Image not found or type unknown

# Samorząd lekarski postuluje bezpieczeństwo leczenia w regulacjach ustawowych

Rządowy projekt ustawy o jakości wypacza ideę prawdziwego no-fault, przekładającego się na bezpieczeństwo leczenia – podkreśla samorząd lekarski, którego przedstawiciele przekazali parlamentarzystom poprawki do tego rządowego projektu. Jednocześnie Naczelna Rada Lekarska poinformowała o opracowanych w NIL propozycjach rozwiązań, które przybrały formę samorządowego projektu ustawy, który jest obecnie szeroko konsultowany. Dziś, 31 stycznia, w NIL odbyła się konferencja prasowa podczas której omówiono postulaty środowiska lekarskiego.

W briefingu zorganizowanym w siedzibie NIL wzięli udział: wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie Piotr Pawliszak, który przewodniczy pracom nad powstającym w NIL projektem ustawy o bezpieczeństwie leczenia oraz przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Sebastian Goncerz.

**-** *Ratowanie życia to nie przestępstwo, oczekujemy więc, by polskie prawo nie traktowało nas jak potencjalnych przestępców, lecz jak ludzi, którzy w sposób odpowiedzialny wykonują zawód zaufania publicznego, których rolą jest leczenie, pomaganie, ratowanie. Idea no-fault oparta jest na rozwiązaniach sprzyjających budowaniu zaufania w relacji lekarz-pacjent i tej idei zabrakło w rządowym projekcie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta* – powiedział wiceprezes NRL Klaudiusz Komor. Zaznaczył, że samorząd lekarski wraz z przedstawicielami Porozumienia Organizacji Lekarskich przekazał wszystkim parlamentarzystom uwagi do wadliwego projektu. - *Skierowanie przez sejmową Komisję Zdrowia tego projektu do prac w podkomisji traktujemy jako otwartość na nasze argumenty i liczymy, że stworzona zostanie przestrzeń do pochylenia się nad naszymi poprawkami i uwzględnienia ich* – dodał. Szczegółowe poprawki przekazane zostały do parlamentarzystów wszystkich opcji politycznych w postaci stanowiska Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Wiceprezes NRL poinformował, że Naczelna Rada Lekarska podczas ostatniego posiedzenia (ostatni piątek) przyjęła stworzony w NIL, z udziałem wielu środowisk, prawników, legislatorów, środowisk pacjenckich, projekt ustawy o bezpieczeństwie leczenia. Zwrócił uwagę, że etap szerokich konsultacji tego dokumentu nie jest zamknięty, zwłaszcza w kontekście toczących się prac nad rządowym projektem tzw. ustawy o jakości. – *Liczymy, że rządowy projekt przybierze kształt spełniający nasze kluczowe postulaty. Do tej kwestii podeszliśmy w sposób konstruktywny – przekazaliśmy uwagi, mamy również do zaproponowania własny projekt* – zaznaczył dr Klaudiusz Komor i tłumaczył, że konieczne jest wprowadzenie realnego no-fault z jednoczesnym stworzeniem rejestru zdarzeń niepożądanych oraz systemu kompensacji szkód, dającego pacjentom możliwość szybkiej ścieżki do otrzymania świadczenia oraz wsparcia w poprawie stanu zdrowia. – *Procedowany przez parlament projekt tzw. ustawy o jakości nie uwzględnia pierwszego z tych trzech elementów. Zwracam tu uwagę na poprawkę do art. 62 dotyczącą właśnie wprowadzenia realnego no-fault.*

Nad projektem samorządowym, koncentrującym się na idei systemu komplementarnych rozwiązań, od kilku miesięcy pracuje zespół, któremu przewodniczy Piotr Pawliszak, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie. Podczas konferencji przedstawił on w sposób obrazowy proponowane rozwiązania, mechanizmy oraz całe ich tło i poszczególne zjawiska.

Lek. Piotr Pawliszak opisał trzy komplementarne filary będące podstawą bezpieczeństwa leczenia

oraz wskazał rodzaje zdarzeń w ochronie zdrowia i rekomendowane ścieżki dla pacjentów oraz organizatorów ochrony zdrowia. Podkreślał istnienie problemów systemowych zwiększających ryzyko występowania zdarzeń niepożądanych i zdarzeń medycznych. Przedstawił również osie czasu dla różnych ścieżek, których cel to wypłata świadczenia/odszkodowania. - *Powinniśmy walczyć z błędnym skojarzeniem, że zdarzenie niepożądane zawsze równa się błędowi ludzkiemu. To jest efekt pewnego łańcucha zdarzeń, zależności, w którym coś poszło nie tak. Głównym celem powinno być naprawianie szkód oraz wyciąganie wniosków, by uniknąć takich sytuacji w przyszłości* – mówił lek. Piotr Pawliszak. *Przytoczył szereg wyników badań i statystyk. - 80% pacjentów uważa, że doznanie zdarzenia niepożądanego w szpitalu jest prawdopodobne. Wiemy też, że nikt na świecie nie poradził sobie z eliminacją zdarzeń niepożądanych i dotyczą one ok. 10% hospitalizacji. Jednocześnie wg. Komitetu Ergonomii PAN – do nawet 90% zdarzeń niepożądanych dochodzi w wyniku błędnego planowania, złej organizacji lub wad trybu świadczenia usług medycznych. A zatem to systemy należy korygować. Choć podobnie jak w łańcuchu, pęknięcie widać na poziomie najsłabszego ogniwa, to biorąc pod uwagę specyfikę usług medycznych, bardziej adekwatnym modelem opisując relacje jest model sera szwajcarskiego opracowany przez prof. Jamesa Reasona. Obserwując procedury bezpieczeństwa w różnych branżach dochodzę do wniosku, że jedynym skutecznym sposobem eliminacji błędów ludzkich z procesu udzielania świadczeń zdrowotnych byłaby całkowita eliminacja czynnika ludzkiego, a że jest to nierealne, niezbędny jest sprawnie działający, kompleksowy system. Pacjent powinien mieć zapewnioną szybką ścieżkę do otrzymania świadczenia, gdy dotyczy go zdarzenie medyczne. Jest to ściśle związane ze wsparciem w maksymalnie szybkim powrocie do zdrowia. Wypłata z takiego funduszu w żaden sposób nie powinna być związana z udowadnianiem czyjejkolwiek winy – zwłaszcza, że w zdecydowanej większości sytuacji nie jest to kwestia konkretnej winy konkretnego człowieka, a odejście od orzekania o winie zarówno znacząco skraca cały proces, jak i zwiększa pulę osób uprawnionych do uzyskania świadczenia.*

Pacjentocentryzm zdaniem lek. Piotra Pawliszaka powinien przyświecać polityce zdrowotnej państwa, bo jak podkreśla, pacjent i lekarz razem walczą o zdrowie a nie wzajemnie przeciwko sobie. W kontekście represji wg. niego powinno dążyć się do kultury sprawiedliwego traktowania, czyli ograniczenia sankcji na rzecz poprawy bezpieczeństwa. – *Odpowiedzialność karna oczywiście powinna istnieć, ale w sytuacjach ewidentnych, gdy mamy do czynienie z rażącym niezachowaniem ostrożności. Fundusz kompensacyjny ściśle powinien łączyć się ze zmianą podejścia do odpowiedzialności karnej. Obecnie pracujemy w atmosferze obwiniania, groźby więzienia, presji, atmosferze strachu, zwłaszcza w specjalizacjach zabiegowych. Atmosfera prawna powinna służyć pełnej transparentności – co ściśle związane jest z kolei z rejestrem zdarzeń niepożądanych i możliwością zgłaszania pozbawionego sankcji* – zaznaczył lek. Piotr Pawliszak.

W kontekście odpowiedzialności lekarzy samorząd zwraca uwagę na istotną kwestię odpowiedzialności zawodowej. Jedynie pion odpowiedzialności zawodowej może odebrać lub zawiesić lekarzowi prawo wykonywania zawodu. Przedstawiciele samorządu lekarskiego przypominają, że nowa kadencja podjęła już działania, których celem jest wzmocnienie pionu odpowiedzialności zawodowej.

Perspektywę lekarza wchodzącego w system ochrony zdrowia przedstawił przewodniczący Porozumienia Rezydentów OZZL Sebastian Goncerz. – *W pełni zdaję sobie sprawę, że nie jestem nieomylny, że nasz sprzęt nie jest niezawodny, że w wieloosobowych zespołach, na których opiera się nowoczesna medycyna są możliwe niedociągnięcia, które kumulując się mogą przyczyniać się do zdarzeń niepożądanych. Mogę mieć więc pewność, że w przyszłości czkają mnie tego typu sytuacje. Jeśli do tego dojdzie chcę móc podejść do mojego pacjenta, wyjaśnić mu, co się wydarzyło, jakie są możliwe konsekwencje dla jego zdrowia, jakie kroki terapeutyczne zostaną podjęte, wyrazić żal i współczucie, pomóc mu uzyskać rekompensatę finansową. Zamiast stawać z nim w szranki na sali sądowej, chciałbym móc skupić się na leczeniu i przywróceniu zdrowia, a nie na kwestiach prawnych. Finalnie chciałbym móc zrobić to wszystko z poczuciem pewności, że gdy to zdarzenie zgłoszę, zostanie ono przeanalizowane i na każdym szczeblu organizacyjnym zostaną wyciągnięte wnioski i podjęte kroki, by zminimalizować ryzyko pojawienia się takiego zdarzenia w przyszłości. I o tym chciałbym móc pacjenta zapewnić. To wszystko wymaga kultywowania atmosfery zaufania.*

Przybliżył m.in., dlaczego lekarze nie chcą wybierać specjalizacji zabiegowych. – *Aktualnie w kształceniu lekarzy dominuje nie kultura zaufania i sprawiedliwego traktowania, a strach. Strach przed wyborem „pozwogennych" specjalizacji, strach przed konsekwencjami prawnymi. Wszyscy jesteśmy nim przesiąknięci, bo do tego kondycjonuje nas system. W myśl zasady, by próbować być zmianą, którą chciałoby się zobaczyć, chcę by moje pokolenie zatrzymało ten swego rodzaju trend tworzenia atmosfery strachu. By nie przekazało młodszym kolegom i koleżankom tego strachu i obaw, a mogło się skupić na kultywowaniu pasji i wiedzy medycznej. Oczekuję, że rozwiązania ustawowe nam to umożliwią.*

Dzisiejsza konferencja w NIL wpisuje się w cykl różnego rodzaju działań względem wdrożenia systemu bezpieczeństwa leczenia. Środowisko lekarskie planuje kolejne inicjatywy. M.in. Porozumienie Rezydentów prowadzi akcję edukacyjną „Bezpieczne leczenia", przedstawiciele samorządu i prowadzą rozmowy z organizatorami ochrony zdrowia i politykami, często zabierają głos w mediach i dyskusjach publicznych. 3 sierpnia miała miejsce konferencja ekspercka organizowana przez NIL, podczas której zaprezentowano memorandum będące dokumentem kierunkowym, materiałem bazowym dla rozpoczęcia prac nad projektem ustawy samorządu lekarskiego oraz formą promocji idei bezpieczeństwa leczenia, służącej zarówno lekarzom jak i pacjentom. Organizacje lekarskie kontynuują niedawno wznowioną współpracę w ramach Porozumienia Organizacji Lekarskich.

Stanowisko PNRL