžnost s prijaznim in vsebinsko bogatim pogovorom, manj s formalnim podpisom obrazca, bo bolnik lažje razumel svoj delež odgovornosti, ki izhaja iz endoskopistove nemoči, da v celoti prepreči zaplete zdravljenja in s tem morebitno škodo v postopku zdravljenja (2, 8, 16). Pravna in formalna vrednost podpisanega obrazca o izvršbi pojasnilne dolžnosti seveda raste z njegovo vsebino. Med njegove najbolj pomembne vsebinske točke spadajo: (a) lastnosti predlaganega endoskopskega posega, (b) razlogi za njegovo izvedbo, (c) korist za bolnika, (č) možnosti nastanka zapletov, njihova pogostnost in posledični obseg zmanjšanja bolnikovega zdravja in (d) možnosti drugih oblik zdravljenja in njihovih zapletov (13, 14). V taki obliki bodo obrazci vsebinsko usklajeni z zahtevami endoskopistove pojasnilne dolžnosti, vendar v nobenem primeru ne morejo postati primarna oblika pristajanja na zdravljenje, čeprav bi bili vsebinsko zelo obsežni in izčrpni, ter tako nadomestiti verbalnega odnosa med bolnikom in endoskopistom. Dobra usklajenost med izvajanjem pojasnilne dolžnosti in posledično izpolnitvijo obrazca o njeni izvršbi lahko bistveno pripomoreta k izboljšanju odnosa med endoskopistom in bolnikom in s tem zmanjšata verjetnost kasnejšega spora v primeru nastanka zapletov med posegom. Pri tem je bolnikov podpis na obrazcu pojasnilne dolžnosti le dokaz, da je vstopil v razmerje z endoskopistom in ne avtomatično potrdilo o izpolnjeni pojasnilni dolžnosti (11, 13–15).

Komunikacija z bolnikom v endoskopski enoti

Pomanjkljiva ali neprimerna komunikacija med endoskopistom in bolnikom je pogost razlog za bolnikovo nezadovoljstvo in posledično formalno pritoževanje na različnih ravneh (šef službe, uprava zavoda, etična komisija, odvetniška pisarna ali sodišče) ter grožnjami z mediji (8, 16). Takšne posledici

ce zdravljenja se lahko bistveno zmanjšajo z izboljšanjem medsebojnega sporazumevanja, za kar pa so potrebne tudi teoretične osnove iz komunikologije, zato se v zadnjem času v izobraževanje zdravstvenih delavcev vključuje tudi to področje. V Združenih državah Amerike so opravili študijo med zdravniki v osnovnem zdravstvu, ki je pokazala, da je komunikacija slaba večinoma v tistih ambulantah, iz katerih je pogostnost formalnih sporov večja (17). Ugotovili so, da zdravniki z majhnim številom pritožb večinoma bolniku posredujejo večje število podatkov o bolezni, možnosti zdravljenja in nevarnostih, ki izhajajo iz njega. Pogovor je bolj sproščen, pogosto prežet s humorjem, temelji na povečevanju bolnikove pozornosti in izražanju njegovega mnenja, prepoznavanju zmožnosti njegovega razumevanja in vplivanju poguma, ter si v splošnem vzamejo več časa za bolnika. Ker je GIE vse bolj invazivna in je že konkretni poseg v človekovo intimnost, je takšen pristop še kako pomemben za dobro in sproščeno izvajanje endoskopskih posegov, ki zanesljivo zmanjša možnost kasnejšega spora (1, 2, 8). Na drugi strani pa izogibanje pogovoru o možnih zapletih endoskopskega posega spada med največje tveganje za kasnejše pritožbe bolnika, temu pa sledita še neprepoznavanje ali neobvladovanje morebitnega zapleta, ki je nastal med endoskopskim posegom in neustrezna končna ugotovitev stanja (diagnoza). Najresnejši spori vendarle nastajajo v razmerah bolnikovega nezadovoljstva z zdravljenjem, kjer endoskopist ni pojasnil vseh dejstev oziroma je kaj zamolčal, poskušal bolnika prepričati v nekaj, kar se ni zgodilo, ter v skrajnem primeru celo zavajal (18). Nikakor ne moremo dopustiti, da postane formalizacija spora sredstvo, s katerim bolnik ali njegovi svojci šele prvič izvejo »pravo resnico«! Razkritje resnosti zapleta, nastalega med endoskopskim posegom, bistveno zmanjšuje kasnejšo bolnikovo jezo (17). Pri tem se je potrebno osredotočiti na dejstva, izogniti pa pomilovanju ali pretiranemu obsojanju katerega koli subjektivnega ali objektivnega sestavnega dela samega posega (osebje, naprava, prostor, neprimeren čas, naslednji bolnik oziroma čakalna vrsta itd.). S strani osebnostnih lastnosti bolnika in endoskopista je strokovni medicinski jezik pomembna ovira pri dobrem razumevanju. Bolniku so tehnični izrazi in tujke neznani, seveda pa večinoma nima ustreznega znanja, da bi lahko razumel bolezen in naravo zdravljenja. To oviro lahko premostimo s slikovnim gradivom, skiciranjem in predstavitvijo endoskopskih naprav. Pomemben del komunikacije v tej točki je izpeljava pojasnilne dolžnosti in ob koncu predstavitev obrazca, na katerem bolnik s podpisom potrdi, da je pojasnilna dolžnost izvršena in s tem pristane na predviden poseg (16, 18). Vnaprejšnje zahtevanje že podpisanega obrazca pri bolnikih, ki so napoteni iz ambulant osnovnega zdravstva ali drugih specialnosti, je vprašljivo, saj je poznavanje endoskopskih posegov pri ostalih zdravnikih manjše (11). Prepričani smo lahko, da dobro seznanjen bolnik, ki je poučen o vseh vidikih svojega zdravljenja in pozna tudi vse možne neuspešne izide in nevarnosti, izhajajoče iz predvidenega endoskopskega posega, mnogo težje sproži postopke etične presoje, škodne postopke ali celo ovadbe proti lečečemu zdravniku, saj je ob takem prevzemu odgovornosti za morebitne neželene posledice njegov delež velik (16, 19, 20).

Zaključki

Zapleti GIE in posledični spori med udeleženicima stranema se dogajajo in se bodo z razvojem tehnologije dogajali še v večji meri, sočasno pa so v mejah statistične ocene pričakovane tudi zdravniške zmote oziroma napake. Zanesljivo je mogoče vse te pojave zmanjšati na najmanjšo možno mero z doslednim izvajanjem stroke in spoštovanjem etičnih načel ter

zakonodaje (1, 2). Ob tem je potrebno poznati tudi nekaj osnovnih značilnosti odškodninske in ne le kazenske zakonodaje, na osnovi katere se razvijejo številni spori. Le-ta izhaja iz stališča, da ima zdravnik določene dolžnosti oziroma obveznosti do bolnika, zanemarjanje teh dolžnosti pa lahko povzroči škodo v smislu zmanjšanja kakovosti življenja. Obstaja nekaj osnovnih pravnih nasvetov za uspešno obvladovanje kritičnih situacij, ki nastanejo zaradi neželenega učinka procesa zdravljenja: (a) poznavanje zakonodaje na področju zdravstvene dejavnosti in ciljnega prava, (b) iskrenost in odprtost v komunikaciji z bolnikom, (c) pozitivnost v pričakovanju izida endoskopskih posegov, (č) razumevanje svoje vloge in obveznosti, (d) doslednost izvedbe pojasnilne dolžnosti in njenega dokumentiranja, (e) dosledno vodenje dokumentacije, (f) poudarjanje možnosti zapletov v procesu zdravljenja, (g) zavarovanje zdravnikov za morebitno povzročitev škode zaradi zdravljenja in (h) ustreznega podpora vodstva – zdravstvenega zavoda, strokovnih organov ali zvez (1, 5, 20). Seveda statistično predvidljiv zaplet v GIE ni zanemarjanje endoskopistovih obveznosti, kakor se včasih poskuša dokazati, prav gotovo pa jih je treba nazorno in dovolj zgodaj predstaviti bolniku (15, 19, 20).

Literatura

1. Miskovitz P, Gibofsky A. Risk management in endoscopic practice. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5: 391–401.
2. Gerstenberger PD. Risk management for the endoscopy center. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2002; 12: 367–84.
3. Bartlett EE, Holman KI, Bobetic K, Douglass M, Johnson L, Machnowski G, et al. The early diagnosis project: a collaborative approach to risk management. *J Health Risk Manag* 1999; 19: 21–7.
4. Richards EP, Rathbun KC. *Medical care law*. Gaithersburg: Aspen Publisher; 1999.
5. Marriner WK. What recourse? Liability for managed care decision and the employee retirement income security act. *N Engl J Med* 2000; 343: 593–6.
6. Gerstenberger PD, Plumeri PA. Malpractice claims in gastrointestinal endoscopy: Analysis of an insurance industry database. *Gastrointest Endosc* 1993; 39: 132–8.
7. Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relationship between negligent adverse events and the outcomes of medical malpractice. *N Engl J Med* 1996; 335: 1963–7.
8. Phillips C. Communication: the first tool in risk management for long-term care. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5: 123–6.
9. Delvaux MM, Crespi M, Armengol-Miro JR, Hagenmuller F, Teuffel W. The GASTER project: building a computer network in digestive endoscopy: the experience of the European Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy Application for Standards in Telecommunication, Education and Research. J Clin Gastroenterol* 1999; 29: 118–26.
10. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Herbert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: Results of the Harvard medical practice study III. *N Engl J Med* 1991; 325: 245.
11. Flis V. Pojasnilna dolžnost – kako obsežna in v kakšni obliki. In: Flis V, Reberšek-Gorišek J. *Medicina in pravo – Izbrana poglavja* 2001, 2002, 2003. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor, 2004: 121–8.
12. Zdravniška zbornica Slovenije. Zavarovanje pacientov za škodo pri koriščenju zdravstvenih storitev v primerih, ko strokovna napaka ni izkazana. Slovenija. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2004.
13. Lofft AL. Informed consent for endoscopy. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 1995; 5: 457–70.
14. Feld AD. Informed consent: not just for procedures anymore. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 977–80.
15. Vreček B. Zdravniška napaka – kriminološki vidik. Ljubljana: Pravna fakulteta; 2002.
16. Todd J. Precise language minimizes risk. *Provider* 2004; 30: 45–8.
17. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553–9.
18. Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? *Arch Intern Med* 1996; 156: 2565–9.
19. Dajčman D. Bolnikova zavestna privolitev v zdravljenje – prelaganje odgovornosti odločanja ali zloraba pravic v postopku zdravljenja? *ISIS* oktober 2004. p. 50.
20. Žipelj M. Element protipravnosti pri presoji odškodninske odgovornosti zdravnikov. *Pravnik* 57; 11–12: 713–34.