Image not found or type unknown

Relacja z konferencji „Ratowanie życia to nie przestępstwo”

Wokół trzech filarów, składających się na system zwiększający bezpieczeństwo leczenia – zarówno z perspektywy pacjenta, jak i lekarza – toczyła się dyskusja podczas konferencji eksperckiej zorganizowanej dziś (3 sierpnia) w Naczelnej Izbie Lekarskiej. Omówione zostało przyjęte przez Naczelną Radę Lekarską memorandum dotyczące postulowanego m.in. przez środowisko lekarskie wprowadzenia komplementarnych rozwiązań opartych na idei no-fault.

Filary systemu, a tym samym filary dyskusji to: wyłączenie lekarzy z odpowiedzialności karnej w sytuacjach zdarzeń niepożądanych, z zachowaniem jej w przypadku rażącego niezachowania staranności, utworzenie funduszu kompensacyjnego oraz rejestru zdarzeń niepożądanych.

W konferencji uczestniczyli: Łukasz Jankowski, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, Przemysław Rosati, prezes Naczelnej Rady Adwokackiej; Ewelina Nazarko-Ludwiczak z Fundacji MY PACJENCI; dr Robert Mołdach, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, współzałożyciel Instytutu Zdrowia i Demokracji; Stanisław Iwańczak, pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa pacjentów w Katowickim Centrum Onkologii. Konferencję poprowadziła Renata Jeziółkowska, rzecznik prasowa Naczelnej Izby Lekarskiej.

Memorandum w sprawie zwiększenia bezpieczeństwa i jakości leczenia poprzez wprowadzenie systemu opartego na idei no-fault było punktem wyjścia do dyskusji.

Przyjęte przez NRL Memorandum stanowiące analitycznie przedstawioną diagnozę, z wnioskami będącymi czymś w rodzaju rekomendowanej terapii zostało zreferowane przez prezesa NRL. – *Jesteśmy lekarzami, naszym nadrzędnym celem jest bezpieczeństwo i zdrowie pacjenta. Tutaj nie można mówić o perspektywie lekarza innej niż perspektywa pacjenta, bo te perspektywy dążą do tego samego. Pacjent przychodzi do lekarza, bo chce uzyskać poradę, odzyskać zdrowie, jeśli jest chory, a lekarz chce z pełną odpowiedzialnością, najlepiej jak tylko może i na ile mu system pomoże, pomóc temu pacjentowi* – powiedział Łukasz Jankowski.

Goście konferencji zostali poproszeni o zrecenzowanie założeń zawartych w memorandum i zestawienie ich ze swoją perspektywą i doświadczeniami. – *Chcemy również rozprawić się z krążącymi w przestrzeni publicznej półprawdami, wypaczeniami dot. idei no-fault, jak również przedstawić faktyczne oczekiwania środowiska lekarskiego w tym zakresie* – podkreśliła prowadząca spotkanie rzecznik prasowa NIL Renata Jeziółkowska.

Presja wywierana na lekarza – odpowiedzialność karna lekarza przekładająca się na sytuację i lekarza, i pacjenta.

W pierwszym wątku prezes Naczelnej Rady Adwokackiej Przemysław Rosati wyjaśniał sens wyłączenia (niecałkowicie) odpowiedzialności karnej w przypadku lekarzy. – *Prowadzę kilkanaście postępowań, gdzie bronię lekarzy albo członków personelu medycznego – perfuzjonistów, pielęgniarki, położne. Nie ma takiego postępowania, które byłoby sprawne, które w perspektywie pacjenta doprowadziłoby do szybkiego rozstrzygnięcia sprawy. Pacjent jest takim centralnym punktem dla lekarza, ale sposób ukształtowania odpowiedzialności karnej nie może blokować lekarza w procesie leczenia. Lekarz nie może się zastanawiać czy nadrzędna jest procedura czy nadrzędne jest dobro pacjenta. Lekarz w ten sposób tak naprawdę traci ten pierwiastek innowacyjności, możliwości rozwoju medycyny, bo siłą rzeczy zastanawia się czy procedura mu na to pozwala.*

Do kwestii winy i kary odniosła się Ewelina Nazarko-Ludwiczak z Fundacji MY PACJENCI. – *System, który funkcjonuje do dnia dzisiejszego jest systemem bardzo antypacjentocentrycznym. (…) Funkcjonuje w oparciu o to, że trzeba kogoś obarczyć winą, często znaleźć kozła ofiarnego – bo wiemy, że do błędu dochodzi często wskutek wielu różnych zdarzeń, co powoduje, że pacjent wiele miesięcy pozostaje bez tego, co jest z perspektywy pacjenta kluczowe – czyli bez naprawienia szkody, która powstała. Jest to bezapelacyjnie najważniejsze z perspektywy pacjenta, żeby jak najszybciej naprawić szkodę. (…) Błędy, tak jak każde kryzysy, zdarzają się w medycynie i będą się zdarzały. Cała aura skupia się na tym by znaleźć kogoś kto zostanie ukarany. To jest z perspektywy pacjenta bezsensowe. My musimy jak najszybciej nauczyć się tego, by o błędach i zdarzeniach niepożądanych rozmawiać, żeby wyciągać z nich wnioski, by je eliminować by było ich jak najmniej. Tej kultury w tym momencie nie mamy, a to jest bardzo istotne z perspektywy pacjenta. To jest element podnoszenia jakości świadczeń w szpitalach a tego w tej chwili nie mamy.*

O tym, jak koncentrowanie się na kwestii winy wpływa na aspekt bezpieczeństwa pacjenta wypowiedział się Stanisław Iwańczak**,** pełnomocnik dyrektora ds. bezpieczeństwa pacjentów w Katowickim Centrum Onkologii. – *Trzeba spojrzeć na bezpieczeństwo w ochronie zdrowia jako całość. W jego obrębie mamy bezpieczeństwo pacjenta, ale mamy również bezpieczeństwo personelu medycznego. Mamy całą przestrzeń implikacji i powiązań, jeżeli nie mamy komfortu również prawnego i dobrych warunków pracy, to nie możemy rozmawiać o bezpieczeństwie pacjenta. (…) Kryminalizacja, penalizacja zdarzeń i jakikolwiek stopień nieadekwatnej odpowiedzialności prawnej wiąże się z pogorszaniem stanu bezpieczeństwa pacjenta.*

Prezes samorządu lekarskiego przedstawił perspektywę lekarzy, którzy w swojej codziennej pracy zderzają się z sytuacjami, gdy przed podjęciem decyzji medycznej, muszą brać pod uwagę ewentualne konsekwencje prawne. – *Proszę zobaczyć co dzieje się w naszych lekarskich głowach. To znaczy – moment, w którym my traktujemy pacjenta jako potencjalne źródło kłopotów, zagrożenie dla naszego bezpieczeństwa, to jest moment całkowitego zakończenia tak naprawdę nie tylko relacji lekarz-pacjent, ale medycyny jako takiej. My po prostu przestajemy leczyć pacjenta, tylko zaczynamy leczyć dokumentację dla prokuratora. To jest ogromna porażka tego systemu, który mamy w tej chwili* – argumentował Łukasz Jankowski.

Robert Mołdach, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, współzałożyciel Instytutu Zdrowia i Demokracji, ale też pilot, przywołał analogie z branży lotniczej. – *Główna lekcja z lotnictwa, którą powinniśmy przenieść do medycyny to zadawać pytanie: nie kto jest winny, ale co poszło nie tak? To absolutny fundament. Jeśli nie zmienimy naszego podejścia w spojrzeniu na zdarzenia medyczne to w naturalny sposób będziemy wtedy szukali winnego. A celem powinno być przede wszystkim zrozumienie, co poszło nie tak. (…) Jeżeli dochodzi do jakiegoś zdarzenia, to na jego drodze zdarzają się różnego rodzaju wydarzenia, które mogą wpływać, mogą ograniczać, mogą promować dane zdarzenie. Ten ostatni – lekarz, pilot, ktokolwiek odpowiedzialny – działa w warunkach pewnego łańcucha zdarzeń.*

Fundusz kompensacyjny – możliwość szybkiego otrzymania środków niezależnie od wykazania winy.

Drugi wątek w dyskusji rozpoczął się od wypowiedzi Przemysława Rosatiego, który mówił o uwarunkowaniach prawnych w obecnym i postulowanym przez lekarzy systemie. – *Procedury są bardzo ważne. Procedury są istotne. One muszą być, dlatego, że w ten sposób nie dopuszczamy do anarchii w miejscu pracy czy w ramach zakładu opieki zdrowotnej. One też w*

sposób czytelny rozgraniczają zakresy odpowiedzialności czy zakres zobowiązań po stronie pacjenta. Ale z drugiej strony procedura nie może być elementem, który blokuje albo rozwój medycyny, albo wymaga od lekarza ponadprzeciętnych zdolności, które często są niemożliwe do zastosowania, jeżeli te decyzje muszą być podejmowane na cito, na już, w tym momencie.

Robert Mołdach zaznaczał, że w dobrze działającym funduszu kompensacyjnym kluczowy powinien być czas. – *Myślę, że ważniejsze dla pacjentów jest nie poszukiwanie winnego, tylko myśl, żeby takie zdarzenia [niepożądane] więcej się nie zdarzały. Podsumowując: szybkość, sprawność tego procesu, brak dodatkowej traumy, zrozumienie tego, co zaszło i na koniec pewne takie uspokojenie, że – tak to było moje przeżycie, moja trauma, ale dobrze by było, żeby nikt inny w taki sam sposób tego nie zaznał.*

Zdaniem Stanisława Iwańczaka, z punktu widzenia pacjenta aktualny system praktycznie nie działa. – *Po pierwsze bardzo niewielka grupa pacjentów ma możliwość w ogóle starania się i ponoszenia kosztów udawadniania winy czy związku przyczynowo-skutkowego. A koszty rekompensat są czasami po prostu bulwersujące. Z drugiej strony mamy antagonizowanie relacji lekarz-pacjent*.

– *Powinniśmy rozumieć słowo kompensacja. Nie powinniśmy tego sprowadzać tylko do możliwości otrzymania świadczenia pieniężnego, ze względu na to, że dla części pacjentów idealną kompensacją jest możliwość jak najszybszego naprawienia skutków działania niepożądanego w innym ośrodku, ośrodku bardziej specjalistycznym* – podkreśliła Ewelina Nazarko-Ludwiczak, mówiąc o wielu problemach z jakimi mierzą się pacjenci.

O szerzej rozumianej kompensacji mówił również Łukasz Jankowski. – *Jeżeli doszło do zdarzenia niepożądanego to w interesie i pacjenta i lekarza jest, żeby doszło do tej kompensacji nie rozumianej tylko rzeczywiście jako świadczenie pieniężne, ale jako jak najszybszy powrót do zdrowia. (…) Dzisiaj, przez brak etapu kompensacji dla pacjenta, my jako lekarze nie możemy działać dla pacjenta, nie możemy zadbać o jego zdrowie.*

Rejestr zdarzeń niepożądanych – identyfikacja (nieukrywanie) i eliminowanie, wyciąganie wniosków na przyszłość

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej otworzył ostatni z wątków dyskusji. – *Chcemy mieć możliwość uczenia się i to najchętniej, najlepiej, na błędach innych. Na studiach uczymy się na case'ach – czyli przypadkach klinicznych. Analiza przypadków z naszego środowiska pracy wpływałaby na poprawę jakości leczenia. Dzisiaj system zachęca do zamiatania pod dywan, czyli „nie mówmy o tym, bo jeszcze przyjdzie pan prokurator".*

Robert Mołdach odniósł się do drogi, którą lotnictwo już ma za sobą. Zaznaczał, że w lotnictwie rejestr jest fundamentem. – *Uniwersalny mianownik dla rejestrów [zdarzeń niepożądanych] to wytworzenie atmosfery współpracy - kultury bezpieczeństwa. Oczywiście jej jedną ramą jest rama prawna, ale drugą ramą jest rama społeczna – akceptacja, że w taki sposób współpracujemy. O ile w lotnictwie te ramy prawne zostały dość szybko ustalone, to utrwalanie ram społecznych trwało ze 20 lat. (...) Przyjmijmy, że rejestr będzie prowadzony, przyjmijmy, że nawet będą pojawiały się rzetelne opisy zdarzeń, ale na koniec musi być umiejętność korzystania z niego. Czyli taka kultura wymiany wiedzy, kultura uczenia się, kultura nieobwiniania się, tylko kultura zrozumienia. To wszystko zamyka się w pojęciu kultury sprawiedliwego traktowania.*

O aspekcie pogłębiania dyskusji w celu zwiększenia świadomości społecznej wspomniała Ewelina Nazarko-Ludwiczak. – *Niezbędne są działania, kampanie, edukacja, które nauczą i uzmysłowią sporą część społeczeństwa na czym tak naprawdę system no-fault polega i ile korzyści każdemu z nas, każdemu pacjentowi gwarantuje. (…) My [Fundacja MY PACJENCI] oceniamy toczące się dyskusje publiczne jako bardzo płytkie. Są wykorzystywane jakieś pojedyncze, drastyczne przykłady – których ilość vs. ilość świadczeń w polskim systemie opieki zdrowotnej – to jest jakiś promil promili; są oparte na jakiś bardzo prostych emocjach, są bardzo podbijane w pewnych przekazach o cechach politycznych, służy to też budowaniu jakichś kwestii politycznych.*

Na konieczność wybrzmiewania pojęcia kultury w kontekście bezpieczeństwa zwracał uwagę Stanisław Iwańczak. – *Kultura bezpieczeństwa jest katalizatorem reakcji bezpieczeństwa pacjenta. Bez tego katalizatora będziemy mieć dokumenty tylko stworzone. Natomiast elementem kultury bezpieczeństwa jest kultura sprawiedliwego traktowania lekarza, pielęgniarki, diagnosty, wszystkich zawodów medycznych. (…) Nie możemy się uczyć tylko na podstawie zdarzeń*

niepożądanych. Dobrym przykładem jest kultura proaktywna. My, wiedząc, jakie mamy zagrożenia, podejmujemy działania. Wobec takiego stanu faktu i naszych warunków pracy w opiece zdrowia wg mnie niemoralne jest karanie lekarzy, którzy pracują w skrajnie trudnych warunkach, skrajnie niezintegrowanych systemach.

Omawiany na ostatni wątek Przemysław Rosati zakończył konkluzją: *Wymiar sprawiedliwości nie zawsze dysponuje tą niezbędną wiedzą specjalistyczną. I na „koniec dnia" pacjent zostaje sam i jest pogrążony w wieloletnich procesach. Dwa dni temu byłem na przesłuchaniu w sprawie błędu, postępowanie trwa 6 rok… Więc sami Państwo odpowiedzcie sobie, gdzie jesteśmy dzisiaj.*

W ramach podsumowania wszyscy eksperci potwierdzili, że zgadzają się z kierunkiem wytyczonym w memorandum.

– *Kierunek absolutnie jest rozsądny i pokazuje perspektywę pacjenta, szybkiego naprawienia szkody i uczenia się systemu i nieograniczania lekarzy w tym, do czego zostali powołani* – stwierdził Przemysław Rosati.

Ewelina Nazarko-Ludwiczak również uzasadniła aprobatę – *Jak najbardziej zgadzamy się z tezami zawartymi w memorandum. One są praktycznie identyczne z tymi, które my żeśmy już 5 lat temu postulowali i zgłaszali.*

Robert Mołdach zacytował ostatni akapit memorandum „Wprowadzenie w życie kompleksowych rozwiązań opartych na powyższym modelu powinno być postrzegane również jako zawarcie swego rodzaju umowy społecznej, gdzie zasadniczą rolę odgrywają wzajemne zaufanie i poczucie bezpieczeństwa" i dodał: *to jest ten kierunek, do którego powinniśmy dążyć. To zaufanie i poczucie bezpieczeństwa jest idealną definicją kultury bezpieczeństwa, to jest fundament kultury bezpieczeństwa.*

Stanisław Iwańczak sformułował konkluzję: *Wspieram i identyfikuję się z każdą inicjatywą, która ma w sobie pierwiastek bezpieczeństwa pacjenta, a to memorandum ma*. Jednocześnie sugerował m.in. potrzebę eksponowania pojęcia „bezpieczeństwo pacjenta".

W Naczelnej Izbie Lekarskiej trwają prace nad projektem ustawy. Omawianiu jej będzie towarzyszyła szczegółowa analiza propozycji rozwiązań, natomiast forma memorandum oraz konferencja to etap zaznajomienia z założeniami – *Zależało nam na rzetelnym przedstawieniu idei no-fault, na wyjaśnieniu na czym polega ten system, że tutaj głównym celem jest bezpieczeństwo i nie ma to nic wspólnego z bezkarnością. Mam nadzieję, że ten przekaz dotrze jak najszerzej i tutaj również proszę państwa – dziennikarzy, media, o takie rzetelne, szczegółowe wyjaśnianie, nakreślanie tej prawdziwej idei no-fault, idei systemu bezpieczeństwa leczenia, bezpieczeństwa pacjenta* – powiedziała Renata Jeziółkowska zamykając konferencję.

Memorandum w sprawie zwiększenia bezpieczeństwa i jakości leczenia poprzez wprowadzenie systemu opartego na idei no-fault