

Zanemarivanje i nesavjesno postupanje u sestrinstvu u Republici Hrvatskoj

Šola, Josipa

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:447302>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-18**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Josipa Šola

**Zanemarivanje i nesavjesno postupanje u
sestrinstvu u Republici Hrvatskoj**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2022.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Josipa Šola

**Zanemarivanje i nesavjesno postupanje u
sestrinstvu u Republici Hrvatskoj**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2022.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Školi narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, pod vodstvom doc. dr. sc. Marjete Majer, dr. med., univ. mag. med., specijalistice školske i adolescentne medicine i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2021./2022.

Popis i objašnjenje kratica korištenih u radu

DORH	Državno odvjetništvo Republike Hrvatske
EU	Europska unija
HKMS	Hrvatska komora medicinskih sestara
HMP	Hitna medicinska pomoć
KBC	Klinički bolnički centar
NPDB	eng. <i>National Practitioner Data Bank</i>
RH	Republika Hrvatska
SAD	Sjedinjene Američke Države
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija (eng. <i>World Health Organisation – WHO</i>)

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. SIGURNOST PACIJENATA U ZDRAVSTVENOJ SKRBI	3
2.1. Prijavljivanje neželjenih događaja	4
2.2. Strategije povećanja sigurnosti pacijenta	5
2.3. Teorije sestринства i sigurnost pacijenta.....	6
3. ZAKONSKI I STRUČNI AKTI KOJI DEFINIRAJU DJELOVANJE MEDICINSKE SESTRE U REPUBLICI HRVATSKOJ.....	8
3.1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti	8
3.2. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite.....	8
3.3. Zakon o zaštiti prava pacijenata	9
3.4. Etički kodeks medicinskih sestara	9
3.5. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene	11
3.6. Zakon o sestrinstvu	12
4. SUDSKE TUŽBE PROTIV MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA – PRIMJER SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I TURSKE	15
5. NESAVJESNO POSTUPANJE U SESTRINSTVU U REPUBLICI HRVATSKOJ 1991. – 2020.....	17
5.1. Izvori podataka o sudskim postupcima protiv medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj.....	17
5.2. Analiza podataka	18
5.3. Usmjerenost sudskih tužbi protiv medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.	19
5.4. Kategorije nesavjesnog postupanja medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.	19
5.4.1. Neadekvatan nadzor nad pacijentom.....	21
5.4.2. Neadekvatna reakcija na hitno stanje pacijenta.....	22
5.4.3. Nepridržavanje standarda/protokola.....	23
5.4.4. Neadekvatno organizirana zdravstvena skrb	24
5.4.5. Ostali nesavjesni postupci	26
5.5. Ishodi sudskih postupaka protiv medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.....	27
5.6. Mogući uzroci nesavjesnog postupanja medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.	28
5.7. Sudske tužbe protiv medicinskih sestara u medijima Republike Hrvatske	29

6. UTVRĐIVANJE KRIVNJE MEDICINSKE SESTRE U AMERIČKOM PRAVNOM SUSTAVU	33
6.1. Dokazivanje dužnosti	34
6.1.1. Dužnost razumne skrbi.....	35
6.1.2. Dužnost spašavanja	35
6.2. Kršenje dužnosti	37
6.2.1. Evaluacija standarda skrbi.....	38
6.3. Dokazivanje uzročnosti	40
6.3.1. Interventni čin i nadomjesni uzrok.....	43
6.3.2. Predvidljivost	44
6.4. Šteta	45
7. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA POVEĆANJE BROJA TUŽBI PROTIV MEDICINSKIH SESTARA.....	48
7.1. Kompetencije medicinskih sestara	48
7.2. Sindrom sagorijevanja medicinskih sestara.....	50
7.3. Nedostatak medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj	53
8. SUDSKI POSTUPCI KAO METODA PREVENCIJE NESAVJESNOG POSTUPANJA U ZDRAVSTVENOJ SKRBI	55
9. ZAŠTITA MEDICINSKIH SESTARA OD SUDSKIH POSTUPAKA	57
9.1. Sestrinska dokumentacija	57
10. ZAKLJUČAK	59
11. ZAHVALE.....	60
12. LITERATURA	61
13. ŽIVOTOPIS	69
14. PRILOZI	70

SAŽETAK

Neželjeni događaji predstavljaju podlogu za sudske tužbe protiv medicinskih sestara. U svijetu se bilježi porast broja sudskih postupaka koji se vode protiv medicinskih sestara zbog nesavjesnog postupanja. U Republici Hrvatskoj ne postoji analiza sudskih postupaka protiv medicinskih sestara zbog nesavjesnog postupanja te ne postoji sustavno prikupljanje takvih podataka na nacionalnoj razini. U ovom radu prikazana je kratka analiza sudskih postupaka protiv medicinskih sestara u RH, prikupljenih na više načina (elektronskom komunikacijom s Općim i Županijskim sudovima, pretraživanjem sudske prakse stranica Vrhovnog suda i IUS-INFO i analizom priopćenja DORH-a). Analizom 19 slučajeva utvrđeno je kako ne postoji porast sudskih tužbi protiv medicinskih sestara u RH s protekom vremena. Utvrđeno je sedam osnovnih kategorija pokretanja sudskih tužbi protiv medicinskih sestara: neadekvatan nadzor nad pacijentom, neadekvatna reakcija na hitno stanje pacijenta, nepridržavanje standarda/protokola, neadekvatno organizirana zdravstvena skrb, neadekvatno korištenje opreme, nesigurna okolina te nesavjesno postupanje – nespecificirano. Sudski se postupci pokreću protiv medicinske sestre direktno, protiv zdravstvene ustanove u kojoj je zaposlena ili protiv medicinske sestre i zdravstvene ustanove. Od 19 slučajeva sudskih tužbi protiv medicinskih sestara 16 je završilo letalnim ishodom pacijenta. Poznati su ishodi 11 sudskih postupaka, od kojih je pet presuđeno u korist tužitelja i šest u korist tuženika (medicinske sestre/zdravstvene ustanove). Analizom medijske pokrivenosti istih slučajeva ustanovljeno je kako mediji prate razvoj sudskih postupaka protiv medicinskih sestara te sukladno razvoju sudskog postupka izvještavaju javnost. Iznimno je važno da medicinske sestre /tehničari budu upoznati sa zakonskim i stručnim aktima koji definiraju njihovo djelovanje te da u skladu s istima i djeluju. Obzirom na svjetske trendove povećanja odgovornosti i manjka medicinskih sestara, za očekivati je da će ovi aktualni uvjeti rada dovesti do većeg sagorijevanja medicinskih sestara, kao i povećanja broja tužbi protiv medicinskih sestara zbog nesavjesnog postupanja.

Ključne riječi: medicinska sestra, nesavjesno postupanje, odgovornost, zakon

SUMMARY

Title: Nurses negligence and malpractice in the Republic of Croatia

Author: Josipa Šola

Undesirable events represent a basis for lawsuits against nurses. Worldwide, there is an increase in court cases against nurses for medical negligence. No analysis of such cases is available in the Republic of Croatia, nor is there a systematic recordkeeping on the national level. In this thesis, a small-scale analysis of court cases against nurses in Croatia is presented. The data were collected from four sources: through electronic communication with municipal and county courts, from the court decision online database of the Supreme Court of the Republic of Croatia, from the online court case compendium of the IUS-INFO website, and by analysing statements of the State's Attorney Office of the Republic of Croatia. Through the analysis of 19 cases, it has been established that there does not seem to be an increase in court cases against nurses in Croatia over time. There are seven main categories of grounds for lawsuits against nurses: inadequate patient supervision, inadequate reaction to an emergency, ignoring standards and protocols, inadequate organisation of the medical care, inadequate use of equipment, unsafe environment and acts of negligence – unspecified. Lawsuits are filed against nurses directly, against the employer (institution), or against both. Sixteen of the 19 cases of lawsuits were due to the death of a patient. The outcomes of 11 cases are known, five of which had a ruling in favour of the plaintiff and six in favour of the defendant (a nurse or the employer). Through the analysis of media coverage, it has been established that the media report on the court cases against nurses, including their developments and resolutions. It is important for nurses to familiarise themselves with the laws and practices that define their profession, and that they act accordingly. Considering worldwide trends of increasing responsibilities of nurses and nursing shortages, it is expected that with these deteriorating work conditions there is going to be an increase in instances of burnout, as well as in lawsuits for neglectful acts.

Key words: nurse, malpractice, liability, jurisprudence

1. UVOD

Iako je tužba za nemar rijetka u sestinstvu, bilježi se sve veći broj sudskih sporova vezano uz zdravstvenu skrb (1, 2). Taj trend ne pokazuje znakove usporavanja unatoč povećanju edukacija medicinskih sestara o njihovim zakonskim i profesionalnim odgovornostima i ograničenjima, a moguć uzrok je u medijskoj pokrivenosti i većoj svijesti pacijenata o vlastitim pravima (2, 3). Optužba medicinske sestre za nemar može proizaći iz gotovo svake radnje ili propusta da se učini nešto, a što rezultira narušavanjem zdravlja ili pogoršanjem bolesti pacijenta (3).

Važno je jasno definirati pojmove medicinske pogreške i neželjenog događaja, a koje su prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene definirani na slijedeći način:

„Medicinska pogreška jest opći pojam za neželjeni događaj prouzročen liječenjem; primjeri: pogrešna dijagnoza, primjena pogrešnog lijeka (pogrešan pacijent, pogrešna doza, pogrešno vrijeme, pogrešan put unosa), primjena dva ili više lijeka koji nepovoljno međusobno djeluju ili stvaraju toksične metabolite, pogrešno mjesto kirurškog zahvata, kirurška spužva ostavljena nakon kirurškog zahvata, odsutnost dijagnoze zbog nedostatka znanja liječnika o rijetkoj ili novoopisanoj bolesti.“ (4)

S druge strane, neželjeni je događaj šteta nanesena lijekom ili drugom intervencijom (poput kirurškog zahvata), a tu spadaju bolničke infekcije, poslijeoperacijske infekcije rana, poslijeoperacijska plućna embolija, pogreške u primjeni lijekova, dekubitalni ulkus, pad pacijenta s kreveta i dr (4).

Prema Kaznenom zakonu Republike Hrvatske (RH), koji je na snazi od 2013. godine, kazneno djelo nesavjesnog liječenja može počinuti „doktor medicine, doktor dentalne medicine ili drugi zdravstveni radnik koji obavljajući zdravstvenu djelatnost primijeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja ili na drugi način očito ne postupi po pravilima zdravstvene struke ili očito nesavjesno postupi pa time prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe“ (5).

Procijenjeno je da 8 do 12% svih pacijenata u bolnicama Europske unije (EU) trpi štetu tijekom hospitalizacije zbog neželjenih događaja te da svake godine oko 4,1 milijun pacijenata dobije infekciju povezanu sa zdravstvenom skrbi, a od kojih 37 000 umire (6, 7). Medicinske sestre imaju etičku obavezu sprječavati i rješavati neželjene događaje (8).

Neželjeni događaji su podloga za pokretanje sudskih tužbi protiv medicinskih sestara, a obzirom da je broj zdravstvenih djelatnika koji se suočavaju sa sudskim postupcima u porastu, očita je potreba za poduzimanjem snažnih mjera za rješavanje tog problema (9).

Medicinske sestre prema pacijentu u skrbi imaju etičke, moralne i zakonske obaveze (10), a od medicinskih se sestara očekuje da zadovoljavaju standard skrbi koji je postavila profesija, poslodavac i zakon (1).

2. SIGURNOST PACIJENATA U ZDRAVSTVENOJ SKRBI

Zdravstveni sustav trebao bi se temeljiti na Hipokratovoj izreci „Primum non nocere.“, što u prijevodu znači - „Najprije ne škoditi.“ (11).

Sigurnost pacijenta najpouzdanija je mjera kvalitete zdravstvenog sustava. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) sigurnost pacijenta podrazumijeva „prevenciju, otklanjanje i unaprjeđenje zaštite od neželjenih događaja tijekom procesa zdravstvene skrbi“ (11).

Osim toga, sigurnost pacijenta definira se i kao „sprječavanje štete pacijenata, uključujući pogreške činjenjem ili propustom“ (12).

Pojam sigurnosti pacijenta relativno je nov i nastao je zbog niske razine znanja o učestalosti i važnosti sprječavanja neželjenih događaja u zdravstvenom sustavu (13).

Činjenica je da s razvojem znanosti i tehnologije dolazi do povećanog rizika od pojave neželjenih događaja, a zbog veće složenosti operativnih zahvata, većeg broja i složenosti lijekova, porasta suvremenih dijagnostičkih postupaka i intervencija kod pacijenata. Sve navedeno čini skrb za pacijente složenijom (13).

Medicinske pogreške dovode do raznih posljedica poput produženog boravka pacijenta u bolnici, invaliditeta, infekcija, troškova sudskih postupaka te dodatnih zdravstvenih troškova. Prevencija pogreškama u zdravstvu i smanjenje ili otklanjanje zdravstvenih problema uzrokovanih takvim pogreškama temelji se na formiranju kulture sigurnosti pacijenta (14).

Kako bi se ostvarila kultura sigurnosti pacijenta nužno je osigurati više čimbenika poput učinkovite komunikacije, odgovarajuće statistike, usklađenosti postupaka, sigurnosti okoliša, kulture, usmjerenosti vodstvu, edukacije te otvorene komunikacije o medicinskim pogreškama (12).

Pogreške i neželjeni događaji događaju se pri svakom medicinskom postupku i na svim razinama zdravstvenog sustava. Najčešće pogreške su vezane uz postavljanje dijagnoze, primjenu lijekova i bolničke infekcije. U RH ne postoji sustavna evidencija incidenata koji ugrožavaju sigurnost liječenja na razini ustanova, kao ni na nacionalnoj razini (11).

Istraživanjem uzroka neželjenih događaja u zdravstvenoj skrbi pokazalo se da je više od 60% ozbiljnih događaja uzrokovano neadekvatnom komunikacijom između liječnika i medicinske sestre. Ustanovljeno je kako su neučinkovita i nedovoljna komunikacija rizični čimbenik za nastanak neželjenih događaja u zdravstvenoj skrbi (15).

Važno je istaknuti da se velik broj neželjenih događaja u bolničkim zdravstvenim ustanovama i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti može spriječiti (16).

Mjere prevencije neželjenih događaja u sestrinskoj praksi podrazumijevaju edukaciju osoblja, pacijenta i obitelji, prikupljanje podataka o neželjenim događajima, analizu trendova, porast svijesti medicinskih sestara o neželjenim događajima i prevenciji istih, izvještavanje o neželjenim događajima na stručnim sastancima, te integriranje i evaluaciju postojećih programa prevencije pada i dekubitusa (8).

U RH praćenje kvalitete zdravstvene skrbi i socijalne skrbi i sigurnosti pacijenata provodi Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, a koja obzirom na usklađenost s međunarodnim kriterijima, odnosno standardizacije podataka o pokazateljima, omogućuje usporedbu kvalitete zdravstvene i socijalne skrbi na nacionalnoj i međunarodnoj razini. Agencija je uspostavila model informatičko-tehnološkog unaprjeđenja prikupljanja podataka o pokazateljima kvalitete zdravstvene zaštite, na način da je omogućen automatski prijenos podataka o pokazateljima iz bolničkog informacijskog sustava u sustav Agencije. Osim toga, Agencija od 2012. godine prikuplja periodična izvješća od zdravstvenih ustanova, a sve bolničke zdravstvene ustanove obavezne su redovito izvještavati Agenciju (17).

Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove obvezno je svaka tri mjeseca dostaviti izvješće o neočekivanim neželjenim događajima Agenciji. O ostalim neželjenim događajima mora se svakih šest mjeseci dostaviti izvješće ministarstvu i Agenciji (17).

U ožujku 2017. godine SZO objavila je članak pod nazivom „*Medication Without Harm, WHO Global Patient Safety Challenge*“ kako bi pokrenula proces smanjenja štete prema pacijentu, a povezane s neadekvatnom primjenom lijekova u zdravstvenom sustavu (9).

2.1. Prijavljivanje neželjenih događaja

U razvijenim zemljama otprilike jedan od deset pacijenata pretrpi štetu tijekom zdravstvene skrbi, a 50% njih se može spriječiti (9).

Za poboljšanje sigurnosti pacijenta u zdravstvenom sustavu važno je potaknuti osoblje na prijavljivanje medicinskih grešaka, zbog mogućnosti identifikacije čimbenika koji su doveli do pogreške te tako spriječiti njihovo ponavljanje (9).

U istraživanju Afaya i suradnika utvrđeno je kako su organizacijske prepreke najčešći razlog neprijavljivanja ili nedovoljnog prijavljivanja medicinskih pogrešaka među medicinskim sestrama. One podrazumijevaju nedostatak odgovarajućih sustava prijavljivanja, nepostojanje jasne definicije medicinske pogreške i kaznene mjere protiv medicinskih sestara nakon prijavljivanja pogreške. Pokazalo se kako su se medicinske sestre bojale prijaviti nastale greške

zbog mogućih tužbi i nedostatka povjerljivosti ili anonimnosti u sustavu prijavljivanja. Prilikom dizajniranja sustava prijavljivanja, anonimnost bi se trebala smatrati važnim čimbenikom jer anonimni sustav znači kulturu prijavljivanja koja nije kaznena i nema sljedivih postupaka praćenja nakon prijavljivanja. Takav bi sustav mogao pomoći prevladavanju prepreka koje dovode do neprijavljivanja (9).

Istraživanje koje su proveli Hurley i Berghahn pokazalo je kako su prilikom prijavljivanja medicinske pogreške medicinske sestre u dva slučaja bile kazneno procesuirane zbog nemara (9).

Problem pri prijavljivanju medicinskih grešaka je što se fokusira na osobu koja je počinila pogrešku, a ne na propust cijelog sustava. Kako bi se povećao broj prijavljivanja medicinskih grešaka potrebno je rješavati sistemska pitanja i probleme unutar institucija i ne fokusirati se na pojedinca. Medicinske sestre vjeruju da prijavljivanje grešaka negativno utječe na njihov budući profesionalni razvoj zbog kaznenih mjera koje se protiv njih zbog grešaka poduzimaju (9).

U istraživanju provedenom u KBC-u Osijek, na 100 medicinskih sestara/tehničara o neželjenim događajima (dekubitus, pad pacijenta, intrahospitalne infekcije, nedostatna higijena ruku i neželjene nuspojave lijekova), zaključeno je kako su medicinske sestre/tehničari aktivni u poboljšanju kulture sigurnosti (82%) te istu ocjenjuju prihvatljivom (57,1%). Čak 67,7% ispitanika složilo se s tvrdnjom da su pogreške dovele do pozitivnih promjena, no s druge strane 74,2% njih smatra to kao prijavu njih samih, ali ne problema. Važno je istaknuti i kako samo 10% ispitanika smatra da imaju dovoljno osoblja za posao (8).

Nužno je formirati poticajno okruženje, bez kaznenih mjera i kulture okrivljavanja kako bi se medicinske sestre potaknule na prijavljivanje neželjenih događaja (9).

2.2. Strategije povećanja sigurnosti pacijenta

Međunarodni dan sigurnosti pacijenta obilježava se 17. rujna, a time se ukazuje na važnosti sigurnosti pacijenta u cijelome svijetu (16).

Politika javnog zdravlja EU veliki izazov vidi u izgradnji kulture sigurnosti pacijenta u zdravstvenoj skrbi, a što uključuje prijavljivanje i učenje iz pogrešaka (7).

EU je na preporuku Svjetskog saveza za sigurnost bolesnika i Luksemburške deklaracije za sigurnost bolesnika donesene 2005. godine, osnovala Radnu skupinu čiji je primarni zadatak briga o sigurnosti bolesnika. Sukladno tome Radna skupina je 2014. godine prezentirala dva

važna dokumenta iz područja sigurnosti bolesnika. Prvi dokument pod imenom „Ključna saznanja i preporuke u pogledu obrazovanja i osposobljavanja iz područja sigurnosti bolesnika diljem Europe“ i drugi „Ključna saznanja i preporuke o sustavima izvješćivanja i učenja za nezgode u području sigurnosti bolesnika diljem Europe“ (13).

Na razini EU postoje strategije za povećanje sigurnosti pacijenta, a koje uključuje i sprečavanje i kontrolu bolničkih infekcija, a koje su pokazale znatan napredak u smislu povećanja sigurnosti pacijenta. Tome svjedoči činjenica da su države članice oblikovale (ili ih još razvijaju) nacionalne programe za sigurnost pacijenta i uvođenje sustava putem kojeg će pacijenti prijavljivati štetne događaje, a pacijente se sve više potiče da izraze mišljenje (7).

Ministarstvo zdravstva RH je 2018. godine predstavilo Nacionalni program za sigurnost pacijenata, čiji je cilj smanjiti broj neželjenih događaja na najmanju moguću mjeru. Iduće godine su nacrt Programa stavili na e-savjetovanje, no konačna verzija programa još uvijek nije izašla (19). Osim toga, bit će formirano i Povjerenstvo za provedbu tog programa (16).

U Hrvatskoj postoji i Hrvatsko društvo za sigurnost pacijenata kojoj je cilj ispitivanje trenutne sigurnosti pacijenata i unaprjeđenje postojeće sigurnosti kroz poticanje na primjenu već postojećih i istraženih metoda (13).

2.3. Teorije sestrinstva i sigurnost pacijenta

Teorije sestrinstva pomogle su razvoju zdravstvene njege utemeljene na dokazima. One pružaju koncepte i konceptualne modele za područje zdravstvene njege (19).

Florence Nightingale, Virginia Henderson i Nancy Rooper su u svojim teorijama naglašavale važnost sigurnosti pacijenta u sestrijskoj skrbi. Osim toga i Abraham Moslow je u svojoj teoriji osnovnih ljudskih potreba isticao važnost potrebe za sigurnošću (13).

Još je u 19. stoljeću utemeljiteljica modernog sestrinstva, Florence Nightingale, prilikom skrbi za pacijente u Krimskom ratu poznavala važnost sigurnosti pacijenta te je reorganizirala skrb za pacijente uvodeći posebne higijenske mjere, razdvojila oboljele od ranjenih te tako smanjila stopu smrtnosti s 40 na 2%. Ustanovila je kako uvjeti poput prljavštine, loše prehrane, onečišćene vode i neodgovarajuće kanalizacije imaju veći utjecaj na mortalitet vojnika nego ozljede nastale u borbama (20).

Nightingale je isticala kako je važno prepoznati čimbenike okoliša koji utječu na zdravlje (voda, hrana, svjetlost, buka i dr.) te djelovati na iste kako bi se postiglo zdravlje. Također je isticala prepoznavanje štetnih čimbenika od strane samog pacijenta (19).

Teorija Virginie Handerson temelji se na 14 osnovnih ljudskih potreba, koje su razvrstane prema prioritetima, te se prema rasporedu prioriteta nastoje zadovoljiti (19).

Prema Henderson 14 osnovnih ljudskih potreba su: potreba za disanjem, potreba za hranom i tekućinom, eliminacija otpadnih tvari iz organizma, potreba za kretanjem i zauzimanje odgovarajućih položaja tijela, spavanje i odmor, odijevanje, održavanje odgovarajuće temperature tijela, održavanje higijene, izbjegavanje vanjskih opasnosti i ozljeda, komunikacija s drugima, vjerske potrebe, obavljanje svrsishodnog rada, rekreacija te učenje i istraživanje (21).

Henderson zapravo temelji svoju teoriju na piramidi osnovnih ljudskih potreba Abrahama Maslowa. Maslowljeva teorija motivacije temelji se na hijerarhiji po kojoj se zadovoljavaju osnovne ljudske potrebe. Potrebe koje čine „bazu“ Maslowljeve piramide su fiziološke potrebe, a koje se odnose na homeostazu minerala, plinova u krvi, hormona, vitamina, održavanje krvnog tlaka, temperature tijela, odnosno odnose se na disanje, uzimanje hrane i vode, spavanje, izlučivanje otpadnih tvari i slično. Nezadovoljavanjem ove razine piramide otežano je zadovoljavanje potreba s viših razina piramide. Dok god fiziološke potrebe nisu zadovoljene sve druge potrebe su manje bitne i postaju sekundarne (22).

Ako se fiziološke potrebe zadovolje tada se pojavljuje novi skup potreba. Već se na drugoj razini piramide nalaze potrebe za sigurnošću, a koje se odnose na zdravstvenu, tjelesnu i drugu sigurnost (radnu, moralnu, obiteljsku, imovinsku...). Ponekad ova skupina potreba može učiniti reorganizaciju cjelokupnog ponašanja te se tada organizam može opisati kao mehanizam koji traži sigurnost. Tada sve izgleda manje važno od sigurnosti i zaštite, ponekad su čak i fiziološke potrebe koje su, budući da su zadovoljene, sada podcijenjene. Ljudi preferiraju siguran, uređen, predvidiv i organiziran svijet u kojem se neočekivane, kaotične, nekontrolirane i druge opasne stvari ne događaju, a u kojem u svakom slučaju imaju zaštitnike koji će ih od toga zaštititi (23). Iduće tri razine su ljubav i pripadanje, poštovanje i samoaktualizacija. Obzirom da se sigurnost nalazi već na drugoj razini, ove tri stepenice vrlo je teško zadovoljiti u slučaju da potreba za sigurnosti nije zadovoljena (22).

Teorija Nancy Roper temelji se na 12 životnih aktivnosti koje su važne za održavanje života, te je vrlo slična teoriji Virginije Handerson (iz koje se i razvila). Također ističe potrebu za izbjegavanjem štetnih utjecaja okoline, te za razliku od Handerson ističe seksualne potrebe i umiranje (23).

3. ZAKONSKI I STRUČNI AKTI KOJI DEFINIRAJU DJELOVANJE MEDICINSKE SESTRE U REPUBLICI HRVATSKOJ

3.1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Zakon o zdravstvenoj zaštiti utvrđuje način pružanja i organizaciju zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti i dr.

Što se tiče podloge za tužbe za nesavjesno postupanje, prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, isto to je definirano je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (13, 24).

Ovim je Zakonom definirano kako je svaka osoba obavezna pružiti prvu pomoć ozlijeđenoj ili bolesnoj osobi i omogućiti joj pristup do hitne medicinske pomoći (24).

3.2. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite definira pojmove vezane za kvalitetu, načine praćenja kvalitete zdravstvene zaštite, obaveze zdravstvenih djelatnika vezano uz kvalitetu i dr. (25).

Kvaliteta zdravstvene zaštite se prema ovome Zakonu definira kao skup mjera koje se poduzimaju, sukladno najnovijim spoznajama o zdravstvenim postupcima, a koje omogućuju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica za zdravlje ljudi (25).

Sigurnost zdravstvenog postupka prema Zakonu definira se kao osiguravanje zdravstvenih postupaka od štetnih neželjenih događaja koji dovode do posljedica poput bolesti, ozljeda na radu i drugih štetnih neželjenih događaja za pacijente, a koji su nastali tijekom zdravstvenih postupaka zbog smanjene ili pogrešne uporabe zdravstvene tehnologije ili standardnih operativnih postupaka ili zlouporabom istih (25).

Načelo sigurnosti pacijenta ostvaruje se provođenjem mjera kojima se pacijentu osigurava pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, koja je u skladu s njegovim zdravstvenim stanjem i općeprihvaćenim stručnim standardima te se tako sprječavaju neželjeni događaji čija bi posljedica moglo biti oštećenje zdravlja pacijenta ili smrt (25).

3.3. Zakon o zaštiti prava pacijenata

Zakonom o zaštiti prava pacijenata definirana su prava pacijenata tijekom korištenja zdravstvene zaštite i promicanja istih prava (26).

Prema ovom Zakonu svakom se pacijentu jamči opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu, koja je primjerena njegovom zdravstvenom stanju, a u skladu s općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima te u najboljem interesu pacijenta, a uz poštivanje njegovih osobnih stavova (26).

Zaštita prava pacijenta u RH se provodi prema načelima humanosti i dostupnosti. Prema ovom Zakonu pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost i suodlučivanje. Prihvatanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti, osim u hitnim slučajevima gdje mu je izravno ugrožen život ili mu prijeti ozbiljna neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovog zdravlja (26).

Nadalje pacijent ima pravo na povjerljivost podataka, te ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje će biti obaviještene o njegovom prijemu u zdravstvenu ustanovu, te o njegovom zdravstvenom stanju. Osim toga, može imenovati i osobe kojima zabranjuje davanje istih podataka (26).

Pacijent prema ovom Zakonu ima pravo i na privatnost tijekom medicinskih postupaka i tijekom zdravstvene njege, ima pravo na održavanje osobnih kontakata te ima pravo samovoljno napustiti zdravstvenu ustanovu (26).

Također je definirano kako pacijent ima pravo na naknadu štete sukladno općim propisima obveznoga prava. U ovome su Zakonu i definirane kaznene odredbe za kršenje odredbi ovog Zakona. Definirano je kako će se zdravstvena ustanova kazniti novčanom kaznom u iznosu od 10 000 do 50 000 kuna u slijedećim situacijama, a koje se tiču sestrinske skrbi: ukoliko se povrijedi pravo na povjerljivost podataka, uskrati pravo na održavanje osobnih kontakata ili povrijedi zabranu posjete određenoj osobi te ukoliko uskrati pacijentu pravo na privatnost (26).

3.4. Etički kodeks medicinskih sestara

Etički kodeks medicinskih sestara u RH definira Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). Kodeksom se definiraju: osnovna načela profesionalnog ponašanja medicinske sestre, odnos prema pacijentu, suradnja s timom zdravstvene njege, poštivanje profesionalne tajne, trajno usavršavanje, poštivanje ugleda staleža, zaštita pacijenta od rizika, osiguranje od

odgovornosti, način rješavanja etičkih pitanja i odnosi prema drugim medicinskim sestrama. Neki od temeljni zadataka definirani Kodeksom su poštivanje privatnosti pacijenta, provjeravanje je li pacijent dao pristanak prije obavljanja kakvog liječenja/zdravstvene njege, čuvanje profesionalne tajne, održavanje svog stručnog znanja i sposobnosti, prepoznavanje rizika kod pacijenta te reduciranje istog na najnižu moguću razinu, štititi i podržavati zdravlje pacijenta (27).

Kodeksom je definirano da je medicinska sestra osobno odgovorna za svoj rad, što znači da odgovara za svoje postupke i propuste, neovisno o savjetima ili uputama drugih stručnjaka (28). Obavezna je osigurati pacijentima pravo na sigurnu i kvalitetnu zdravstvenu njegu te u svom djelovanju mora poštivati zakon (27).

U slučaju da postoji prigovor savjesti važan za obavljanje njene profesionalne djelatnosti, medicinska je sestra obavezna u što kraćem roku izvijestiti odgovornu/nadležnu osobu te u tom slučaju ne smije prestati pružati zdravstvenu njegu ako bi time uzrokovala trajne posljedice na zdravlje ili ugrozila pacijentov život (27).

Kodeksom je sestrinska dokumentacija definirana kao sredstvo komunikacije unutar tima te je medicinska sestra odgovorna da sestrinska dokumentacija bude precizan prikaz liječenja, planiranja i provođenja zdravstvene njege. Svaki provedeni postupak i drugi podaci moraju biti upisani u najkraćem mogućem roku nakon što je proveden postupak ili se dogodio određen slučaj. Sestrinska dokumentacija mora pružiti jasan uvid u planiranu njegu, donesene odluke, postignutu njegu i omogućiti druge relevantne informacije (27).

Medicinska sestra dužna je paziti na povjerljivost podataka o pacijentu te zaštititi informacije o pacijentu od njihovog neprimjerenog pokazivanja (27).

Medicinska sestra mora posjedovati znanje, vještine i sposobnosti koje se traže za siguran i djelotvoran rad, a znanja i vještine mora održavati u skladu sa suvremenim znanjima kroz svoj životni vijek. Osim toga, medicinska sestra mora znati granice svoje stručne kompetencije i raditi u djelokrugu svojih kompetencije, a sukladno tomu i prihvatiti odgovornost za aktivnosti za koje je osposobljena (27).

Kodeksom je definirano da medicinska sestra u okolnostima u kojima ne može ukloniti posljedice koje bi mogle ugroziti standard struke, mora o tome izvijestiti pretpostavljenu osobu pismenim izviješćem. U hitnim slučajevima, na radnom mjestu ili izvan radnog mjesta, medicinska sestra ima profesionalnu dužnost pružiti prvu pomoć u skladu sa svojim kompetencijama (27).

3.5. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene

Zdravstvena ustanova mora dokumentirati sustav sigurnosti pacijenta i osoblja, a on mora sadržavati otkrivanje i prijavljivanje, preventivne i popravne radnje, definirani postupak za smanjenje rizika, primjenu akcijskih planova, neprekidno mjerenje učinkovitosti radnji, procjenu sigurnosti pacijenta te politiku i praksu obavješćivanja pacijenta i njihovih obitelji o neočekivanim neželjenim događajima (4).

Osim toga, Pravilnikom o standardima kvalitete zaštite i načinu njihove primjene, je definirano kako o svakom neočekivanom neželjenom događaju ravnatelj ili odgovorna osoba obvezna je odmah izvijestiti ministarstvo nadležno za zdravstvo (4).

Nakon toga, odjel gdje se dogodio navedeni događaj analizira moguće uzroke neočekivanog neželjenog događaja i u roku sedam dana dostavlja pisano izvješće pomoćniku ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor (4).

Prema prethodno navedenom Pravilniku razlikuju se dvije vrste neželjenih događaja.

U neočekivane neželjene događaje spadaju: smrt majke ili teško oboljenje povezano s porodom, smrt ili trajni invaliditet zdravog novorođenčeta porođajne težine veće od 2500 grama, a koja nije povezana s urođenim oboljenjem, jaka neonatalna žutica, otpust novorođenčeta pogrešnoj obitelji, otmica novorođenčeta, kirurški zahvat proveden na pogrešnom pacijentu, kirurški zahvat proveden na pogrešnom dijelu tijela, instrument ili predmet ostavljen na mjestu kirurškog zahvata koji zahtjeva dodatni zahvat ili postupak, transfuzijska reakcija zbog ABO nekompatibilnosti, radioterapija s dozom 25% iznad planirane, radioterapija pogrešne regije tijela i samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva u zdravstvenoj ustanovi ili unutar 72 sata od otpusta (4).

Ostali neželjeni događaji prema pacijentima su: stopa standardizirane bolničke smrtnosti, poslijeoperacijska plućna embolija ili duboka venska tromboza, poslijeoperacijska infekcija rane, poslijeoperacijsko krvarenje ili hematoma, poslijeoperacijski prijelom kuka, neadekvatna higijena ruku, neželjene nuspojave lijekova, nuspojave antipsihotičnog liječenja, opstetrička trauma – vaginalni porod bez instrumenta, porođajna trauma – ozljeda novorođenčeta, dekubitalni ulkus i pad u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi. Pravilnik pogrešku u primjeni lijekova definira kao „lijevak dat pogrešnom pacijentu, u pogrešnoj dozi, u pogrešno vrijeme, pogrešnim putem unosa“. Bolnička je infekcija definirana kao infekcija koja se pojavljuje najmanje 48 sati nakon prijema pacijenta na stacionarno liječenje (4).

Upravljanje rizicima je pojam koji podrazumijeva djelatnosti usmjerene sprječavanju podnošenja legalnih zahtjeva za odštetu, a zbog neželjenih događaja. Osim toga ovaj pojam

podrazumijeva i mehanizam za poboljšavanje kvalitete zdravstvene skrbi, a putem obavještanja pacijenta i njihovih obitelji o čimbenicima rizika za neželjene događaje te proučavanjem neželjenih događaja i njihovih uzroka, što pridonosi njihovu sprječavanju (4).

U Pravilniku je definirano i što sve treba sadržavati medicinski karton pacijenta, te je između ostalog definirano kako treba sadržavati dokumentaciju o komplikacijama, bolničkim infekcijama, neželjenim reakcijama na lijekove i anesteziju (4).

Prilikom obavljanja dijagnostičkih i terapijskih postupaka zdravstvena ustanova mora imati pisani pristanak/odbijanje od obaviještenog pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika za preporučene dijagnostičke i terapijske postupke u skladu s važećim propisima. Iznimka od toga su hitni medicinski slučajevi. Način obavještanja pacijenta mora uključivati pisane obavijesti o visokorizičnim dijagnostičkim i terapijskim postupcima koje su definirali zdravstveni djelatnici. Pisana obavijest mora sadržavati naziv i opis postupka, dobrobiti, rizike te ukoliko postoje zamjenske postupke. Osim toga mora sadržavati i izjavu pacijenta (ili njegovog zakonskog zastupnika/skrbnika) da je postupak objašnjen, potpis odgovornog liječnika, potpis pacijenta (ili zakonskog zastupnika/skrbnika) i datum kada je pristanak potpisan (4).

3.6. Zakon o sestrinstvu

U RH način djelovanja, standard obrazovanja, uvjete za obavljanje djelatnosti medicinske sestre, dužnosti, kontrolu kvalitete i stručni nadzor medicinskih sestara i medicinskih tehničara definira Zakon o sestrinstvu. Djelatnost medicinske sestre obavlja se pod uvjetima i na način koji je propisan ovim Zakonom, a u skladu s time odstupanje od zakonski propisanog djelovanja stvara podlogu za pokretanje sudskih postupaka protiv medicinskih sestara/tehničara (28).

Prema Zakonu o sestrinstvu definirano je da „djelatnost medicinske sestre obuhvaća sve postupke, znanja i vještine zdravstvene njege“. Medicinske sestre dužne su primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštivati načela prava pacijenata, etička i stručna načela, a čija je funkcija zaštita zdravlja stanovništva i svakog pojedinog pacijenta. Ovaj Zakon ih obvezuje na čuvanje profesionalne tajne o zdravstvenom stanju svakog pacijenta. Jasno je definirano kako medicinske sestre svoju djelatnost provode na svim razinama zdravstvene zaštite, a prema standardima koje definira ministar zdravstva. Medicinske sestre svoju djelatnost mogu provoditi i izvan sustava zdravstvene zaštite (28).

Osim toga, Zakon o sestriinstvu jasno definira obavezu medicinskih sestara za kontinuiranim obnavljanjem stečenih znanja i usvajanjem novih znanja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestriinstva (28).

Zakonom o sestriinstvu definirano je da pravo na samostalan rad ima medicinska sestra koja ima odobrenje za samostalan rad (licencu), a koju joj se daje i ukida sukladno Statutu HKMS-a (28). Medicinska sestra obavlja djelatnost zdravstvene njege u okviru svoje naobrazbe i dodatnog usavršavanja utvrđenog odobrenjem za samostalan rad (28).

U Članku 16. Zakona o sestriinstvu jasno su navedene dužnosti medicinske sestare:

- primjena svih dostupnih znanja iz područja sestriinstva,
- primjena metoda rješavanja problema u provođenju zdravstvene njege koje zahtijevaju vještinu analitičkog kritičkog pristupa,
- postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u zdravstvenoj njezi,
- provedba zdravstvene njege po utvrđenom planu njege,
- primjenjivanje, provođenje i evidentiranje od liječnika ordinirane lokalne, peroralne i parenteralne terapije,
- pravovremeno izvješćivanje liječnika u slučaju nastupa komplikacija primijenjene terapije,
- provedba postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti,
- vođenje sestriinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata,
- pravovremeno izvješćivanje liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja,
- pristupanje postupku oživljavanja u slučaju odsutnosti liječnika,
- čuvanje profesionalne tajne,
- poštivanje prava bolesnika,
- poštivanje etičkog kodeksa medicinskih sestara,
- poštivanje vjerskih načela pacijenta,
- suradnja sa svim članovima tima,
- čuvanje ugleda ustanove (poslodavca),
- ekonomično i učinkovito korištenje pribora i opreme i
- djelovanje u interesu bolesnika (28).

Medicinska je sestra obavezna evidentirati sve provedene postupke na sestriinskoj listi za svakog pacijenta, na svim razinama zdravstvene zaštite (28).

Prema Zakonu o sestrinstvu teže povrede radnih dužnosti obuhvaćaju tri slučaja: kada zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu zdravlju bolesnika, kada promjeni način i sadržaj od liječnika ordinirane terapije i kada namjerno učini materijalnu štetu (28).

Situacije u kojima je medicinska sestra izuzeta odgovornosti je kada bolesnik svjesno odbija ordinirani postupak ili primjenu ordinirane terapije, a tada je dužna odmah obavijestiti ovlaštenog liječnika. Definirano je i kako medicinska sestra nije odgovora za neprovedeni postupak u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao ordinirane lijekove, sredstva, minimalno potrebni pribor ili tehničku opremu u skladu s minimalnim standardima za provođenje uspješne zdravstvene njege, a u slučaju kada nije u mogućnosti provesti ordinirani postupak obvezna je pisano izvijestiti nadređenu osobu (28).

Za lakše ili teže povrede radnih dužnosti definirane Zakonom o sestrinstvu i općim aktima HKMS medicinska sestra odgovara pred disciplinskim tijelima iste (28).

Već je u Zakonu o sestrinstvu (Članak 33.) definirano kako će novčanom kaznom u iznosu od 3000 do 10 000 kuna biti kažnjena medicinska sestra za slijedeće prekršaje: ako ne ispuni obvezu čuvanja profesionalne tajne, ako provodi zdravstvenu njegu kao voditelj ili član tima, a nije upisana u registar, ako obavlja samostalan rad bez odobrenja za samostalan rad, ako u slučaju nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka odmah pisano ne izvijesti nadređenu osobu, ako onemogućiti ili ometa provođenje stručnog nadzora te ako ne otkloni nedostatke utvrđene stručnim nadzorom (28).

HKMS ima ključnu ulogu u hrvatskom sestrinstvu jer definira svaki aspekt djelovanja medicinskih sestara (28).

Neki od poslova Komore kojima ona doprinosi definiranju nesavjesnog postupanja i djelovanju protiv nesavjesnog postupanja u sestrinstvu su slijedeći: definiranje etičkog kodeksa medicinskih sestara po kojima su obvezne djelovati, definiranje protokola za plan i provođenje zdravstvene njege, definiranje načina provođenja stručnog nadzora i obavljanje stručnog nadzora nad radom medicinskih sestara, utvrđivanje povrede radnih dužnosti i utvrđivanje i provođenje disciplinskih mjera za povrede radne dužnosti, a osim toga brine i za pravnu pomoć svojim članovima (28).

Komora obavještava ministarstvo nadležno za zdravstvo, druga tijela državne uprave te nadležna tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, samoinicijativno ili na njihov zahtjev o stanju i problemima u struci medicinskih sestara i o mjerama koje bi trebalo poduzeti radi unapređenja struke medicinskih sestara te radi unapređenja zdravstvene zaštite građana (28).

4. SUDSKE TUŽBE PROTIV MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA – PRIMJER SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I TURSKE

Sudske tužbe protiv medicinskih sestara zbog nesavjesnog liječenja u svijetu bilježe porast, a mogući čimbenici koji povećavaju broj slučajeva nesavjesnog liječenja medicinskih sestara su: delegiranje svojih zadataka nelicenciranom pomoćnom osoblju, raniji otpust iz bolnice, preopterećenje medicinskih sestara, veća autonomija i odgovornost te bolje informirani korisnici zdravstvene zaštite (3).

Istraživanje iz 1997. godine u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) kao najčešće uzroke sestrinskog nemara koji su doveli do presude u korist tužitelja identificira neadekvatnu procjenu stanja pacijenta, neodgovarajuću komunikaciju s liječnikom (prijenos informacija o pacijentu), propuste u sestrijskim intervencijama i zdravstvenoj njezi, pogreške pri primjeni lijeka, neadekvatnu kontrolu infekcija te nesigurno ili nepravilno korištenje opreme (3).

Istraživanje objavljeno 2003. godine, u *American Nurses Journal*, a provedeno prema podacima *The National Practitioner Data Bank (NPDB)*¹ i drugim izvorima, bilježi izrazito visok porast optužbi za nemar protiv medicinskih sestara. Tako se od 1998. do 2001. godine broj plaćenih novčanih kazni medicinskih sestara za nesavjestan rad s 253 povećao na 413. Analizom 253 slučajeva za nesavjesno postupanje, u razdoblju od 1995. do 2001., definirano je šest najčešćih kategorija razloga podnošenja tužbe: nepridržavanje standarda skrbi, korištenje opreme na neodgovoran način, neuspješna komunikacija (liječnik-sestra, pacijent-sestra), nedokumentiranje (stanja pacijenta, ozljeda, alergija, uputa liječnika), neuspjeh u procjeni i praćenju pacijenta (uključujući i primopredaju službe) i nezagovaranje prava pacijenata (propitkivanje nepotpunih/nečitkih naloga liječnika, sigurno okruženje za pacijenta, propitkivanje otpusta pacijenta ako to pacijentovo stanje nalaže) (3).

Najveća učestalost prijavljenih slučajeva sestrinskog nemara zabilježena je u bolnicama za akutnu skrb (60%), zatim ustanovama za dugotrajnu njegu i skrb (18%) – domovi za starije osobe, jedinice za rehabilitaciju i sl, psihijatrijskim ustanovama (8%), ustanovama za kućno

¹ The National Practitioner Data Bank (NPDB) je web – baziran repozitorij prijavi i informacija o plaćenim kaznama (naknadi štete) za nesavjesno postupanje/liječenje i ostale štetne radnje vezane uz zdravstvene djelatnike (29). NPDB prikuplja informacije o zdravstvenim djelatnicima, koji su kao rezultat presuda u tužbama zbog nesavjesnog liječenja sklopili nagodbe, dobili disciplinske mjere (koje su rezultirale oduzimanjem licence ili ograničenjem prakse) ili su morali platiti novčane kazne (ili čiji su poslodavci ili osiguranje morali platiti novčane kazne) (3).

liječenje (2%), neovisnim praksama liječnika (2%) te neovisnim djelovanjem tzv. „napredne medicinske sestre“ (eng. *advanced practice nurses*) (9%). Što se tiče akutne skrbi najčešće su u sudske postupke bile uključene medicinske sestre na kirurškim odjelima (32%), zatim medicinske sestre na odjelu opstetricije (16%) (3).

Ističe se i kako su postupci ili propusti koje su tužitelji uobičajeno navodili prije 20 godina i dalje najčešći uzroci nepažnje medicinskih sestara (3).

U Turskoj bez obzira na razinu obrazovanja (srednja stručna sprema, viša, visoka, doktorat) sve medicinske sestre imaju isto zvanje, autonomiju i odgovornosti za postupke kršenja standarda skrbi. Većina optužbi za nesavjesno liječenje protiv medicinskih sestara proizlazi iz pogrešne primjene lijeka, a koje podrazumijevaju neodgovarajuću dozu lijeka, primjena lijeka na krivom pacijentu, primjena pogrešnog lijeka te neadekvatno razrjeđenje lijeka. Kada se u Turskoj utvrdi da je medicinska sestra odgovorna za neželjeni događaj, zakon zahtijeva da se osudi na zatvorsku ili novčanu kaznu, no u praksi se obično medicinske sestre ne osuđuju na zatvorsku kaznu zbog nedostatka kaznene namjere, osim ako je došlo do ponavljanja nesavjesnog postupanja. Obzirom na manjkavost zdravstvenog sustava i nedovoljno kvalitetnu skrb, obično Vlada isplaćuje odštetu tužiteljima kada se utvrdila odgovornost medicinske sestre koja radi u državnoj ustanovi. No, iznos ili dio naknade za štetu može se određeno vrijeme odbijati od plaće medicinske sestre tako da ne utječe uvelike na njihov životni standard. Medicinske sestre u Turskoj nemaju osiguranje od nesavjesnog liječenja (za razliku od onih u SAD-u). Bio je jedan pokušaj izrade nacrtu Zakona o osiguranju od nesavjesnog liječenja (2003.), ali nije usvojen u parlamentu (2).

5. NESAVJESNO POSTUPANJE U SESTRINSTVU U REPUBLICI HRVATSKOJ 1991. – 2020.

5.1. Izvori podataka o sudskim postupcima protiv medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj

Izvori podataka o sudskim postupcima protiv medicinskih sestara/tehničara u RH većinom su sudske presude (koji su javni dokument) i priopćenja Državnog odvjetništva Republike Hrvatske (DORH) o pokretanju sudskih tužbi ili o donesenoj presudi.

Podaci su uzeti na web-stranici Vrhovnog suda RH, područje sudske prakse (<https://sudskapraksa.csp.vsrh.hr/home>). U tražilicu sudske prakse pretraživan je termin „medicinska sestra“ i „medicinski tehničar“, te je ukupno pregledano 16589 odluka, a 15 je odluka uzeto u daljnju analizu. Podaci koji su uzeti s web-stranice Vrhovnog suda RH isključivo su presude.

Podaci su uzeti i s web-stanice DORH-a (<http://dorh.hr/hr>), pretraživanjem pojma „medicinska sestra“ i „medicinski tehničar“. S internetskih stranica DORH-a uzeti su podaci iz priopćenja, koji uključuju optužnice, presude, obavijesti o pokretanju istrage i dr.

Podaci su, također, prikupljeni pretraživanjem pojma „medicinska sestra“ i „medicinski tehničar“ na portalu IUS-INFO² (<https://www.iusinfo.hr/sudska-praksa/ZSRH2017GzB1922A2>). S internetske stranice IUS-INFO uzeti su podaci o sudskim odlukama sudova.

Podaci su prikupljeni i kontaktiranjem (e-mailom) svih općinskih i županijskih sudova u RH, te je tako Općinski sud u Osijeku (e-mailom) dostavio dvije presude i jedno rješenje o obustavi kaznenog postupka, dok su drugi negirali postojanje takvih slučajeva ili naveli kako nisu u mogućnosti pretražiti sudsku praksu na temelju kriterija nesavjesnog postupanja medicinske sestre/tehničara.

Kontaktirana je i HKMS čiji je odgovor bio da oni evidenciju o sudskim postupcima protiv medicinskih sestara i tehničara nemaju, dok DORH nije odgovorilo na upit.

Hrvatski državni arhiv u Zagrebu skladišti dokumentaciju Vrhovnog suda RH u razdoblju 1945.-1963., ali budući da se ova zbirka sastoji od 153 knjige i 1396 kutije (od kojih svaka sadrži otprilike 60-100 sudskih predmeta) te da dokumenti nisu sortirani kako bi omogućili

² IUS-INFO je pravni i poslovni informacijski sustav te najveća digitalna komercijalna baza s povezanim pravnim sadržajem iz Hrvatske i EU na jednom mjestu (30).

analizu prema određenoj vrsti predmeta (npr. sudske tužbe za nesavjesno liječenje) za pregled svih dokumenata bilo bi potrebno više godina te stoga iz ovog izvora podaci nisu uzeti (31). Kriteriji za uzimanje uzorka su bili slijedeći: događaj je rezultat nenamjernog djelovanja medicinske sestre (isključujući kriminalne radnje i radne sporove) i tuženik (medicinska sestra) je u trenutku događaja bio na radnom mjestu, zaposlen na mjestu medicinske sestre/tehničara. Poštujući navedene kriterije, sveukupno je u analizu uključeno 19 sudskih postupaka koji su se direktno i indirektno odnosili na propust medicinske sestre.

5.2. Analiza podataka

U analizu je uključeno ukupno 19 slučajeva sudskih postupaka protiv medicinskih sestara/tehničara u RH. Iz prikupljenih podataka nije moguće dobiti podatak o godini kada je sudski postupak protiv medicinskih sestara pokrenut, ali je vidljivo kada se neželjeni događaj, a koji je doveo do pokretanja sudskog postupka, dogodio (osim u tri slučaja). Događaji koji su doveli do pokretanja sudskog postupka protiv medicinskih sestara odvijali su se u razdoblju od 1991. do 2020. godine. U navedenom razdoblju nije primijećen značajan porast s protokom vremena.

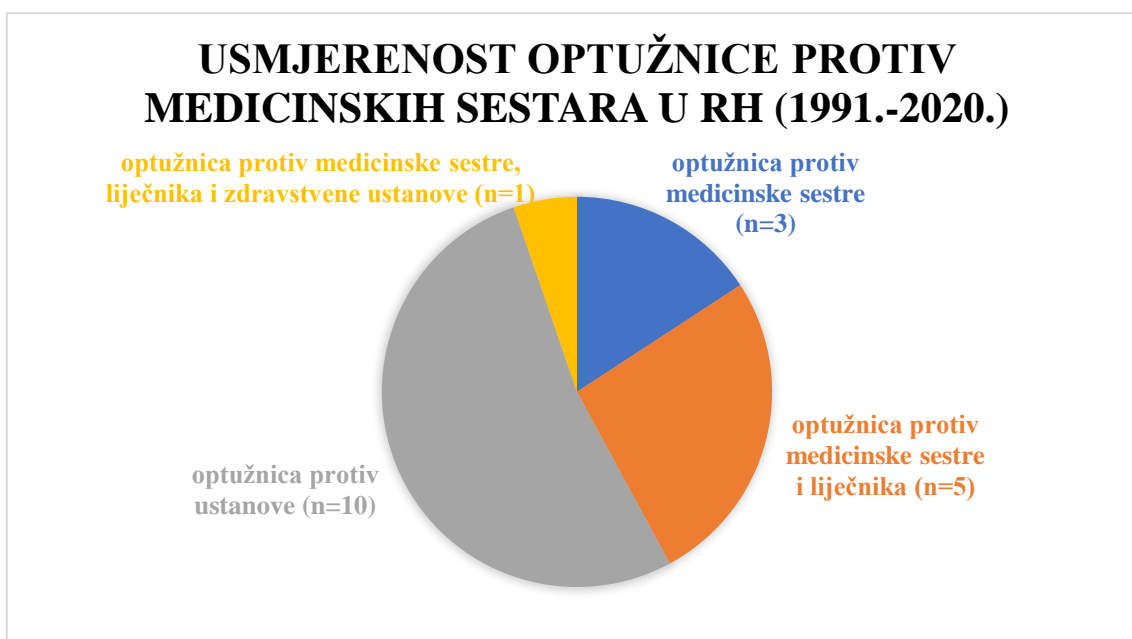
Iz prikupljenih podataka nije moguće saznati podatak o razini školovanja medicinske sestre uključene u sudski proces. Također, nije moguće saznati kakvi su disciplinski postupci (poput oduzimanja licence) provedeni protiv medicinskih sestara kojima je sudskim postupcima dokazana krivnja (osim u jednom slučaju).

Od ukupno 19 analiziranih slučajeva pokrenutih direktno protiv medicinske sestre ili zdravstvene ustanove, 16 je slučajeva završilo smrtnim ishodom.

Svi sudski postupci (ukupno 19) vođeni protiv medicinskih sestara u RH spadaju u područje akutne medicinske skrbi (bolnički odjeli, hitni prijem, prijavno-dojavne jedinice hitne medicine, dijagnostika).

5.3. Usmjerenost sudskih tužbi protiv medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.

Od ukupno 19 analiziranih sudskih postupaka protiv medicinskih sestara, tri su optužnice pokrenute direktno i samo protiv odgovorne medicinske sestre, pet je optužnica protiv odgovornih medicinskih sestara i liječnika, deset je optužnica podignuto protiv zdravstvene ustanove u kojoj je medicinska sestra bila zaposlena, dok je jedna optužnica podignuta protiv medicinskih sestara, liječnika i zdravstvene ustanove zajedno (Grafikon 1.).



Grafikon 1. Usmjerenost optužnice protiv medicinskih sestara u RH (1991.-2020.)

5.4. Kategorije nesavjesnog postupanja medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.

Analizirani slučajevi mogu se podijeliti u sedam kategorija nesavjesnog postupanja medicinskih sestara: neadekvatan nadzor nad pacijentom (pet slučajeva), neadekvatna reakcija na hitno stanje pacijenta (pet slučajeva), nepridržavanje standarda/protokola (četiri slučajeva), neadekvatno organizirana zdravstvena skrb (dva slučajeva), neadekvatno korištenje opreme (jedan slučaj), nesigurna okolina (jedan slučaj) te nesavjesno postupanje – nespecificirano (jedan slučaj) (Tablica 1).

Tablica 1. Tablični prikaz sudskih postupaka protiv medicinskih sestara u RH 1991. - 2020.

Broj slučaja	Kratki opis događaja	Kategorija	Usmjerenost tužbe	Područje skrbi	Godina	Svrha pokretanja sudske tužbe	Ishod pacijenta	Ishod sudskog postupka
1.	postoperativna komplikacija zdravstvenog stanja	neadekvatan nadzor nad pacijentom	protiv dva liječnika i jedne med. sestre	ginekologija	2007.	kazneni postupak	letalan	liječnici oslobođeni, medicinska sestra osuđena
2.	suicid		protiv ustanove	psihijatrija	1990.	zahtjev za naknadu štete	letalan	u korist tuženika
3.	predoziranje opojnim drogama		protiv med. sestre i liječnika	infektologija	nepoznato	kazneni postupak	letalan	u korist tuženika
4.	pad s prozora		protiv ustanove	endokrinologija	2005.	zahtjev za naknadu štete	letalan	u korist tužitelja
5.	komplikacija zdravstvenog stanja		protiv ustanove	neurologija	1995.	zahtjev za naknadu štete	letalan	u tijeku
6.	neupućivanje HMP na intervenciju i nepripremljen pribor	neadekvatna reakcija na hitno stanje pacijenta	protiv liječnice i med. sestre	pedijatrija	2005.	kazneni postupak	letalan	u korist tužitelja
7.	nepružanje pomoći		protiv tri med. sestre	hitni prijem (kirurški)	2009.	kazneni postupak	letalan	nepoznato
8.	nepružanje pomoći		protiv dvije med. sestre i jedne liječnice	fizikalna medicina	nepoznato	kazneni postupak	letalan	u tijeku
9.	neupućivanje HMP na intervenciju		protiv ustanove	hitna medicina (prijavno-dojavna jedinica)	2008.	zahtjev za naknadu štete	letalan	u tijeku
10.	neadekvatna procjena stanja djeteta i nereagiranje na hitno stanje		protiv tri liječnice i jedne med. sestre	pedijatrija, hitna medicina	2018.	kazneni postupak	letalan	u tijeku

11.	suicid	nepridržavanje standarda/protokola	protiv ustanove	psihijatrija	2005.	zahtjev za naknadu štete	letalan	u korist tužitelja
12.	primjena krivog lijeka		protiv med. sestre	dermatologija	1998.	kazneni postupak	letalan	u korist tužitelja
13.	suicid uzrokovan neadekvatnim nadzorom nad uzimanjem terapije		protiv ustanove	psihijatrija	nepoznato	zahtjev za naknadu štete	letalan	u tijeku
14.	primjena krivog lijeka		protiv med. sestre	hemodijaliza	2020.	kazneni postupak	letalan	u tijeku
15.	bijeg psihijatrijskog pacijenta	neadekvatno organizirana zdravstvena skrb	protiv ustanove	psihijatrija	1999.	zahtjev za naknadu štete	letalan	u tijeku
16.	neadekvatna reanimacija		protiv ustanove	urologija	1991.	zahtjev za naknadu štete	teška tjelesna oštećenja	u korist tuženika
17.	pad babinjače u prilikom tuširanja	nesigurna okolina	protiv ustanove	ginekologija	nepoznato	zahtjev za naknadu štete	tjelesna ozljeda	u korist tuženika
18.	ruptura stijenke crijeva prilikom kolonoskopije	nepravilno korištenje opreme	protiv ustanove	gastroenterologija	1997.	zahtjev za naknadu štete	tjelesna ozljeda	u korist tuženika
19.	nesavjesno postupanje	Nesavjesno postupanje - nespecificirano	protiv dvoje liječnika, tri med. sestre i zdravstvene ustanove	nepoznato	2017.	kazneni postupak	letalan	u korist tuženika

Nema zabilježenih slučajeva sudskih postupaka protiv medicinskih sestara koji se tiču neadekvatne njege bolesnika, odnosno nezadovoljavanja fizioloških potreba pacijenata.

5.4.1. Neadekvatan nadzor nad pacijentom

Najčešći razlog pokretanja sudskih postupaka protiv medicinskih sestara/tehničara je neadekvatan nadzor nad pacijentom, a kojemu prethodi kriva procjena stanja pacijenta. U ovim

slučajevima to se odnosi na neadekvatan nadzor nad psihijatrijskim pacijentima, sklonim suicidu te neadekvatan nadzor pacijenata s akutnim tjelesnim zbivanjima i nakon operativnih zahvata. U skladu s time, u jednom je slučaju utvrđeno kako su posljedično izostalom učestalom nadzoru u postintenzivnoj jedinici u dokumentaciju pacijenta naknadno upisane vrijednosti vitalnih funkcija.

Slučaj 1.

Općinsko državno odvjetništvo pokrenulo je optužnici protiv dvoje liječnika i jedne medicinske zbog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi, dok se medicinsku sestru tereti i za kazneno djelo krivotvorenja službene isprave. Naime, teretilo ih se da 7. i 8. veljače 2007. godine na Odjelu ginekologije, Kliničkog bolničkog centra Osijek; iako znajući za mogućnost nastanka postoperativnih komplikacija pacijentice nakon duljeg i težeg operativnog zahvata koji je obavljen isti dan nisu primijenili sve mjere za zaštitu bolesnika prema pravilima struke. Medicinsku sestru (kao trećeokrivljenu) tereti se da tijekom noćnog dežurstva u jedinici poluintenzivnog liječenja, na već navedenom odjelu, nije redovito kontrolirala zdravstveno stanje pacijentice (smatrajući da nije vitalno ugrožena), a nakon što je primijetila da pacijentica ne daje znakove života, naknadno upisala neistinite vrijednosti vitalnih funkcija na temperaturnu listu pacijentice. Nadalje, pacijentica je optuženu medicinsku sestru zatražila da joj skine pulsni oksimetar jer joj smeta, što je ova nakon više molbi i učinila procijenivši da su joj vitalne funkcije uredne. Oba liječnika oslobođena su krivnje, dok je medicinska sestra osuđena na jedinstvenu kaznu zatvora u trajanju od jedne godine i tri mjeseca, te joj je naloženo platiti troškove cijelog sudskog postupka i odštetu obitelji preminule pacijentice (ukupno oko 52 tisuće kuna). Na navedenu presudu zatražila je reviziju, koja je prihvaćena, no u međuvremenu je optužena medicinska sestra preminula pa je cijeli slučaj obustavljen (32-35). Ostali slučajevi navedeni u Prilogu 1.

5.4.2. Neadekvatna reakcija na hitno stanje pacijenta

Nadalje, česti razlog pokretanja sudskih postupaka protiv medicinskih sestara/tehničara u našoj zemlji je neadekvatna reakcija na hitno stanje pacijenta, a koja je u svih pet slučajeva rezultirala smrtnim ishodom pacijenta. Ishod četiri sudska postupka nije poznat (istraga u tijeku), dok je u jednom slučaju medicinska sestra osuđena na kaznu zatvora u trajanju od jedne godine i šest mjeseci.

Slučaj 6.

Općinsko državno odvjetništvo u Križevcima podnijelo je istražni zahtjev protiv medicinske sestre u Domu zdravlja Križevci i liječnice u istom domu zbog počinjenja teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi, a zbog nepružanja medicinske pomoći. Naime, dana 27. listopada 2005. majka pacijentice je nazvala Dom zdravlja u Križevcima i obavijestila medicinsku sestru da njena kći (1994.) ima napad astme i da se guši zahtijevajući dolazak ekipe Hitne medicinske pomoći u Rašćane. Okrivljena medicinska sestra, iako znajući da je djevojčica teški astmatični bolesnik i da joj nepružanje pravovremene medicinske pomoći može ugroziti život, uputila je majku da dovede kćer u prostorije Hitne medicinske pomoći. O navedenom traženju liječničke intervencije medicinska sestra nije obavijestila dežurnu liječnicu niti je pripremila potrebnu aparaturu za pomoć djevojčici. Okrivljenu dežurnu liječnicu tereti se da u timu Hitne medicinske pomoći nije koordinirala radom članova tima niti je tim organizirala tako da bude pravovremeno upoznata o svim dojavama za liječničkom intervencijom. Oko 4,30 majka je dovezla kćer u prostorije Hitne medicinske pomoći, a budući da nije bila pripremljena potrebna aparatura, djevojčica je unatoč dobivenom kisiku, terapiji i inhalaciji te reanimaciji preminula malo prije šest sati u bolnici u Koprivnici. Medicinska sestra i liječnica nepravomoćnom presudom proglašene su krivom su zbog počinjenja teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi. Medicinska sestri sud je izrekao kaznu zatvora u trajanju od jedne godine i šest mjeseci uz primjenu uvjetne osude u vremenu od tri godine, a liječnici je izrečena kazna u trajanju od jedanaest mjeseci uz primjenu uvjetne osude u vremenu od tri godine (36, 37). Ostali slučajevi navedeni u Prilogu 2.

5.4.3. Nepridržavanje standarda/protokola

Razlog pokretanja sudskih tužbi protiv medicinskih sestara u RH koji je izuzetno važan jest nepridržavanje standarda/protokola jer tada je uzročno-posljedična veza očita, kao i krivnja osobe koja je sudskom postupku tuženik. Sukladno tomu, od četiri slučaja, dva su presuđena u korist tužitelja (odgovornost medicinskog osoblja je potvrđena), dok su dva procesa još u tijeku, uzimajući u obzir da je protiv jedne medicinske sestre već proveden disciplinski postupak, koji je doveo do izvanrednog otkaza Ugovora o radu.

Slučaj 11.

Obitelj pacijentice liječene u Neuropsihijatrijskoj bolnici pokrenulo je postupak za naknadu štete protiv Neuropsihijatrijske bolnice zbog smrti pacijentice koja im je bila povjerena na

liječenje. Naime, pacijentica je bila zaprimljena na akutni odjel navedene bolnice 23. lipnja 2005., te je nakon pet dana premještena na kronični odjel (za produženo liječenje psihičkih bolesnika), na kojem ne postoji stalni nadzor bolesnika. Taj se odjel sastoji od 3-4 sobe na katu, te nekoliko soba za nepokretne pacijente u prizemlju, a u smjeni rade dvije medicinske sestre. Pacijentica se na kroničnom odjelu oko 11 sati zapalila svijećom u kupaonici te je zbog posljedica opekline umrla 20. kolovoza 2005. godine. Sud je utvrdio kako se sve osobne stvari pacijenata prilikom zaprimanja u bolnicu pregledavaju i popisuju te se nalaze pod ključem i pacijentima nisu dostupne, dok kontrolu stvari koje su dostupne pacijentima u ormarićima koji su im ostavljeni na korištenje i stvari koje su im možda donesene vrše medicinske sestre svakodnevnim pregledom tih ormarića. Psihijatrijske su ustanove jedine zdravstvene ustanove u kojima je dozvoljeno pušenje, a u ovoj ustanovi pušenje je dozvoljeno u za to predviđenom prostoru – pušioni, s time da zaposlenici pale cigarete pacijentima. Sud je utvrdio kako su zaposlenici te ustanove tek naknadno kontrolirali stvari koje su posjetitelji svim pacijentima mogli donositi, te da osim naknadne kontrole nije bila organizirana bilo kakva druga kontrola posjetitelja koji su dolazili u ustanovu. Sud je zaključio kako je obaveza zdravstvene ustanove onemogućiti pacijente da dođu u posjed zapaljivog sredstva, u konkretnom slučaju svijeće i da se njom izvrši suicid te da je obzirom da je pacijentica dovedena na liječenje upravo zbog pokušaja suicida, zasigurno bilo moguće bolje predvidjeti ponovni pokušaj suicida pa se isti mogao i spriječiti. Zdravstvena je ustanova obitelji morala isplatiti novčanu naknadu zbog nastalog propusta (38). Ostali slučajevi navedeni u Prilogu 3.

5.4.4. Neadekvatno organizirana zdravstvena skrb

Osim toga, neposredni uzrok pokretanja sudskih postupaka pronalazi se i u neadekvatno organiziranoj zdravstvenoj skrbi (dva slučaja). U oba slučaja postupci su pokrenuti protiv cijele zdravstvene ustanove, jer nije bilo moguće s točnošću utvrditi čija je odgovornost za nastali propust. U oba slučaja rezultat propusta bio je letalan ishod pacijenta.

Slučaj 15.

Predmet spora, koji je temeljen na neadekvatno organiziranoj zdravstvenoj zaštiti, je zahtjev za naknadu materijalne i nematerijalne štete zbog smrti bliske osobe, tj. sina tužiteljice, a protiv bolnice kojoj je isti bio povjeren na skrb. Naime, pacijent je bio duševni bolesnik koji se više puta dobrovoljno liječio od psihoze na odjelu psihijatrije tužene bolnice. Privremeno je pušten s odjela psihijatrije, na tzv. adaptacijski vikend u nazočnosti svoje majke (tužiteljice). Međutim,

Hitna medicinska pomoć ga je na zahtjev njegove majke dovezla dan ranije natrag u bolnicu, zbog pogoršanog zdravstvenog stanja te su ga ostavili na prijemnom odjelu bolnice, kod dežurne medicinske sestre. Tijekom prijevoza do bolnice i tijekom boravka na hitnom prijemu nije manifestirao znakove problematičnog ponašanja. No, pacijent je samovoljno napustio bolnicu te na javnoj gradskoj prometnici, na mjestu gdje nije obilježen pješački prijelaz, iznenada istrčao na kolnik te ga je udarilo teretno vozilo. Nakon dva dana je preminuo, a zbog zadobivenih ozljeda u prometnoj nezgodi. Sud je utvrdio kako je majka djelatnike Hitne medicinske pomoći upozorila da se pacijent liječi na odjelu psihijatrije, da je nemiran i da postoji mogućnost da pobjegne iz bolnice. Utvrđeno je da su djelatnici dežurnoj medicinskoj sestri na hitnom prijemu tužene ustanove napomenuli da je se pacijent liječi na odjelu psihijatrije te ga ostavili pred Centralnim prijemom. Utvrđeno je kako je dužnost dežurne medicinske sestre samo daljnje upućivanje pacijenta, odnosno pozivanje drugog medicinskog osoblja (liječnik, medicinska sestra...), ovisno o tipu pacijenta, te da je ona obavijestila svoju kolegicu s odjela psihijatrije da se pacijent vratio s adaptacijskog vikenda. No, pacijent je ostao u Centralnom prijemu bez nadzora jer ga osoblje s psihijatrije nije preuzelo, a Sud je utvrdio i kako su djelatnici Hitne medicinske pomoći mogli izravno s pacijentom otići na odjel psihijatrije, bez potrebe čekanja dežurne medicinske sestre, a kada nisu tako postupili njihova je dužnost bila da vrše pojačan nadzor nad pacijentom. Prvotna presuda je odlučila da je zdravstvena ustanova odgovorna za nastalu štetu jer skrb i briga za duševno zdravlje bolesne osobe koja mu je povjerena na skrb nije bila adekvatno organizirana, odnosno izostao je nadzor nad pacijentom, što je dovelo do letalnog ishoda pacijent. Međutim, revizijom prvostupanjske presude (koju je zdravstvena ustanova zatražila) zaključeno je da pacijent nije pokazivao vidljive manifestacije ponašanja koje bi ukazivale na nužnost poduzimanja mjera radi njegovog prisilnog zadržavanja i ograničenja kretanja kako bi se zaštitio njegov život, zdravlje ili sigurnost (prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama). Osim toga kada bi se i uzelo u obzir da postoje propusti zdravstvene ustanove u nadzoru i čuvanju pacijenta, oni ne bi bili u neposrednoj uzročnoj vezi s nastalom štetnom posljedicom. Te se stoga zdravstvena ustanova oslobodena krivnje za navedeni slučaj. Majka tužitelja podnijela je žalbu na drugostupanjsku presudu te je Vrhovni sud RH vratio slučaj na ponovno suđenje (39, 40). Ostali slučajevi navedeni u Prilogu 4.

5.4.5. Ostali nesavjesni postupci

Slučaj 17.

Zabilježen je i slučaj u kojemu je pacijentica pokrenula sudski postupak protiv zdravstvene ustanove zbog nesigurne okoline, odnosno pada iste pacijentice prilikom tuširanja. No, utvrđeno je kako prilikom tog događaja nije tražila pomoć medicinskog osoblja pri odlasku na tuširanje, a da je uobičajeno da medicinske sestre odvedu roditelju do sanitarnih prostorija samo prvi puta nakon poroda, a kasnije samo na zahtjev pacijentice (koja je već bila samostalno na tuširanju prije neželjenog događaja). Tužiteljica je tijekom postupka isticala kako je do pada došlo zbog nesvjestice izazvane zagušljivošću prostora, i zbog propusta tuženika (bolnice) u održavanju opremljenosti sanitarnog prostora za pacijente. Tužbeni zahtjev tužiteljice za naknadu materijalne i nematerijalne štete je prvostupanjskom i drugostupanjskom presudom Vrhovnog suda u RH odbijen (41).

Slučaj 18.

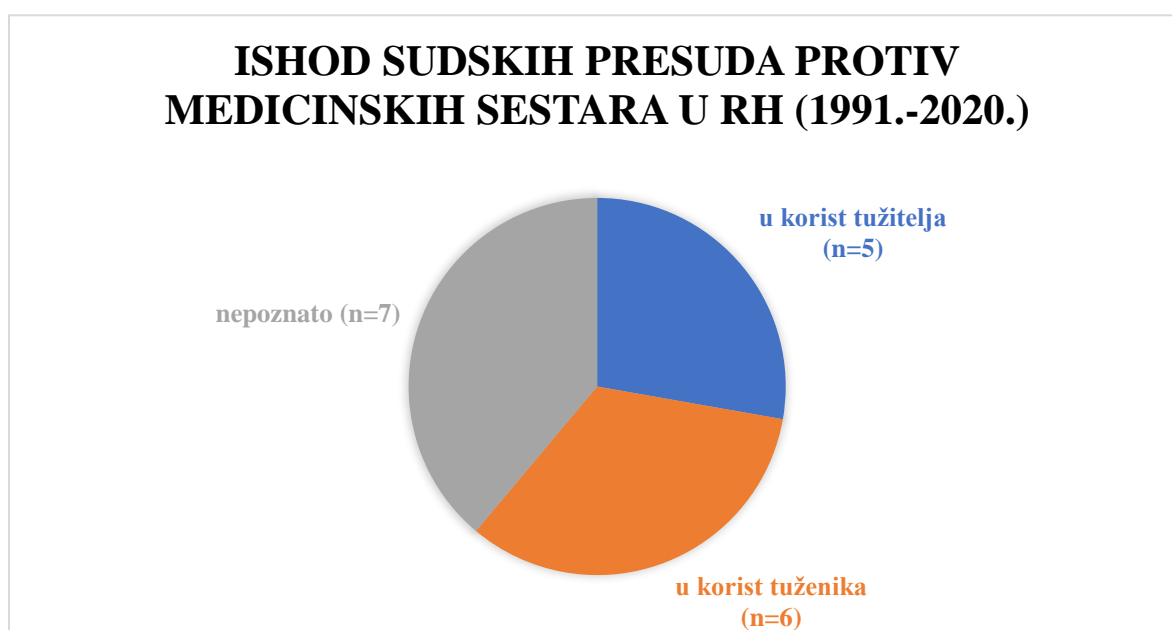
Jedan od slučajeva u kojemu je tužena zdravstvena ustanova, a čiji je povod bio sumnja u neadekvatno korištenje medicinske opreme, je slučaj u kojemu je prilikom dijagnostičke pretrage kolonoskopije došlo do komplikacije, a za koju je pacijentica smatrala da je rezultat propusta medicinskog tima, odnosno nepravilne manipulacije medicinske sestre danom opremom (kolonoskopom). No, Sud je utvrdio da je pretraga učinjena od strane liječničkog tima tuženika specijaliste gastroenterologa i medicinske sestre, koja svojim manipulacijama uvlačenja i izvlačenja aparata nikako ne može utjecati na probijanje stjenke crijeva koja je opisana u otpusnom pismu iz klinike (42).

Slučaj 19.

U jednom slučaju nije jasno definiran nesavjesni postupak medicinske sestre i liječnika, nego je navedeno kako je razlog pokretanja tužbe protiv dvoje liječnika i tri medicinske sestre nesavjesno postupanje istih, koje je rezultiralo pogoršanjem bolesti, odnosno smrtnog ishoda pacijenta koji im je povjeren na skrb. No, Sud je utvrdio kako nema dokaza da su liječnici i medicinske sestre nesavjesno postupali i time prouzročili smrtni ishod (43).

5.5. Ishodi sudskih postupaka protiv medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.

Od 19 analiziranih sudskih postupaka, poznati su ishodi 12 postupaka. Dvije su svrhe u koje su pokretane sudske tužbe: zahtjev za naknadu štete (10 slučajeva) i kaznena odgovornost (devet slučajeva). Od toga šest je presuda doneseno u korist tuženika (medicinske sestre/zdravstvene ustanove) i pet u korist tužitelja, a protiv medicinske sestre/zdravstvene ustanove (Grafikon 2.). Ishodi svih sudskih postupaka još nisu poznati (osam slučajeva) iz više razloga: istraga u tijeku, revizija presude u tijeku i dr.



Grafikon 2. Ishod sudskih postupaka protiv medicinskih sestara u RH (1991.-2020.)

Od ukupno šest slučajeva u kojima je odbijena odgovornost zdravstvene ustanove/medicinske sestre, dva spadaju u kategoriju neadekvatnog nadzora nad stanjem pacijenta, jedan spada u kategoriju neadekvatno organizirane zdravstvene skrbi, te po jedan u područje nesigurne okoline, neadekvatnog korištenja opreme i nesavjesnog postupanja (nespecificirano). Od šest slučajeva u kojima je odbijena odgovornost medicinske sestre/zdravstvene ustanove, tri je slučaja završilo letalnim ishodom.

Od ukupno pet presuda u kojima je ustanovljena odgovornost medicinske sestre/zdravstvene ustanove, u tri slučaja medicinske sestre su osuđene na zatvorsku kaznu, dok je u dva slučaja zdravstvena ustanova morala platiti naknadu za materijalnu i nematerijalnu štetu obitelji preminulog pacijenta.

U svih pet slučajeva u kojima je presuda donesena u korist tužitelja, odnosno ustanovljena je odgovornost medicinske sestre/zdravstvene ustanove, pacijent je završio letalnim ishodom. Od navedenih pet slučajeva, dva spadaju u kategoriju nepridržavanja protokola/standarda, dva u neadekvatan nadzor nad pacijentom i jedan u neadekvatnu reakciju na hitno stanje pacijenta.

5.6. Mogući uzroci nesavjesnog postupanja medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj 1991.-2020.

Mogući uzroci neadekvatnog nadzora nad stanjem pacijenta su kriva procjena stanja pacijenta, nedostatak medicinskog osoblja, a u skladu s time i preopterećenost poslom. Kako bi se spriječile ovakve situacije potrebno je poboljšati edukaciju medicinskih sestara kako bi njihova procjena stanja pacijenta bila što točnija, te osigurati broj medicinskih sestara sukladno Pravilniku o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti (44). Osim toga, važno je istaknuti da je medicinska sestra iz *Slučaja 1.* imala ukupno 31 godinu radnog staža u struci, od toga 18 godina u jedinicama intenzivnog liječenja (gdje se dogodio propust) te nije moguće reći kako je neznanje i neiskustvo uzrok propusta u nadzoru nad pacijenticom.

Uzrok nereagiranja za hitno stanje pacijenta također je moguće u krivoj procjeni stanja pacijenta, kao i u nedostatku medicinskog osoblja, zbog kojeg reakcija na akutno zbivanje nije bila adekvatna ili je u potpunosti izostala. Intervencije koje bi mogle doprinijeti prevenciji ovakvih situacija također su dodatna edukacija medicinskih sestara, praćenje protokola/standarda za skrb pacijenata u području hitne medicine, kao i osiguranje dostatnog broja medicinskih sestara kako je navedeno u prethodnom odlomku.

Uzrok neorganiziranosti u zdravstvenoj ustanovi prvenstveno je u nedostatku standarda/protokola u zdravstvenim ustanovama u kojima se događaj dogodio jer je u slučaju postojanja protokola/standarda jasno definirano tko je za koji zadatak zadužen i u kojem trenutku.

Mogući uzroci nepridržavanja standarda/protokola u radu medicinskih sestara su neadekvatni uvjeti rada (nedovoljan broj osoblja, neadekvatna oprema za rad i slično), i nepoznavanje postojećih standarda/protokola. Obzirom da je analizom zasad poznatih ishoda sudskih postupaka zbog nepridržavanja standarda/protokola odgovornost medicinske sestre ustanovljena u 100% slučajeva (bez obzira na izuzetno mali uzorak) izuzetno je važno pridržavanje već definiranih protokola i standarda, te je stoga važno dodatno educirati medicinske sestre o istima, kao i o važnosti njihove primjene.

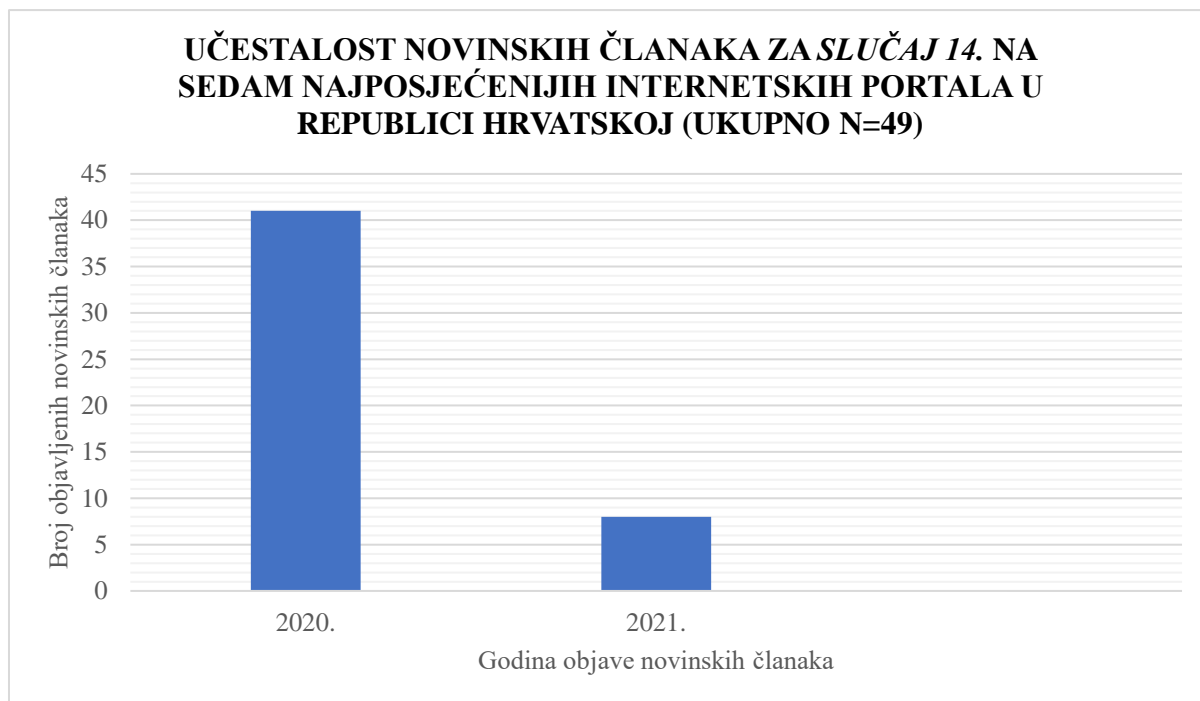
Potrebno je težiti što većoj standardizaciji rada medicinskih sestara i poticanju na njihovu što veću implementaciju u svakodnevnom radu, kako bi se povećala sigurnost pacijenta.

5.7. Sudske tužbe protiv medicinskih sestara u medijima Republike Hrvatske

Pregledom pojma „medicinska sestra“ na sedam najposjećenijih Internet portala u Hrvatskoj (Index.hr, 24sata online, Jutarnji online, Dnevnik online, Net.hr, Tportal.hr i Večernji online) izdvojeni su naslovi koji se odnose na jedan od 19 analiziranih slučajeva u ovom radu (45).

Dva su se slučaja vrlo često spominjala na navedenim portalima. Prvi je slučaj primjene medicinskog benzina intravenski u Općoj bolnici u Čakovcu (49 puta) – *Slučaj 14*, drugi je slučaj iz Metkovića gdje je dječak preminuo uslijed neadekvatne reakcije na njegovo hitno stanje (40 puta) – *Slučaj 10* (46-52).

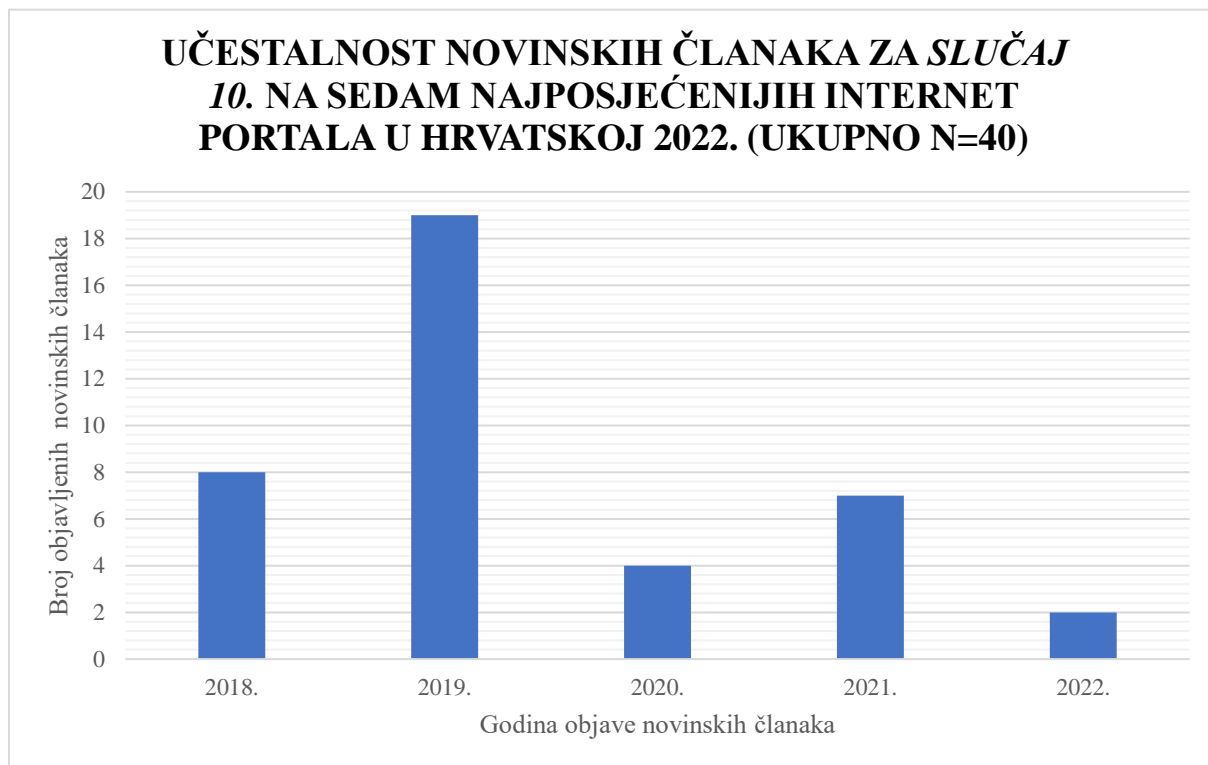
Dana 29. rujna 2020. dogodio se propust na hemodijalizi Opće bolnice u Čakovcu, kada je prvostupnica sestrinstva prilikom odvajanja pacijenta s aparata za hemodijalizu pacijentu u centralni venski kateter ubrizgala medicinski benzin umjesto fiziološke otopine što je završilo letalnim ishodom. Već sutradan slučaj je objavljen u medijima, te se na internetskim portalima u Hrvatskoj navedeni slučaj spominjao do 10. srpnja 2021. Obzirom da presuda slučaja još nije donesena, za očekivati je kako će slučaj ponovno biti zastupljen u medijima RH nakon donesene presude. Ovaj slučaj nesavjesnog postupanja medicinske sestre u medijima se spominjao kroz dvije godine, kroz 2020. godinu uglavnom se pisalo o samom nastanku neželjenog događaja, o uvjetima u kojima je medicinska sestra radila (zaštitna oprema zbog samoizolacije pacijenta), o izjavama stručnih osoba kao i izjavama obitelji o posljedicama s kojima se nose zbog nastalog događaja, a također su i zaposlenici i Sindikat u nekim člancima istaknuli nedostatak medicinskih sestara u ustanovi i preopterećenje osoblja. Iduće godine (2021.) u medijima se spominje kako je podignuta optužnica protiv medicinske sestre te „da joj prijete 8 godina zatvora“ (Tablica 1.). Slučaj je u medijima bio najzastupljeniji 2020. godine, kada se i dogodio (41 puta od ukupno 49), dok se u 2021. godini slučaj spominjao osam puta, prenoseći istu vijest (Grafikon 3.). Slučaj se u 2022. godini (do kolovoza) još nije spominjao na navedenim Internet portalima, no za očekivati je da će se s napredovanjem sudskog postupka ponovno biti aktivan u medijima (46-52).



Grafikon 3. Učestalost novinskih članaka za Slučaj 14. na sedam najposjećenijih Internetskih portala u Republici Hrvatskoj (2022. godine) (46-52)

Dana 9. i 10. prosinca 2018. dogodili su se propusti koji su doveli do pokretanja optužnice protiv tri liječnice i jedne medicinske sestre. Naime roditelji djeteta su u dva puta u dva dana doveli Zavod za hitnu medicinu Dubrovačko-neretvanske županije (ispostava Metković), te su ih oba dana poslali kući na kućno liječenje. Nakon toga ih je treća liječnica uputila kod pedijatra, gdje se tereti medicinsku sestru pedijatrijske ambulante da nije provela standardizirani postupak procjene stanja djeteta dovedenog u čekaonicu i prepoznala teško zdravstveno stanje djeteta i da je već životno ugrožen, niti obavijestila liječnika te je dijete unatoč naknadnoj hospitalizaciji u KBC-u Split i poduzetom intenzivnom liječenju preminulo. Slučaj se već pet godina spominje u medijima RH. Samo četiri dana nakon nesretnog događaja slučaj je izašao u medije, gdje su se spominjale okolnosti događaja te se prozivalo Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2018. i 2019. godina). Zatim se sredinom 2020. godine pisalo kako je pokrenuta istraga, a početkom 2021. godine kako je podignuta optužnica protiv tri liječnice i jedne medicinske sestre, a sredinom 2022. godine da je optužnica potvrđena (Tablica 2.). Obzirom da se nesretni događaj dogodio u prosincu 2018. godine, najviše se u medijima spominjao tijekom 2019. godine (19 puta), zatim 2018. godine (osam puta), 2019. godine kada je potvrđena optužnica (sedam puta), 2020. godine kada je pokrenuta istraga (četiri puta) te 2022. godine (dva puta) kada je optužnica potvrđena (Grafikon 4.). Za

pretpostaviti je kako će slučaj opet biti aktivan u medijima kako sudski postupak bude napredovao (46-52).



Grafikon 4. Učestalost novinskih članaka za *Slučaj 10.* na sedam najposjećenijih Internetskih portala u Republici Hrvatskoj (2022. godine) (46-52)

Na spomenutim Internet portalima je zabilježena jedna vijest o slučaju kada tri medicinske sestre nisu reagirale na hitno stanje pacijenta na Hitnom prijemu (*Slučaj 7.*), navodeći kako on nije njihov pacijent, a naslov koji je govorio o tomu slučaju glasio je „Tri se medicinske sestre oglušile na vapaje za pomoć pacijentu“, a objavljena je 21. ožujka 2010. godine (46-52).

U navedenim medijima je zabilježen i slučaj kada medicinska sestra i liječnica nisu adekvatno reagirale na poziv majke 11-godišnjakinje o hitnom stanju njezinog djeteta te je posljedično nesavjesnom postupanju dijete preminulo (*Slučaj 7.*). Na sedam najposjećenijih internetskih portala RH nakon nesretnog događaja zabilježeni su slijedeći naslovi: „Zbog nepružanja pomoći 11-godišnjoj djevojčici uhićene liječnica i medicinska sestra“ (4. studenog 2005.), „Privedene dvije djelatnice hitne pomoći iz križevaca“ (4. studenog 2005.) te „Suđenje liječnici i sestri zbog smrti djevojčice“ (21. studenog 2006.). Nakon donesene presude ponovno se u medijima spominjao navedeni slučaj pod slijedećim naslovima: „Liječnici i sestri križevačke Hitne pomoći po 18 mjeseci zatvora“ (25. siječnja 2007.) te

„Medicinske sestre stale u obranu kolegice osuđene zbog smrti 11-godišnje djevojčice“ (26. siječnja 2007.) (46-52).

U medijima je zabilježen *Slučaj 19.*, gdje je više medicinskih djelatnika optuženo za nesavjesno liječenje. Naime u medije je izašla obitelj preminulog pacijenta i pacijent koji je s preminulim dijelio sobu u bolnici, a zabilježeni su slijedeći naslovi: „Muškarac u Vinkovcima umro u mukama, ministar tvrdi kako nije bilo propusta u liječenju“ (31. srpnja 2017.), „U Vinkovcima umro u mukama; Kujundžić: 'Nije bilo propusta'“ (31. srpnja 2017.) i „U pismu izneseni šokantni detalji iz bolnice: "Samo želim znati zašto sam izgubio brata““ (8. kolovoza 2017) (46-48).

U medijima je zabilježen i slučaj kada je pacijentici prilikom carskog reza u Poliklinici Podobnik u trbušnoj šupljini ostavljena gaza (srpanj 2008. godine), prema navodu medija medicinska sestra instrumentarka je zbog toga na Općinskom kaznenom sudu u Zagrebu osuđena godinu i pol uvjetne kazne zatvora, uz rok kušnje od četiri godine. Naime, medicinsku sestru se tereti da je zaboravila prebrojati i usporediti potrošene gaze s ukupnim brojem pripremljenih gaza za operaciju. Ovaj nesavjesni postupak je kod pacijentice doveo do infekcije te je posljedično morala biti podvrgnuta još dvije operacije (48,52). Pretraživanjem sudske prakse nije pronađen nikakav službeni dokument koji bi svjedočio ovom slučaju, stoga slučaj nije uzet u analizu nesavjesnog postupanja u sestrinstvu.

U medijima je zabilježen i slučaj kada je, dana 7. lipnja 2021. godine, medicinskoj sestri i vozaču, kao djelatnicima službe sanitetskog prijevoza, ispred jedne ustanove u Rijeci pacijent pao s transportnih kolica, zadobio po život opasne ozljede od kojih je preminuo idućeg dana. U medijima se zatim pisalo kako su oboje osumnjičenih dali otkaze. Naime, na stranicama DORH-a objavljeno je priopćenje 27. svibnja 2022. o pokretanju optužnice protiv dvoje državljana RH zbog navedenog kaznenog djela, no budući da u priopćenju nije navedeno radi li se uistinu o medicinskoj sestri, slučaj također nije uzet u analizu (46-53).

Zabilježen je jedan članak iz 2005. godine, koji navodi kako je medicinska sestra Dječjeg odjela Opće bolnice u Virovitici, 25. kolovoza, nehotično sedmomjesečnom djetetu medicinskim škarama odrezala dio prsta prilikom odspajanja infuzije, budući da je infuzijski sistem bio zalijepljen za dječakove prste. U članku je navedeno kako će medicinska sestra biti kazнено prijavljena Općinskom državnom odvjetništvu u Virovitici zbog kaznenog djela nesavjesnog liječenja (44). Pretraživanjem sudske prakse nije pronađen nikakav službeni dokument koji bi svjedočio ovom slučaju, stoga slučaj nije uzet u analizu nesavjesnog postupanja u sestrinstvu.

6. UTVRĐIVANJE KRIVNJE MEDICINSKE SESTRE U AMERIČKOM PRAVNOM SUSTAVU

Medicinske sestre nisu često tužene za nesavjesno liječenje, ali kada se to dogodi, važno je da budu svjesne što osoba koja ih tuži mora dokazati da bi tužba bila uspješna (10).

Prema američkom pravnom sustavu, kako bi se sudska tužba protiv medicinske sestre zbog nesavjesnog postupanja presudila u korist tužitelja, on mora dokazati dužnost, kršenje dužnosti, uzročnu vezu i štetu. Najsloženiji element je uzročnost (54).

Ključni je slijedeći koncept za utvrđivanju krivnje medicinske sestre. Stranke koje tuže moraju dokazati da je pružatelj usluga kojeg tuže imao dužnost prema pacijentu, da je pružatelj prekršio tu dužnost i da je kršenje te dužnosti uzrok stvarne štete pacijentu (1, 10).

„Od obučene medicinske sestre se zahtijeva da posjeduje uobičajenu vještinu i znanje te da postupa uobičajeno pažljivo i marljivo u svim uvjetima, a kada se od nje zahtijeva da koristi vlastitu prosudbu mora koristiti svoju najbolju prosudbu.“ - Walter H. Saunders, 1905. (10).

Svaka stranka koja podnosi tužbu mora moći dokazati da su njegovi interesi povrijeđeni te tako uopće dati razlog za izlazak pred sud. Osoba koja podnosi tužbu naziva se tužitelj. U zdravstvenom sustavu to može biti pacijent ili osoba koja djeluje u ime pacijenta (ukoliko je pacijent umro, maloljetan je ili drugi razlozi zbog kojih pacijent nije sposoban samostalno pokrenuti tužbu). S druge strane, strana protiv koje se podiže optužnica naziva se tuženik (10). Većina optužnica protiv nesavjesnog liječenja usmjerena je protiv liječnika, kirurga ili bolnice, iako i medicinske sestre također mogu biti imenovane. Sudske tužbe zbog nesavjesnog liječenja, koje se odnose na njegu, uglavnom navode poslodavca kao tuženika (10).

Poslodavci se mogu smatrati odgovornima za postupanje svojih zaposlenika prema teoriji *Respondeat superior*, što znači „neka gospodar odgovara“, a temelji se na konceptu da je gospodar odgovoran za postupke sluga. Tako se primjerice bolnica može smatrati posredno odgovornom za nemar koji su počinile medicinske sestre kao njegovi zaposlenici. Poslodavci medicinskih sestara mogu se smatrati odgovornima za postupke svojih zaposlenika u slijedeće tri situacije: medicinska sestra djeluje u okviru svog radnog mjesta, nesavjesne radnje dogodile su se tijekom trajanja i u djelokrugu radnog odnosa medicinske sestre i radnje medicinske sestre bile su u korist interesa poslodavca (10).

Sudske tužbe za nesavjesno postupanje medicinskih sestara općenito češće imenuju poslodavce kod kojih su zaposlene jer je vjerojatnije da će poslodavci moći platiti štetu nego medicinske sestre. U slučajevima kada medicinska sestra djeluje izvan svojih kompetencija, odnosno opsega svog posla, poslodavac se moguće neće smatrati odgovornim. Također se poslodavac

neće smatrati odgovorim ako medicinska sestra prekrši politiku poslodavca, prekrši zakon, radi izvan svojih kompetencija ili radi za svoju osobnu korist. U navedenim slučajevima poslodavac neće imati obavezu zastupati ili braniti medicinsku sestru u sudskom postupku (10).

6.1. Dokazivanje dužnosti

Iako medicinske sestre imaju etičke i moralne dužnosti prema pacijentima, tužbe zbog nesavjesnog liječenja odnose se na zakonske obveze koje medicinske sestre imaju prema pacijentima. Da bi sudski postupak protiv medicinske sestre uspio mora postojati dužnost u odnosu medicinska sestra – pacijent. Medicinske sestre dužne su pridržavati se standarda skrbi u pružanju skrbi pacijentima, a ako nije uspostavljen odnos medicinska sestra-pacijent, ona općenito nema obavezu prema pacijentu. Slučaj iz 2013. godine, iz Texasa, jasno objašnjava taj koncept (10).

Naime, dr. Gibson zaprimio je pacijenta Richarda Estradu u bolnicu te zatražio pulmološki pregled od dežurne pulmologinje dr. Tan. Ercarnacion Mijares je medicinska sestra koja je radila za dr. Tan i primala pacijente dr. Tan. Tako je primila poziv od medicinske sestre pacijenta Estrade sa zahtjevom za pulmološkim pregledom. Mijares je rekla da dr. Tan ne prima pozive te da ga pokriva dr. Haji, kojeg je iz pristojnosti nazvala i obavijestila ga o zahtjevu za konzultacije. Prenijela mu dosadašnje medicinske podatke o pacijentu Estradi te zapisala usmene naredbe dr. Haija u pacijentovu dokumentaciju. Nikada više nakon toga nije bila uključena u skrb za navedenog pacijenta. Međutim, dr. Gibson otpustio je pacijenta Mijaresa iz bolnice, koji je otprilike pet tjedana po otpustu umro od srčanog udara. Pacijentova supruga pokrenula je tužbu protiv dr. Gibsona, dr. Haija, dr. Tana i medicinske sestre Mijares. Razlog tužbe je bila tvrdnja tužitelja kako su tuženici morali znati da je pacijent bio u opasnosti od koronarne bolesti te da su ga iz nemara propustili dijagnosticirati i liječiti. Medicinska je sestra tražila je da se postupak protiv nje zaustavi jer ona sa suprugom gđe. Estrada nije bila u odnosu medicinska sestra-pacijent. Prvostupanjski sud odobrio je taj zahtjev, ali se tužiteljica žalila na tu odluku, tvrdeći da nije dokazano nepostojanje tog odnosa i da je medicinska sestra imala dužnost prema njenom suprugom jer je posjedovala licencu za medicinsku sestru. Sud je taj argument odbacio jer je smatrao da sama prisutnost profesionalne licence ne stvara odnos medicinska sestra-pacijent, niti dodjeljuje dužnost (10).

Sud se pozvao na slučaj, u kojem je dežurni liječnik također tvrdio da nije postojao odnos između liječnika i pacijenta koji bi pokrenuo dužnost. Naime postavlja se pitanje je li dežurni

liječnik s kojim se konzultirao liječnik hitne medicinske pomoći uspostavio odnos liječnik-pacijent izrazivši svoje mišljenje da se pacijent premjesti u drugu ustanovu, a ako nije je li liječnik imao dužnosti izvan tog odnosa. Sud je u tom slučaju smatrao da stručnjaci nemaju dužnost prema svakoj osobi s kojom se susreću, da dužnost "proizlazi iz sporazumnog odnosa između pacijenta i liječnika", te da ne može postojati dužnost ako taj odnos nije uspostavljen (10, 55).

Definiranje dužnosti prvi je element tužbe, te ju je potrebno utvrditi prije nego se utvrde ostali elementi. U većini slučajeva, to se odnosi na medicinske sestre koje pružaju zdravstvenu njegu pacijentima. No, u nekim slučajevima nije u potpunosti jasno postoji li dužnost medicinske sestre, što je potrebno utvrditi prije nego tužba ide u daljnje utvrđivanje odgovornosti i krivnje (10).

6.1.1. Dužnost razumne skrbi

Dužnost, tzv. razumne skrbi (eng. *duty of reasonable care*) odnosi se na obavezu medicinskih sestara da se pridržavaju važećih standarda prakse. To podrazumijeva praćenje organizacijske politike i ograničavanje aktivnosti na praksu za koju su medicinske sestre ovlaštene, a što je definirano državnim aktom o praksi i organizacijskim politikama. Medicinske sestre imaju zakonsku obavezu biti sposobne za rad, što se odnosi na fizičku, mentalnu i moralnu sposobnost. Kada medicinske sestre ne ispunjavaju ove profesionalne obaveze smatra se da su prekršile svoje dužnosti prema pacijentima (10).

6.1.2. Dužnost spašavanja

Iako zdravstveni djelatnici općenito nemaju obvezu pružanja usluga svim ljudima samo na temelju posjedovanja licence, postoje slučajevi u kojima imaju obvezu pružanja pomoći. Prema običajnom pravu medicinske sestre imaju dužnost pomoći osobi u slijedeća tri slučaja: kada je medicinska sestra sama stvorila opasnu situaciju iz koje osoba mora biti spašena, tj kada je nemarom medicinske sestre stvorena opasna situacija; kada je medicinska sestra već započela pomagati osobi te stoga druge osobe možda neće intervenirati jer vide da je medicinska sestra započela pružanje pomoći, što zahtjeva od medicinske sestre da započeto spašavanje i završi; medicinska sestra je u posebnom odnosu s osobom u potrebi što joj stvara dužnost (10).

Poseban odnos postoji kada je jedan pojedinac ovisan o drugome. Odnos supružnik-supružnik ili roditelj-dijete poseban je odnos, kao i odnos poslodavac-medicinska sestra. Ovi odnosi nameću dužnost spašavanja. Medicinske sestre koje su odgovorne za nastalu opasnost za osobu ili koje su već počele pružati pomoć može se smatrati da imaju dužnost djelovanja u posebnim odnosima. Ako je ta posebna dužnost izostala, medicinska sestra ne može se smatrati odgovornom. Iako se u slučaju nedjelovanja može tvrditi da medicinska sestra ima moralnu i etičku dužnost, nema odgovornosti osim ako ne postoji zakonski definirana dužnost da djeluje. Država medicinsku sestru neće smatrati odgovornom osim ako nije imala poseban odnos s oštećenom stranom. Primjer koji objašnjava posebnu dužnost je jedan slučaj iz New Yorka, a predmet sudske tužbe je nemar djelatnika hitne medicinske pomoći. Naime, radnica jednog restorana bila je u šestom mjesecu trudnoće, bolovala je od astme i imala je teškoće disanja. Njezin kolega je prišao dvojici medicinskih tehničara koji su u to vrijeme bili u restoranu, ali oni nisu reagirali na njihov zahtjev za pomoći te je jedan od tehničara nazvao 911 i zatražio hitnu medicinsku pomoć. Tada su tehničari napustili restoran. Čekajući hitnu oštećena radnica je izgubila svijest i prestala disati. Hitna medicinska pomoć stigla je nakon 15ak minuta, ali ju nisu uspjeli reanimirati. Dijete je rođeno hitnim carskim rezom, no i ono je također umrlo. Obitelj oštećene podnijela je tužbu tvrdeći da su djelatnici hitne medicinske službe uzrokovali smrt jer nisu pružili medicinsku pomoć, što je njihova službena dužnost. Tuženici su tvrdili kako se oni ne mogu smatrati odgovornima jer nisu imali posebne obaveze prema preminuloj osobi. Prvostupanjski sud odbio je optužnicu, a obitelj se žalila na tu odluku. No Žalbeni sud utvrdio je da hitna medicinska pomoć ne može biti optužena za nemar osim ako ta ista hitna nije imala posebnu dužnost prema ozlijeđenoj osobi, te je tako potvrdio nižestupanjsku odluku navodeći "Bez obveze koja se odnosi izravno na ozlijeđenu osobu, ne može postojati odgovornost za štetu, koliko god nepažljivo bilo ponašanje ili šteta predvidljiva." (10).

Pojedine su američke države donijele zakone koje nameću dužnost pružanja pomoći ljudima u potrebi. Ti zakoni mogu zahtijevati obavještanje nadležnih službi ili pozivanje pomoći, ali razlikuju se u dužnostima koje nameću. Primjer takvog zakona je Zakon o dobrom Samarićanu (Minnesota) koji navodi dužnost pomaganja, a definira ju na slijedeći način: „Osoba na mjestu izvanrednog događaja koja zna da je druga osoba izložena ili je pretrpjela tešku tjelesnu ozljedu dužna je, u mjeri u kojoj to može učiniti bez opasnosti za sebe ili druge, pružiti razumnu pomoć izloženoj osobi. Razumna pomoć može uključivati dobivanje ili pokušaj dobivanja pomoći od organa za provođenje zakona ili medicinskog osoblja. Osoba koja prekrši ovu pododredbu počinut će laki prekršaj.“ (10).

U radnom okruženju medicinska sestra ima dužnost prema pacijentu kada prihvati odgovornost za pacijenta i uspostavi odnos medicinska sestra-pacijent. To je trenutak kada prihvati izvješće od druge medicinske sestre (primopredaja službe). Izvan radnog okruženja, odnos medicinske sestre i pacijenta nastaje kada medicinska sestra dobrovoljno ponudi svoje usluge. Bez obzira je li pacijent dodijeljen ili medicinska sestra volonterski pomaže, uspostavlja se odnos medicinska sestra-pacijent, stvarajući dužnost prema osobi koja prima njegu (10). To je dužnost koja zahtjeva biti oprezan, paziti i ne naštetiti pacijentu neopreznim radnjama i propustima (1). Dužnost medicinska sestra može uspostaviti na više načina. Medicinske sestre imaju dužnost razumne skrbi prema svim pacijentima kojima pružaju zdravstvenu njegu. No, trebaju biti svjesne kako imaju dužnost i u nekim drugim okolnostima. Medicinske sestre trebaju biti svjesne da tijekom dežurstava ili supervizije nad drugim osobama (radnici, studenti, učenici) također imaju dužnost prema pacijentima, čak i u nedostatku izričitog odnosa medicinska sestra-pacijent. Medicinske sestre trebaju biti svjesne i da se odnos medicinska sestra-pacijent uspostavlja nakon prihvaćanja odgovornosti za pacijenta (primopredaja službe). Važno je biti upoznat s time postoji li dužnost spašavanja u državi i ako postoji što ona zahtijeva. Kao zaposlenik ustanove potrebno se pridržavati organizacijskih politika i procedura kako bi se oslobodio odgovornosti za nesavjesno postupanje (10).

6.2. Kršenje dužnosti

Kada je ustanovljeno da je medicinska sestra imala dužnost prema tužitelju, medicinska sestra mora dokazati kako su njeni postupci u skladu s prihvatljivim standardima prakse, dok tužitelj pokušava dokazati da je ona prekršila svoju dužnost prema njemu, odnosno da je pružena njega pala ispod standarda propisanog zakonom te da je rezultat nemara (1, 56)

U slučaju nesavjesnog postupanja (nemara) medicinske sestre, tužitelj mora dokazati da medicinska sestra nije ispunila dužnost razumne skrbi prema pacijentu. U slučaju profesionalnog nemara potrebni su medicinski stručnjaci (vještaci) koji bi pomogli poroti objasniti situaciju s medicinskog aspekta. Uspjeh tužitelja u utvrđivanju nesavjesnog liječenja uvelike je u medicinskom vještaku kojeg odabere. Kada se podnese tužba, te se ista tuženiku dostavi, tuženik će iznijeti dio svoje obrane i postaviti zahtjeve, od kojih će jedan biti da tužitelj dostavi popis podataka o prirodi tužbe jer nije dovoljno navesti da tuženik nije pružio odgovarajuću pomoć pacijentu, nego je potrebno specificirati propuste koji su u skrbi za pacijenta učinjeni. Tuženici moraju znati za koja odstupanja od standarda ih se tereti. Kako bi

se smanjio broj neozbiljnih sudskih postupaka, potrebno je procijeniti ima li u tužbi uopće temelja za daljnje procesuiranje slučaja (56).

Kao primjer može se uzeti slučaj u kojemu je tužitelj (pacijent) tužio bolnicu zbog neadekvatnog sprječavanja pada. Naime, pacijent je zaprimljen u bolnicu zbog posljedica pada s drugog kata na poslu. Nakon što je završeno liječenje u toj bolnici, premješten je u drugu bolnicu na rehabilitaciju. Tijekom boravka u toj ustanovi je pao s kreveta zbog čega je bilo potrebno poduzeti dodatne medicinske intervencije. Pacijent i njegova obitelj pokrenuli su tužbu protiv bolnice zbog neadekvatnog djelovanja u sprječavanju pada i zbog neadekvatnog liječenja nakon pada. Prvostupanjski sud odbio je optužnicu jer izvješće ne ispunjava zahtjeve za raspravu o standardu skrbi, kršenju i uzročnoj vezi, osim toga u optužnici nisu navedene specifičnosti koje je tužitelj doveo u pitanje te stoga nije postojala osnova za donošenje zaključka kako je zahtjev tužitelja osnovan. Nakon više revizija (zatraženih od tužitelja i tuženika), Vrhovni sud odbacio je optužnicu jer tužitelj nije precizirao način na koji je prekršen standard skrbi, nego je naveo kako mjere za sprječavanje pada nisu bile adekvatne (56).

Prilikom utvrđivanja krivnje važna je identifikacija standarda skrbi, odnosno je li optuženik prekršio svoje dužnosti prema pacijentu, što se ne može utvrditi bez konkretnih informacija o tome što je optuženik trebao učiniti drugačije (56).

6.2.1. Evaluacija standarda skrbi

Kako bi dokazao da je medicinska sestra prekršila svoju dužnost prema pacijentu, tužitelj mora dokazati da je odstupila od prihvatljive prakse. Standardna praksa pruža osnovu za dokazivanje propusta medicinske sestre, u smislu odstupanja od iste. Standard razumne skrbi je vještina i briga koju obično posjeduju i provode medicinske sestre, no važno je napomenuti kako na nacionalnoj razini svaka država ima svoj standard skrbi, odnosno uobičajenu praksu. Tužitelj nastoji dokazati kako bi razumna i savjesna medicinska sestra postupila u istim okolnostima te dokazati da je tužena medicinska sestra od tog standarda odstupila. On nastoji dokazati da je tužena medicinska sestra učinila nešto (čin počinjenja), ili propustila učiniti nešto (čin propusta), što druga odgovorna i savjesna medicinska sestra ne bi učinila (56).

Kao primjer ističe se sljedeći slučaj. Pacijentica je 87-godišnja žena koja je primljena u bolnicu sa simptomima vrtoglavice, mučnine, nestabilnog hoda, povremenog nejasnog govora, koja je toga dana kod kuće četiri puta pala. Po prijemu u bolnicu medicinska je sestra ustanovila kako pacijentica ima visok rizik za pad te poduzela mjere prevencije pada koje su uključivale držanje

kreveta na najnižoj razini, davanje uputa o korištenju sustava za pozvati pomoć, stavljanje ormarića uz krevet, podizanje zaštitne ogradice, smještanje pacijentice u blizini sestrinske sobe gdje ju se moglo promatrati. Bolnica je imala usvojenu politiku prevencije pada, koja je zahtijevala korištenje formalnog sustava bodovanja za procjenu rizika za pad. Medicinska sestra je po prijemu pacijentice identificirala rizik za pad kod pacijentice, ali nije koristila alat za bodovanje kako bi to učinila. Pacijentica je nakon nekoliko dana od prijema pronađena u kupaonici na podu. Kroz nekoliko dana preminula je od posljedica intrakranijalnog krvarenja izazvanog padom u kupaonici, a koje je bilo pojačano terapijom antikoagulansima. Obitelj pacijentice pokrenula je tužbu protiv bolnice zbog nesavjesnog liječenja medicinskih sestara, smatrajući da su mjere prevencije pada bile neadekvatne, da se medicinske sestre nisu pridržavale politike bolnice za prevenciju pada te da je standard skrbi od medicinskih sestara zahtijevao da koriste alarme uz krevet (koji tada nisu radili) te da uvedu puno jači nadzor nad pacijenticom. Obrana bolnice temeljila se na nacionalnim pravilnicima za sigurnost pacijenta, tvrdeći kako organizacijska politika nije zahtijevala alarme za krevet te da bez obzira što medicinske sestre nisu koristile formalni alat za procjenu rizika za pad, jasno su rizik identificirale. Sud je odbio odluku navodeći kako tužitelj nije dokazao nepoštivanje standarda skrbi (56).

Na suđenju za nesavjesno postupanje u zdravstvu izrazito je važno mišljenje vještaka koji iznosi temeljne znanstvene i tehničke aspekte slučaja, a koji time pomaže porotnicima (koji nisu medicinske struke) bolje razumjeti slučaj, na način da tumači medicinski aspekt slučaja (56).

U pojedinim američkim državama u sudskih tužbama protiv medicinskih sestara za nesavjesno postupanje kao sudske vještake prihvaćaju se samo medicinske sestre, dok neke dopuštaju i drugim zanimanjima (osobito liječnicima) da svjedoče kao stručnjaci za zdravstvenu njegu. Diskutabilna je prikladnost liječnika kao stručnjaka za zdravstvenu njegu, tome svjedoči i slijedeći slučaj. Tome svjedoči sljedeći slučaj. U bolnicu je primljen 74-godišnji pacijent s infekcijom mokraćnog sustava. Medicinska sestra koja je skrbrila za njega izrazila je zabrinutost nadležnom liječniku vezano uz ustajanje iz kreveta, te da pokušava ustati iz kreveta unatoč njezinim uputama, a osim toga postaje i uznemiren. Osim toga, zatražila je od liječnika naručivanje tzv. Posey prsluka³, no liječnik je procijenio kako će prsluk dodatno uznemiriti pacijenta te mu je umjesto toga prepisao lorazepam. Unatoč uputama da ostane u krevetu, korištenju zaštitnih ogradica i davanju lorazepama pacijent je pokušao ustati iz kreveta i prilikom toga pao. Udarivši glavom zadobio je subduralni hematoma. Po oporavku pacijent je

³ Posey prsluk vrsta je medicinskog ograničenja koje se koristi za privezivanje pacijenta na krevet ili stolicu (57).

podnio tužbu protiv liječnika i bolnice, tvrdeći kako ga nisu adekvatno nadzirali, liječili i obuzdali. Vještak tužitelja bio je liječnik koji je svjedočio kako je medicinska sestra odstupila od standarda skrbi jer je trebala riješiti problem hijerarhijski, osigurati osobu koja je pacijenta stalno držati pod nadzorom ili istog premjestiti negdje gdje bi bio pod stalnim nadzorom. No, prvostupanjski sud utvrdio je kako odabrani vještak nije kvalificiran za svjedočenje vezano uz standard sestrinske skrbi. Udruga sudskih odvjetnika Illionisa podnijela je prigovor u prilog tužitelju tvrdeći da "ne postoji ništa što medicinska sestra može učiniti, a što liječnik ne može.", osim toga isticali su kako je navedeni liječnik prikladan svjedočiti kao stručnjak za zdravstvenu njegu jer ima puno iskustva u radu uz medicinske sestre. No, Američko udruženje odvjetnika medicinskih sestara (*The American Association of Nurse Attorneys - TAANA*) podnijelo je prigovor tvrdeći da navedeni liječnik nije kvalificiran kao stručnjak za sestrinstvo samo na temelju iskustva u radu s medicinskim sestrama te da bi prema tome medicinske sestre bile kvalificirane svjedočiti kao vještaci u medicini. Sud je prihvatio pritužbu i presudio kako liječnik nije bio kompetentan svjedočiti o standardu skrbi u sestrinskoj profesiji (56).

Kako bi medicinske sestre dokazale kako su njihovi postupci u skladu sa standardima sestrinske prakse i uvjerile porotu da bi i druga savjesna i razborita medicinska sestra jednako postupila u istim okolnostima važno je pridržavati se organizacijskih politika i procedura (druga rješenja mogu stvoriti odgovornost), imati profesionalnu granicu prema pacijentima, kompetentnost održati kontinuiranom edukacijom, sudjelovanjem u stručnim skupovima, članstvom u strukovnim organizacijama i pretplatom na stručne časopise. Osim toga, izrazito je važno dokumentirati procjenu stanja pacijenta i slijed događaja, posebno obavještanje liječnika o kliničkim problemima kako bi se u slučaju sudskog postupka točno mogao rekonstruirati cijeli događaj (56).

6.3. Dokazivanje uzročnosti

Tužitelj mora dokazati ne samo da je medicinska sestra odstupila od standarda sestrinske prakse već i da je to odstupanje uzrokovalo ozljedu (58).

Zakonom je jasno definirano kako dokazano odstupanje od standarda skrbi, uz nastalu ozljedu, samo po sebi ne utvrđuje uzročnu vezu između to dvoje. Tužitelj mora povezati propuste tuženika sa štetom koja je nastala (58).

Važno je razlikovati stvarni uzrok od neposrednog uzroka. Stvarni uzrok bi značio da ozljeda ne bi nastala da tuženik nije odstupio od standarda skrbi. Ako su ozljede ili šteta rezultat

tuženikovih radnji onda su te radnje stvarni uzrok tih ozljeda ili štete. Neposredni uzrok odnosi se na primarni uzrok ozljede oštećenog, ali ne nužno i jedini uzrok te ozljede/štete. To bi značilo da tužitelj ne bi bio ozlijeđen da nije bilo radnji tuženika, ali da tuženikove radnje možda nisu bile početne ili konačne radnje u nizu događaja. Neposredni uzrok zahtijeva predvidljivost, s time da može postojati više od jednog neposrednog uzroka štete (58).

Kao primjer može se navesti slijedeći slučaj. Pacijent star 34 godine zadobio je ozljedu desnog lista. U bolnici je njegovo stanje napredovalo u razvoj kompartment sindroma i nekroze tkiva što je dovelo od amputacije. Kasnije je pokrenuo tužbu protiv medicinskih sestara za nesavjesno liječenje, a zbog propusta da izvijeste o smanjenom osjetu, pulsu, tjestastom edemu i sve jačoj boli, osim toga odgođena reakcija liječnika na povišenu razinu kreatinin kinaze i gubitak doppler pulsa također su identificirani kao propusti u liječenju. Osim toga, medicinske sestre nisu pokrenule zapovjedni lanac i obavijestile nadležnu medicinsku sestru ili liječnika, osim onih koji nisu reagirali na promjene stanja pacijenta. Vještačenjem je utvrđeno kako su ti propusti neposredni uzrok odgode kirurške intervencije koja bi umanjila pritisak. To odstupanje od standarda uzrokovalo je amputaciju. Bolnica je tvrdila kako su liječnici izveli neadekvatnu operaciju te da čak i da su medicinske sestre ranije reagirale liječnički nemar bio bi jedini neposredni uzrok amputacije. Kašnjenje u prepoznavanju i liječenju kompartment sindroma također je neposredan uzrok amputacije noge, a medicinske sestre su pridonijele tom kašnjenju jer nisu prijavile simptome i pokrenule zapovjedni lanac kada nisu dobile pravovremeni odgovor na svoju zabrinutost (58).

Mišljenje vještaka ne može biti samo nagađanje, već mora biti utemeljeno na dokazima, a mišljenje mora biti izraženo s razumnom sigurnošću (58).

U nekim slučajevima tužitelj se može koristiti teorijom gubitka šanse kako bi dokazao da je tuženikovo odstupanje od standarda skrbi smanjilo vjerojatnost (šansu) za oporavak ili preživljavanje pacijenta (58).

Primjerice, pacijent s Guillain-Barreovim sindromom primljen je u bolnicu kako bi se poboljšao njegov oporavak nakon skoro tri mjeseca provedena u druge dvije ustanove. Sestrinska njega oko pacijenta uključivala je potrebu za respiratornom procjenom i njegu traheostome. Jednog jutra, nakon tri tjedna boravka u ustanovi, pacijent je pronađen bez pulsa i disanja, te je ustanovljena smrt. Supruga pacijenta pokrenula je tužbu protiv ustanove, a vještaci su ustanovili kako su medicinske sestre prekršile standard sestrinske skrbi jer nisu procjenjivale respiratornu funkciju i traheostomu svaka dva sata. Utvrđeno je kako je uzrok smrti plućna kongestija, kongestivno zatajenje srca i smrtonosna aritmija. Kako bi slučaj bio presuđen u korist tužiteljice, bilo je potrebno dokazati da je vjerojatnije nego ne da bi njen suprug preživio da

medicinske sestre nisu prekršile standard sestrinske skrbi. Vještačenjem je ustanovljeno da je pacijent imao izvrsne šanse (80 – 90%) za preživljavanje da je procjena respiratorne funkcije bila obavljena bilo kad prije datuma njegove smrti. Sud je objasnio da je teorija o gubitku šanse zahtijevala dokaz da je prije nemara medicinskih sestara pacijent imao najmanje 51% šanse za preživljavanje. Pacijent je bio lišen šanse za uspješno liječenje. Smanjene šanse za preživljavanje pacijenta vjerojatnije su nego ne rezultat nemara medicinskih sestara. Svrha respiratorne procjene bila bi otkriti plućnu kongestiju, a da su medicinske sestre to učinile na vrijeme, pacijentu bi mogla biti pružena medicinsku skrb koja bi mu spasila život (55).

Tužitelji prilikom suđenja nastoje objasniti dužnost, kršenje dužnosti, do čega je kršenje dužnosti dovelo (uzročnost) i štetu. Najkompleksnije od navedenog jest povući uzročno posljedičnu vezu (55).

Prilikom sudskog postupka tužitelji moraju dokazati ne samo da je medicinska sestra prekršila svoju dužnost, ne postupajući prema standardima sestrinske prakse, već i da je to odstupanje uzrokovalo štetu pacijentu (55).

Standard u tužbama za nesavjesno obavljanje poslova je iznijeti što više dokaza, koji bi pokazali da je vjerojatnije da je odstupanje od standarda sestrinske prakse uzrokovao štetu pacijentu, a za što je u pravilu potreban iskaz vještaka (55).

Kako bi dokazali uzročnost tužitelji moraju dokazati neposredan uzrok (primarni uzrok ozljede pacijenta), ali ne nužno i jedini uzrok te ozljede. Mora postojati prirodan i kontinuiran slijed događaja, neprekinut nikakvim novim uzrokom koji bi doveo do ozljede i bez kojeg ozljeda ne bi nastala (55).

Uzročno-posljedični lanac može se prekinuti ako se neovisni akter umiješa između tuženikovog nemara i ozljede koja je nastala (55).

Činjenica da korelacija ne implicira uzročnost je poznata. Samo zato što dvije varijable imaju statistički odnos jedna s drugom ne znači da je jedna odgovorna za drugu. Na primjer, prodaja sladoleda i šumski požari povezani su jer se oboje češće događaju tijekom ljetnih vrućina. Ali nema uzročnosti; nećete zapaliti komad drveta kad kupite sladoled (55).

Nadalje, mora postojati kontinuirani slijed događaja, neprekinut nikakvim novim uzrokom koji bi uzrokovao ozljedu i bez kojeg se ozljeda ne bi dogodila. No, taj se niz u nekim okolnostima može prekinuti (55).

6.3.1. Interventni čin i nadomjesni uzrok

Nakon što medicinska sestra prekrši svoju dužnost prema pacijentu odstupajući od prihvatljivih standarda skrbi, mogu postojati nove aktivnosti – koje se nazivaju intervenirajućim aktivnostima (eng. *intervening act*) – koje, u kombinaciji s prekršajem medicinske sestre, mogu uzrokovati ozljedu pacijentu. Ako se interventnim aktom medicinska sestra oslobađa odgovornosti, to postaje zamjenski uzrok (55).

Primjerice, ako medicinska sestra ne podigne zaštitnu ogradu na krevetu pacijenta koji je visokorizičan za pad, ona nije slijedila standarde njege te je odgovorna za mogući incident. Međutim, ako je zaštitna ograda spuštena te je neka druga osoba bila u doticaju s pacijentom te je uzrokovala njegov pad, ona više nije odgovorna za nastali incident (55).

Žalbeni sud ističe kako je uzročni lanac prekinut kada neovisni akter intervenira između okrivljenikova nemara i posljedično nastale štete. U takvim slučajevima sud nastoji ustanoviti jesu li aktivnosti koje su uslijedile nakon intervencije okrivljenika predvidljive, je li instrument nanošenja štete pod potpunom kontrolom novog neovisnog aktera i je li novi neovisni akter bio o boljoj poziciji da prevenira nastanak štete od okrivljenika (55).

Sljedeći primjer također jasno prikazuje način na koji interventni čin dovodi do zamjenskog uzroka. Medicinska sestra u bolnici zadužena za preusmjeravanje narkotika iz Sveučilišne bolnice u Indiani pokušala je izvršiti samoubojstvo ubrizgavanjem četiri bočice morfija, a igle je nezačepljene bacila u smeće. Nakon toga je odvedena na u jedinicu hitne medicinske pomoći na liječenje, a korištene igle bez poklopca su također poslone u hitnu, u papirnatu vrećicu. Vrećicu s kontaminiranim iglama druga je medicinska sestra dostavila osiguranju, no igle nikako nisu bile odložene u spremnik za oštre predmete. Istražitelj koji je bio zadužen za istragu narkotika, kada je preuzeo papirnatu vrećicu s kontaminiranim iglama, na jednu se iglu ubo. Medicinska sestra koja je pokušala suicid tvrdila je da ona nije imala nikakvu dužnost prema istražitelju, a čak i da jest, njegov ubod na iglu nije izravno uzrokovan njezinim postupcima. Osim toga drugi zaposlenici (druga medicinska sestra i još jedan istražitelj) nemarno nisu osigurali igle stavljanjem zaštitnog čepa ili slično, što je bio glavni uzrok njegove ozljede. Prvostupanjski je sud odbacio slučaj (55).

Kako bi utvrdili jesu li intervenirajuće radnje nadjačale uzroke, sudovi nastoje utvrditi čimbenike kao što su je li intervenirajuća radnja predvidljiva, je li "instrumentalnost" štete (ovdje vrećica s nezačepljenim iglama) pod potpunom kontrolom aktera koji je intervenirao i je li akter koji intervenira je u boljoj poziciji od izvornog aktera da spriječi štetu. U ovom je slučaju sud utvrdio da su drugi djelatnici (druga medicinska sestra i istražitelj) bolnice bili

posrednici između medicinske sestre koja je pokušala izvršiti suicid i ozljede drugog istražitelja. Utvrđeno je i kako su drugi djelatnici bolnice bili u boljoj poziciji za sprječavanje ubodnog incidenta nego medicinska sestra koja je pokušala suicid. Ta druga dva zaposlenika imala su potpunu kontrolu nad kontaminiranim iglama, a upravo su njihovi postupci izložili tužitelja riziku. Iako je prva medicinska sestra nepropisno odložila igle, to nije bio izravan uzrok ozljede. Intervencije drugo dvoje zaposlenika postale su nadmoćni uzrok, te su tako prvu medicinsku sestru oslobodile odgovornosti (55).

Za dokazivanje krivnje u sudskom postupku uglavnom je potreban sudski vještak, no ako su informacije (npr. o odstupanju od standarda njege) koje porota treba razumljive i laicima može se pristupiti dokazivanju krivnje prema načelu „*res ipsa loquitur*“, što bi značilo „stvari pričaju za sebe“ (55).

U takvom je pristupu potrebno prikazati tri stvari:

1. Šteta koju je tužitelj pretrpio uobičajeno se ne pojavljuje kada nije prisutan nemar.
2. Okrivljenik je imao potpunu kontrolu nad instrumentom štete.
3. Tužitelj nije samostalno pridonio nastanku štete (55).

Primjer nesavjesnog postupanja utvrđen na taj način je ostavljanje predmeta (npr. spužve) u tijelu pacijenta tijekom operativnog zahvata. Tužitelj u tom slučaju utvrđuje slijedeće:

1. Spužve se obično ne ostavljaju u tijelu pacijenta, osim u slučajevima nemara.
2. Operacijski tim imao je potpunu kontrolu nad spužvama.
3. Pacijent nije pridonio da spužva ostane u njegovom tijelu (55).

U tom bi slučaju sud mogao utvrditi nemar medicinskog osoblja (55).

Izrazito je važno zabilježiti zapažanja pacijentovog stanja kako bi se opravdale kliničke odluke te kako bi se pružila odgovarajuća obrana u slučaju sudskih postupaka (55).

6.3.2. Predvidljivost

Test predvidljivosti (eng. *foreseeability*) u slučaju nemara medicinske sestre podrazumijeva odgovaranje na pitanje može li medicinska sestra predvidjeti rizik od štete koju bi svaka medicinska sestra uobičajene vještine, njege i marljivosti predvidjela u sličnim okolnostima (55).

Predvidljivost u tužbi zbog nemara protiv medicinske sestre ne znači da je točna ozljeda koju je zadobio pacijent bila predvidljiva. Od medicinske sestre se očekuje da poduzima mjere opreza samo protiv razumno poznatih rizika (55).

Primjerice, pacijentica je zaprimljena u psihijatrijsku bolnicu sa simptomima psihoze (bizarnim ponašanjem, halucinacijama, iracionalnošću, nedostatkom kontakta sa stvarnošću i uznemirenošću). Bila je smještena u sobu za izolaciju više od tjedan dana, no stanje joj se pogoršalo. Psihijatar je stoga propisao određene antipsihotike, no medicinske sestre su nalog zabilježile tek slijedećeg dana i tada su otkrile kako je lijek nedostupan, no nisu obavijestile nadležnog liječnika kako bi ordinirao drugi lijek te je pacijentica bila tri dana bez antipsihotika. Medicinske sestre također nisu obavijestile psihijatra da pacijentica postaje sve uznemirenija i halucinira. Četvrtog je dana pokušala napustiti sobu i govorila osoblju da čuje glasove koji joj govore da se ozlijedi. Vraćena je u sobu, bez obavljene procjene i terapije, a četiri sata kasnije je pronađena s glavom zaglavljenu između bočne ograde i madraca. Tada je pretrpjela oštećenje mozga koje ju je ostavilo u trajnom polukomatoznom stanju. Obitelj pacijentice pokrenula je tužbu za nemar protiv osoblja bolnice jer su smatrali da pacijenticu u tom stanju nisu smjeli ustaviti u sobu za izolaciju, bez nadzora. Porota je utvrdila kako nije neuobičajeno da psihotični pacijent može uglaviti glavu između madraca i bočne ograde, te da su zaposlenici bolnice trebali predvidjeti da bi se pacijentica mogla ozlijediti ako ostane u sobi bez nadzora s krevetom s čeličnim okvirom te je sud donio presudu u korist tužitelja (55).

6.4. Šteta

Nesavjesno postupanje medicinske sestre pacijentu može uzrokovati razne vrste posljedica za koje pacijenti ili njihovi zastupnici traže naknadu. Šteta koju pacijent pretrpi može biti fizička, emocionalna, financijska, profesionalna, bračna ili kombinacija više njih. Tjelesne posljedice uključuju gubitak funkcije, unakaženost, fizičko ili mentalno oštećenje, pogoršanje postojećih zdravstvenih problema, potrebom za dodatnom medicinskom skrbi i smrt. Ekonomske posljedice uključuju izgubljenu plaću, dodatne medicinske troškove, profesionalnu rehabilitaciju, potrebu za arhitektonskim promjenama u vlastitom domu, potrebu za zapošljavanjem osobe koja će raditi stvari koje tužitelj više nije u mogućnosti obaviti samostalno i gubitak financijske podrške. Emocionalne posljedice uključuju psihološku štetu, emocionalni stres i druge psihičke teškoće. Tužitelji podižu optužnice uglavnom kako bi dobili naknadu za ozljede ili štetu od tuženika, a na taj način traže kompenzaciju izgubljenog.

Utvrđivanje iznosa zahtijeva procjenu vještaka i osobe obučene za analizu i procjenu medicinskih troškova (tzv. planer skrbi za život), kao i subjektivnu procjenu porote. Postoji više kategorija štete. Kompenzacijska (ekonomska) šteta, naziva se i stvarna šteta, predstavlja konkretnu štetu koja se može kvantificirati, a izračunava se objektivno kako bi se tužitelju osigurao iznos novca potreban da nadoknadi izgubljeno (59).

Neekonomsku štetu teže je kvantificirati nego ekonomsku jer ona podrazumijeva ozljede koje nisu izravno povezane s određenim troškovima. Neekonomska šteta je subjektivnija i uključuje emocionalni stres, bol i patnju, gubitak uživanja u životu, oštećenje ugleda i gubitak društva. Većina tužbi zbog nesavjesnog liječenja tražit će ekonomsku i neekonomsku štetu (59).

Kaznene (egzemplatorne) odštete su zapravo nagrade tužitelju, te nisu povezane sa stvarnom ozljedom nego je njihova svrha kažnjavanje optuženika i odvratiti druge od sličnog ponašanja. U slučajevima profesionalne nesavjesnosti tužitelji vrlo rijetko dobivaju kaznenu odštetu jer su iste povezane s izrazitim nemarom, nesmotrenošću, namjernim radnjama ili prevarom (59).

Primjer ovakve odštete je slučaj kada je medicinska sestra pacijentu zabunom dala inzulin. Nakon toga je obavijestila liječnika koji je ordinirao mjerenje glukoze u krvi svaka dva sata te da ga u slučaju određenih vrijednosti obavijesti. Liječnik je ordinirao da se prekine mjerenje glukoze cijelu noć, do jutra. Slijedećeg sutra pacijent je preminuo od posljedica predoziranja inzulinom. Na sudu je istaknuto kako je kći pacijenta medicinskoj sestri napomenula da pacijent nije dijabetičar i da ne uzima inzulin, no ona je ipak aplicirala inzulin te nije potvrdila identitet pacijenta niti je li inzulin ordiniran. Liječnik nije primjereno postupio jer nije pregledao pacijenta te je ordinirao prekid mjerenja glukoze tijekom noći. Navedene činjenice omogućuju kaznenu odštetu. Osim toga, u pacijentovoj dokumentaciji nije bilo informacija o pogrešci prilikom liječenja do četiri mjeseca nakon pacijentove smrti (59).

Namjerno neotkrivanje ovih informacija također može biti indikacija za kaznenu odštetu ako je to bilo u svrhu izbjegavanja tužbe zbog nesavjesnog postupanja. Daljnjom je istragom otkriveno kako je ista medicinska sestra napravila pogrešku u liječenju dva mjeseca prije ovog slučaja. Propust zdravstvene ustanove da uvede sigurnosne mjere i odgovarajuću edukaciju može se smatrati svjesnim zanemarivanjem sigurnosti pacijenta, što također može činiti osnovu za kaznenu odštetu (59).

6.4.1. Usporedni i doprinosni nemar

U SAD-u prilikom sudskih postupaka protiv medicinskih djelatnika moguće je analizirati i tzv. usporedni i doprinosni nemar. Ponekad optuženici mogu tvrditi da je pacijentovo ponašanje

također pridonijelo šteti koju je on doživio. To su primjerice pacijenti koji ne daju točnu povijest bolesti, ne pridržavaju se plana skrbi ili rade one aktivnosti koje pogoršavaju već prisutne zdravstvene probleme. U tom slučaju može se smatrati kako su oni djelomično odgovorni za svoje ozljede. Tuženici moraju dokazati da su i tužitelji odgovorni za dio štete za koji se njih optužuje te se tako može smanjiti ili potpuno ukinuti naknada štete prema tužitelju. Primjer koji svjedoči takvom slučaju je kada je 61-godišnjakinja u Michiganu tri puta bila pregledana u bolnici zbog vrtoglavice. Kasnije je tog istog mjeseca doživjela snažan moždani udar te je umrla nekoliko mjeseci kasnije. Njezin je suprug podnio tužbu protiv liječnika i bolnice, navodeći da nisu prepoznali da je imala tranzitorne ishemijske atake (TIA) koji su nagovijestili moždani udar. Dobio je odštetu, no porota je umanjila taj iznos jer je utvrdila da je 20% štete uzrokovala sama pacijentica neredovitim uzimanjem lijekova za krvni tlak koji su joj bili propisani, odnosno nije uzimala lijekove najmanje godinu dana prije prvog posjeta bolnici (59).

7. ČIMBENICI KOJI UTJEČU NA POVEĆANJE BROJA TUŽBI PROTIV MEDICINSKIH SESTARA

7.1. Kompetencije medicinskih sestara

Tradicionalno su dužnosti medicinskih sestara bile vrlo ograničene. Njihovom se ulogom smatralo provođenje uputa liječnika, ali ne i neovisno prosuđivanje. S napretkom tehnologije i napredovanjem školovanja medicinskih sestara došlo je do proširenja dužnosti medicinskih sestara. Što su veće kompetencije medicinskih sestara veće su mogućnosti pogreške, kao i pokretanja sudskih postupaka zbog nesavjesnog postupanja. Zanimljivo je da su sudovi u Africi spremni na medicinske sestre, prilikom sudskih postupaka za nemar, primijeniti testove kojima je ispituje liječnički profesionalni nemar. Primjer koji tomu svjedoči je kada je medicinska sestra jednogodišnjem dječaku dijagnosticirala malariju te mu stoga dala injekciju klorokina. Međutim, ispostavilo se da je uzrok groznice dječja paraliza te je davanje injekcije klorokina rezultiralo paralizom desne noge pacijenta. Na navedeni slučaj, a kako bi se procijenio nemar medicinske sestre, primijenjen je test uobičajene prakse liječnika te je zaključeno kako bi i većina liječnika postupila isto (60).

Medicinske sestre u podsaharskoj Africi imaju veće odgovornosti za brigu o pacijentima zbog nedostatka liječnika u regiji. U Nigeriji medicinske sestre i primalje čine više od 38% svih zdravstvenih djelatnika, a zbog nedostatka liječnika, medicinske sestre često su jedini zdravstveni djelatnici u ruralnim, primarnim zdravstvenim ustanovama (60).

Pitanje proširene uloge medicinske sestre otvara neke zanimljive pravne točke. Ključno pitanje bilo bi kako bi sud procijenio standard skrbi koji se očekuje u takvom slučaju. U takvim okolnostima može se tražiti medicinski standard skrbi (61).

Medicinska sestra koja obavlja proširenu ulogu, npr. obavljanje endoskopije ili vođenje klinike i provođenje invazivnih internističkih pregleda, postavlja važna pitanja pravnog standarda skrbi. Pitanje koje se tada postavlja je ako je medicinska sestra preuzela medicinske aktivnosti, kako bi se ona promatrala iz perspektive pravnog standarda skrbi u slučaju nemara: kao liječnik ili medicinska sestra. Postoji niz pravnih slučajeva koje bi sud razmatrao, a osnovna premisa je vjerojatno da što više radite, to ste više pravno odgovorni za svoju praksu. U nekim okolnostima može se tražiti medicinski standard skrbi (61).

Uvođenje novih uloga za medicinske sestre naziva se disruptivnom inovacijom u zdravstvu (eng. *disruptive innovation in healthcare*) (62).

U Europi je od 2019. godine ukupno 13 zemalja usvojilo zakone o propisivanju lijekova od strane medicinskih sestara, od kojih se 12 primjenjuje u cijeloj zemlji (Cipar, Danska, Estonija, Finska, Francuska, Irska, Nizozemska, Norveška, Poljska, Španjolska, Švedska, Ujedinjeno Kraljevstvo (UK)) i jedan regionalno, u kantonu Vaud (Švicarska). Osam zemalja usvojilo je zakone od 2010. godine. Opseg prava na propisivanje kretao se od gotovo svih lijekova unutar specijalizacija medicinskih sestara (Irska za medicinske sestre koje propisuju recepte, Nizozemska za medicinske sestre specijaliste, Ujedinjeno Kraljevstvo za neovisne medicinske sestre koje propisuju lijekove) do ograničenog skupa lijekova (Cipar, Danska, Estonija, Finska, Francuska, Norveška, Poljska, Španjolska, Švedska). Sve zemlje imaju zakonske i minimalne obrazovne zahtjeve kako bi se osigurala sigurnost pacijenata, a većina zahtijeva neki oblik nadzora liječnika. No, svaka zemlja ima definirane svoje uvjete i način propisivanja lijekova. Uloga medicinskih sestara proširila se u Europi tijekom posljednjeg desetljeća, što je pokazano usvajanjem novih zakona o pravima na propisivanje lijekova. U SAD-u i Kanadi medicinske sestre već dugo imaju pravo propisivanja lijekova. Pokretači reforme propisivanja lijekova od strane medicinskih sestara uključuju nedostatak liječnika (npr. u ruralnim područjima), porast kroničnih stanja, više međuprofesionalnog rada i povećanje obrazovanja medicinskih sestara na visokoškolskim ustanovama. Pokazalo se da je propisivanje lijekova od medicinskih sestara vrlo slično propisivanju od liječnika, mjereno brojem propisanih lijekova, kao i vrstama i dozama lijekova. Pacijenti su bili jednako zadovoljni ili više zadovoljni propisivanjem od medicinskih sestara nego liječnika. Cochrane sustavni pregled pokazao je kako su medicinske sestre bile jednako učinkovite kao liječnici u propisivanju lijekova za niz stanja, uključujući kronične bolesti (62).

U mnogim zemljama došlo je do proširivanja uloge medicinske sestre, pa su tako medicinske sestre ovlaštene propisivati lijekove. Prema istraživanju na 283 medicinskih sestara, pokazalo se kako medicinske sestre imaju pozitivno mišljenje o proširenju uloge na prepisivanje lijekova. Međutim, strah od sudskih postupaka pokazao se kao najznačajnija prepreka tom procesu. Većina ispitanika smatra da bi to proširenje uloge medicinskim sestrama povećalo autonomiju i holistički pristup skrbi za pacijenta (63).

Bolamov zakon (1957.) pruža pravni okvir koji se primjenjuje na propisivanje lijekova, kada su u pitanju medicinske sestre. Kada medicinska sestra počne prepisivati lijekove, ona se prema zakonu i Vijeću za medicinske sestre i primalje smatra specijalistom te u skladu s time mora pokazati znanje i vještine prikladne za ulogu specijalista. U SAD-u napredne medicinske sestre (*advanced nurse practitioner*) imaju pravo propisivanja lijekova i procjenjuje se da ima 50 tisuća medicinskih sestara koje propisuju lijekove. U Ujedinjenom Kraljevstvu su početkom

2000-ih godina dane preporuke za proširenje raspona lijekova koje medicinske sestre smiju propisivati. U Švedskoj evaluacija prava propisivanja lijekova za medicinske sestre pokazala je da je sigurnost i kvaliteta usluge izvrsna te da su lijekovi prepisani od medicinskih sestara ispravno prepisani. U pojedinim dijelovima Australije i na pojedinim radnim mjestima medicinske sestre također imaju pravo propisivanja lijekova. Na Novom Zelandu za prepisivanje lijekova ovlaštene su medicinske sestre koje rade u skrbi za starije osobe, obitelji i djecu, u skrbi za osobe s dijabetesom, astmom, u palijativnoj skrbi i skrbi za mentalno zdravlje te zdravlje na radu (63).

U Ujedinjenom Kraljevstvu postoje dvije skupine medicinskih sestara koje propisuju lijekove: medicinske sestre koje su neovisne u propisivanju lijekova i medicinske sestre koje dodatno propisuju lijekove. U slučaju da medicinska sestra propisuje dopunske recepte neovisni propisivač mora biti liječnik. Neovisni propisivač također može djelovati kao dopunski propisivač (63).

Medicinske sestre su zakonski odgovorne za vlastite postupke, a u slučaju počinjenja pogreške u obavljanju tradicionalno liječnike uloge, medicinska sestra će biti suđena iz perspektive kako bi postupio razuman liječnik. Unatoč tome, nema dokaza da je veća vjerojatnost da će medicinske sestre griješiti, čak i kada obavljaju zadatke koji se tradicionalno povezuju s ulogom liječnika (63).

7.2. Sindrom sagorijevanja medicinskih sestara

Sindrom sagorijevanja (eng. *burnout*) je sindrom kronične iscrpljenosti, ciničnog, negativnog stava prema poslu i smanjene profesionalne učinkovitosti (64).

Problem sagorijevanja na poslu široko je rasprostranjen, pogađa jednu trećinu medicinskih sestara, a nosi ozbiljne posljedice koje uključuju nižu sigurnost pacijenata, manje zadovoljne pacijente, lošije obavljanje zadataka, veći rizik od ozljeda i veću fluktuaciju osoblja (64).

Rizik za pogrešku značajno se povećava kada medicinska sestra radi smjene duže od 12 sati, prekovremeno ili više od 40 sati tjedno (18).

Prema Zuhail i Songul, većina medicinskih sestara (55,8%) potencijalne prijetnje sigurnosti pacijenta pripisuje prevelikim opterećenjem poslom, nakon toga navode rad u stresnoj atmosferi (22,3%) te rad s pacijentima kojima je potrebna specijalizirana, komplicirana skrb (21,9%) (14).

Osim što je sindrom sagorijevanja jedan od čimbenika koji ima velik utjecaj na nastanak grešaka u skrbi za pacijenta, tako i štetni događaji doprinose povećanju sagorijevanja u medicinskih sestara. Medicinske su sestre posebno osjetljive na to da postanu tzv. druge žrtve i dožive sagorijevanje jer one provode većinu izravne skrbi za pacijente i odgovorne su za kontinuirano praćenje štetnih događaja (64).

Činjenica je da neželjeni događaji ostavljaju posljedice na zdravstvene djelatnike (eng. *second victim*) koji su direktno bili uključeni u isti. Oni posljedično izražavaju značajan emocionalan stres, tj. tjeskobu, sagorijevanje i krivnju, te izostaju s posla (64).

Najbolje, holističko, razumijevanje odnosa sindroma sagorijevanja medicinskih sestara i neželjenog događaja moguće je kroz teoriju zahtjeva-resursa za posao (eng. *job demands-resources theory – JD-R*). Zahtjevi posla definiraju se kao fizički, psihološki (kognitivni ili emocionalni), društveni ili organizacijski aspekti posla koji zahtijevaju stalni napor i vještine. Visoke razine zahtjeva posla rezultiraju sagorijevanjem (64).

Job Demands-Resources (JD-R) model je sagorijevanja koji se temelji na teoriji neravnoteže potražnje i resursa. JD-R model smatra da visoki zahtjevi posla i mali resursi posla mogu uzrokovati opterećenje na poslu i na kraju dovesti do izgaranja, dok radnici mogu aktivno koristiti svoje osobne resurse kako bi se nosili sa zahtjevima posla (65).

Način na koji bi neželjeni događaj pojačao sagorijevanje medicinskih sestara može se prikazati na slijedeći način. Pretpostavljamo da neželjeni događaji koji štete pacijentima predstavljaju zahtjeve za posao medicinskih sestara. Na primjer, štetni događaji povećavaju zahtjeve posla za medicinske sestre zahtijevajući od njih da sudjeluju u naporima da se istraže uzroci štetnog događaja ili preuzmu zadatke za druge koji su zaduženi za njegovo istraživanje. S druge strane, neželjeni događaji također mogu povećati zahtjeve posla za medicinske sestre ako su nastali zbog neadekvatne opskrbe materijalima, opremom ili internim uslugama potrebnim za obavljanje zadataka, a zahtijevaju rješenja. U nastojanju ispravljanja nedostataka u sustavu koji uzrokuju neželjene događaje, medicinskim se sestrama također mogu dodijeliti dodatni zadaci koji povećavaju zahtjeve posla. U skladu s time, pokazalo se da veći broj neželjenih događaja često rezultira sagorijevanjem medicinskih sestara (64).

Sagorijevanje se smatra produljenim odgovorom na kronične stresore na poslu. Neka su istraživanja pokazala kako su tužbe zbog nesavjesnog liječenja važan stresor za liječnike (65). Osim toga, značajna je korelacija pronađena između straha od sudskih tužbi i psiholoških poremećaja, poput depresije, anksioznosti i stresa među medicinskim sestrama u Saudijskoj Arabiji. Kao važan faktor stresa na poslu za medicinske radnike, razumno je pretpostaviti da strah od nesavjesnog liječenja može dovesti do sagorijevanja (66).

Novčana kazna povezana s osuđujućom presudom može biti prilično skupa za medicinske sestre, koje općenito primaju skromnu plaću; dostupni podaci pokazuju da je, primjerice u Saudijskoj Arabiji, prosječna kazna za nesavjesno liječenje za medicinske sestre oko 10 000 saudijskih rijala (oko 19 700 kuna) (66).

Poseban je problem sagorijevanje medicinskih sestara u Africi, gdje su ponekad zbog velikog nedostatka liječnika medicinske sestre često jedini pružatelji zdravstvene zaštite u ruralnim sredinama. Nedostupnost liječnika identificirana je kao čimbenik sagorijevanja među medicinskim sestrama državne bolnice u Ibadanu, u Nigeriji, što ukazuje na potrebu za organizacijskim rekonstruiranjem zdravstva (60).

Problem nedostatka medicinskog kadra pitanje je od najveće etičke važnosti, uzimajući u obzir pogreške povezane s umorom kojima mogu biti podložni zaposlenici koji rade prema izrazito zahtjevnim rasporedima i s izrazito zahtjevnim kapacitetom posla. Takve pogreške mogu imati ozbiljne i nepovoljne posljedice za javnu sigurnost (60).

Postoji dokazana veza između velikog broja pacijenata (koji povećava opseg posla, a kada je broj zdravstvenog osoblja isti) i niske razine sigurnosti. Istraživanje iz 2015. godine na 140 javnih zdravstvenih ustanova u Nigeriji pokazala je slijedeće: Kad je medicinska sestra brinula o manje od 13 pacijenata, 78% je izjavilo da je sigurnost pacijenata izvrsna ili dobra, u usporedbi sa 65% medicinskih sestara koje su se brinule za više od 20 pacijenata. Najveći udio medicinskih sestara koje su izjavile da je sigurnost pacijenata loša/umjerena (34,5%) bile su medicinske sestre koje su njegovale više od 20 pacijenata (60).

Ono što proizlazi iz empirijskog istraživanja je da su medicinske sestre u Nigeriji preopterećene, te moraju preuzeti dodatne odgovornosti zbog nedostatka liječnika. Kao rezultat toga, njihova izvedba je donekle ispod standarda. Čine pogreške, ugrožavaju sigurnost pacijenata, a njihov opći odnos prema pacijentima može biti prepotentan, što može neizravno štetiti dobrobiti pacijenta. Stoga primjerice u Africi sud prilikom utvrđivanja nemara mora iz činjenica izdvojiti elemente koji su infrastrukturni ili društveni (poput nedostatka liječnika) i elemente koji se mogu pripisati pojedinoj medicinskoj sestri. Ako se pretpostavi da medicinsku sestru ne treba kriviti za nedostatak liječnika, implikacija može biti da medicinsku sestru ne treba kriviti za pogreške koje čini kao rezultat pretjeranog rada uzrokovanog nedostatkom liječnika. Tada se postavlja pitanje je li uopće moguće utvrditi uzročnu vezu s prekomjernim radom koji je posljedica nedostatka liječnika. Može se zaključiti kako se takva veza može utvrditi samo na makro razini, ali ne i u konkretnom slučaju. S druge strane, nepravедno je pacijentima uskratiti naknadu za nastalu štetu uzrokovanu pogreškom medicinske sestree, pa čak i ako je ista uzrokovana prevelikim opsegom posla (60).

Baš kao što vozač autobusa koji je skrivio nesreću zbog toga što mora raditi previše sati ne mora izbjeći odgovornost prema ozlijeđenom putniku, tako ni medicinska sestra koja je bila nepažljiva ne bi trebala biti izuzeta od odgovornosti zbog činjenice da je takva nepažnja proizvod nezadovoljavajućeg sustava zdravstvene skrbi na nacionalnoj razini. Načela posredničke odgovornosti značila bi da bi poslodavac u takvim okolnostima bio dužan nadoknaditi štetu pacijentu (60).

7.3. Nedostatak medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj

Zdravstveni su djelatnici izrazito važan dio zdravstvenog sustava RH, a njihov je broj izravno povezan s kvalitetom zdravstvene usluge, odnosno s ishodom zdravstvene zaštite (67).

Od ukupnog broja zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu, točnije 46% (15).

Prema podacima Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara (HSSMS) Hrvatskoj je prije epidemije COVID-19 nedostajalo 12 000 medicinskih sestara, a od 2013. do 2018. u inozemstvo je otišlo 3 180 medicinskih sestara. Prema podacima iz 2012. tada je u Hrvatskoj bilo 24 262 medicinskih sestara. Iz zdravstvenog sustava RH u proteklih deset godina otišlo je oko 7 500 medicinskih sestara, tj. svaka četvrta medicinska sestra. Tome zasigurno doprinosi i činjenica da neto-plaća medicinske sestre ne doseže prosječnu neto-plaću u Hrvatskoj (67, 68). Godine 2011. broj medicinskih sestara na 100 000 stanovnika u Hrvatskoj je iznosio 579, što je uvelike manje od prosjeka EU. Naime, iste godine je u EU taj broj iznosio 836 medicinskih sestara na 100 000 stanovnika. Osim toga, problem predstavlja i odljev zdravstvenih radnika u druge zemlje, pogotovo nakon ulaska u EU kada je poboljšano slobodno kretanje stanovnika. Osim toga 2011. godine više od 50% medicinskih sestara (12 969) bilo je u starosnoj skupini preko 45 godina (67). Omjer medicinskih sestara u odnosu na broj liječnika u EU-u iznosi 4:1, dok je u Hrvatskoj 2:1 (69).

Prema Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2006. - 2011. Hrvatska prema broju medicinskih sestara na 1000 stanovnika zaostaje za standardima EU za gotovo 60% (70).

U razvijenim zemljama Europe raste broj zaposlenih medicinskih sestara, što se smatra važnim pokazateljem razvijenosti zdravstvenog sustava (67).

Svjetska zdravstvena organizacija (eng. *World Health Organisation – WHO*) upozorava kako će u idućih nekoliko desetljeća doći do još većeg nedostatka liječnika i medicinskih sestara, a zbog starenja stanovništva, porast kroničnih bolesti, napretka medicinske tehnologije i sl. (67).

Zabrinjavajući je podatak istraživanja na uzorku od 9 996 medicinskih sestara u bolnicama RH koji svjedoči činjenici da 70% njih svaki mjesec ostvaruje u prosjeku 15,3 sati prekovremenog rada, s time da 77,2% ispitanika navodi da im se prekovremeni nikada ne plaćaju. Osim toga, 49% ispitanika navodi da bi otišlo raditi u inozemstvo, što je vrlo zabrinjavajuće zbog već prisutnog nedostatka medicinskih sestara u Hrvatskoj. Čak 97% anketiranih medicinskih sestara navodi da smatraju da su preopterećene na radnom mjestu, a što značajno utječe na kvalitetu zdravstvene usluge (70).

Stručne komore svih profila zdravstvenih djelatnika, udruge i zdravstvene ustanove često upozoravaju kako će se Hrvatska u budućnosti suočiti s problemom nedostatka liječnika i medicinskih sestara, ali i drugih zdravstvenih djelatnika i to prije nego s problemom njihove nezaposlenosti (15).

8. SUDSKI POSTUPCI KAO METODA PREVENCIJE NESAVJESNOG POSTUPANJA U ZDRAVSTVENOJ SKRBI

Sustav medicinske odgovornosti trebao bi služiti trima funkcijama: kompenzirati pacijente/obitelj za pretrpljenu štetu zbog nemara, osigurati korektivnu pravdu i odvratiti nemar. Odvratanje od nemara postiglo bi se spoznajom kliničara da mogu doživjeti štetne posljedice ako zbog nemara nanesu štetu pacijentu. Temeljna ideja odvratanja temelji se na tome da odgovornost može učiniti zdravstvenu skrb sigurnijom (71).

Može se pretpostaviti kako će veća odgovornost dovesti do sigurnije zdravstvene skrbi jer veća odgovornost postavlja veću mogućnost sudskih tužbi zbog nesavjesnog postupanja. No, pregledom i analizom 37 studija o odvratanju od nesavjesnog liječenja provedenih od 1990. godine utvrđeno je kako veći rizik od odgovornosti za nesavjesno liječenje nije značajno povezan s poboljšanom kvalitetom zdravstvene zaštite (71).

Tri su mehanizma koja bi mogla dovesti do odvratanja od nesavjesnog postupanja: ekonomski (isplata odštete zbog nesavjesnog postupanja), psihološki stres i trauma od sudskog spora (izbjegavanje tog iskustva) te informacijski (pružanje informacija o odstupanjima od standarda skrbi – mogućnost buduće prevencije) (71).

Najveći problem prilikom sudskih tužbi protiv medicinskih djelatnika zbog nesavjesnog liječenja je da većina slučajeva medicinskog nemara koji uzrokuje štetu nikada ne postanu tužbe zbog nesavjesnog liječenja, dok se s druge strane podnose tužbe koje su neutemeljene, što narušava signal odvratanja (71).

Drugi je problem nejasno definiran termin nemara (eng. *negligence*), odnosno nejasno definiran zakonski standard skrbi, tj. što točno zakon zahtijeva u određenoj kliničkoj situaciji (71).

Postoje prijedlozi/rješenja za smanjenje broja nesavjesnog postupanja u zdravstvu. Primjerice da odgovornost za nesavjesni postupak medicinskog djelatnika preuzme zdravstvena ustanova, odnosno da se primarni lokus odgovornosti s individualnih liječnika i medicinskih sestara prenese na ustanove. One doživljavaju ekonomski aspekt odvratanja snažnije od medicinskih djelatnika jer su tužene češće, a i u boljoj su poziciji za provođenje promjena u skrbi, a koje nadilaze pojedinačne praktičare. Još jedno relevantno rješenje bila bi široko rasprostranjena primjena programa za komunikaciju i rješavanje problema (eng. *communication-adresolution programs - CRPs*), putem kojih zdravstvene ustanove otkrivaju štetne događaje pacijentima, brzo ih istražuju i nude proaktivnu kompenzaciju kada su odstupanja od standarda skrbi prouzročila štetu. Ovi programi mogu rezultirati u većem udjelu događaja iz nehaja koji dobivaju naknadu, čime se jačaju ekonomski i psihološki mehanizmi odvratanja. Nadalje,

prema CRP-u, manje je vjerojatno da će ozljede koje nisu uzrokovane nemarom postati odštetni zahtjevi jer ustanove pacijentima/obitelji objašnjavaju što se dogodilo; sprječavanje takvih zahtjeva jača informacijsku funkciju sudskog postupka jer zahtjevi pouzdanije ukazuju na stvarne probleme kvalitete (71).

Obzirom na sve veću svjesnost ljudi o njihovim pravima i straha medicinskog osoblja od sudskih postupaka, veliki problem zdravstvene skrbi za pacijenta predstavlja razvoj tzv. obrambene medicine (eng. *defensive medicine*), čiji je osnovni princip praksa temeljene ne strahu od sudskih postupaka, a ne na pozitivnim ishodima za pacijenta. Upravo taj princip rezultira pretjeranim medicinskim troškovima i velika je prepreka pridržavanju medicinskih smjernica (65).

9. ZAŠTITA MEDICINSKIH SESTARA OD SUDSKIH POSTUPAKA

Sudski postupak zbog nesavjesnog liječenja je i profesionalno i emocionalno iscrpljujuće iskustvo i može biti financijski katastrofalno. Svaka medicinska sestra može poduzeti korake kako bi smanjila potencijalnu odgovornost, povećanjem opreza, zdravorazumskim postupanjem i poznavanjem svojih zakonskih odgovornosti (3).

Kako bi se smanjila vjerojatnost pokretanja sudskih postupaka protiv medicinskih sestara potrebno je posvetiti više pažnje slijedećemu. Predlaže se imati otvorenu komunikaciju s pacijentom i obitelji, punu poštovanja. Manje je vjerojatno da će pacijenti tužiti medicinsku sestru ako smatraju da je bila brižna i profesionalna. Medicinska sestra treba paziti da ne iznosi svoje mišljenje kada pacijent pita što nije u redu s njime, jer bi ju se onda moglo optužiti da postavlja medicinsku dijagnozu. Medicinska sestra nikada ne bi trebala davati izjavu koju bi pacijent mogao protumačiti kao priznanje pogreške/krivnje, nikada ne kritizirati druge pružatelje zdravstvenih usluga ili njihove postupke pred pacijentima te bi trebala održavati povjerljivost prema zdravstvenoj ustanovi (3).

Osim toga, važno je održavati kompetentnost u svom području prakse, kontinuirano se obrazovati, proširiti svoje znanje i tehničke vještine. Važno je i da medicinska sestra poznaje pravna načela svoje prakse te da na njima temelji svakodnevnu praksu (poznavanje zakona i bolničkih politika i protokola koji definiraju praksu). U skladu s time važno je djelovati unutar granica vlastitih kompetencija, ne prihvaćati klinički zadatak za koji se medicinska sestra smatra nekompetentnom te procijeniti svoj zadatak sa svojim nadređenim. Osim svega navedenog izrazito je važno dokumentirati svu provedenu njegu jer ako skrb nije dokumentirana sudovi pretpostavljaju da nije pružena, a prilikom dokumentacije njegu treba dokumentirati činjenično, točno, potpuno i pravovremeno (3).

9.1. Sestrinska dokumentacija

Prema Zakonu o sestrinstvu i Pravilniku o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, zakonska je obveza medicinske sestre vođenje sestrinske dokumentacije, u kojoj evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata (28, 72).

Vođenjem sestrinske dokumentacije medicinska sestra potvrđuje da je prilikom pružanja sestrinske skrbi upotrijebila svoje znanje, vještine i stajališta, sukladno standardima sestrinske prakse (73).

Osim toga sestrinska dokumentacija osigurava pravnu zaštitu i predstavlja dokument koji potvrđuje činjenice i tvrdnje u slučaju sudskog postupka, a osim toga i poboljšava komunikaciju između medicinskih sestara (npr, prilikom premještanja na drugi odjel) i poboljšava kvalitetu skrbi za pacijenta (73).

Svaki se postupak iz područja zdravstvene njege mora dokumentirati, a isti mora osigurati najbolji ishod skrbi za pacijenta, tj. medicinske sestre moraju zdravstvenu njegu provoditi prema standardima sestrinske prakse. Upravo ti standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi omogućuju isti standard skrbi i sigurnost za svakog pacijenta jer jasno definiraju pravila po kojima je medicinska sestra dužna postupati (73).

10. ZAKLJUČAK

Zanemarivanje i nesavjesno postupanje u sestrijskoj profesiji može dovesti do neželjenog ishoda za pacijenta u skrbi. Iako se u nekim zemljama bilježi porast sudskih procesa protiv medicinskih sestara, analizom 19 slučajeva sudskih tužbi u RH, iz javno dostupnih sudskih dokumenata u razdoblju od 1991. do 2020. godine nije zabilježen porast s protekom vremena. Najčešći uzroci pokretanja sudskih postupaka protiv medicinskih sestara i presuđivanja u korist tužitelja, bili su se neadekvatna procjena/praćenje stanja pacijenta i pogreška pri primjeni lijekova. Na razini RH ne postoji sustavno praćenje sudskih postupaka protiv medicinskih sestara, a što bi omogućilo usporedbu na internacionalnoj razini i ciljane mjere prevencije. Praćenje broja i kretanja sudskih postupaka protiv medicinskih sestara zbog zanemarivanja i nesavjesnog postupanja potencijalni je pokazatelj kvalitete sestrijske skrbi. Povećanje broja postupaka zbog nesavjesnog postupanja i zanemarivanja u sestrijsstvu povezuje se s povećanom svijesti korisnika zdravstvene skrbi o njihovim pravima, povećanjem kompetencija medicinskih sestara, kao i sindromom sagorijevanja medicinskih sestara. Stoga, kako bi smanjili broj sudskih postupaka protiv medicinskih sestara potrebno je osigurati adekvatne uvjete rada, prije svega dovoljan broj medicinskih sestara, opremu za rad i standardizirane protokole postupanja u pružanju zdravstvene skrbi, a prilikom obrazovanja medicinskih sestara više pažnje posvetiti sigurnosti pacijenta te posebno staviti naglasak na najčešće nesavjesne postupke koje dovode do sudskih postupaka protiv medicinskih sestara, a koji između ostalog ugrožavaju sigurnost pacijenta povjerenog na skrb.

11. ZAHVALE

Veliko hvala mentorici, doc.dr.sc. Marjeti Majer, dr.med., univ.mag.med, na pristupačnosti, zainteresiranosti i posvećenosti meni kao studentu prilikom izrade ovog rada. Hvala Vam što ste mi svojim pristupom, znanjem i savjetima uvelike olakšali izradu diplomskog rada.

Zahvaljujem se i svojoj obitelji na podršci i poticaju na ustrajanju u svom cilju, te savjetima prilikom izrade ovog rada. Hvala roditeljima što su mi bili financijska i emocionalna potpora kroz moje školovanje.

Od srca hvala Moniki na podršci tijekom ove dvije godine studiranja.

Hvala mojim kolegicama s neurologije na podršci i motivaciji za završetak studija.

Hvala Ivanu, mojoj najvećoj podršci tijekom ovog školovanja.

Ovaj rad posvećujem baki Vesni i didi Dragutinu, koji su se uvijek istinski radovali svakom mom uspjehu.

12. LITERATURA

1. Griffith R. The elements of negligence liability in nursing. *Br J Nurs.* 2020;29(3):176-7.
2. Gündoğmuş UN, Ozkara E, Mete S. Nursing and midwifery malpractice in Turkey based on the Higher Health Council records. *Nurs Ethics.* 2004;11(5):489-99.
3. Croke EM. Nurses, Negligence and Malpractice. *Am J Nurs.* 2003;103(9):54-63.
4. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2011 [pristupljeno 16.5.2022.].
Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html
5. Pražetina Kaleb R. Kazneno djelo nesavjesnog liječenja u recentnoj sudskoj praksi. *Policija i sigurnost.* 2019;28(1):64-75. [pristupljeno 29.8.2022.]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/219888>
6. Hrvatsko društvo za sigurnost pacijenata [Internet]. Zagreb – HDSP; [pristupljeno 21.5.2022.]. Dostupno na: <https://hdsp.hr/hdsp/>
7. Europska komisija [Internet]. Tonio Borg: Veliki su koraci poduzeti u području sigurnosti pacijenta, no pred nama je još dug put. [pristupljeno 17.5.2022.]. Dostupno na: https://ec.europa.eu/health/newsletter/137/focus_newsletter_hr.htm
8. Hodak J. Mišljenje medicinskih sestara/tehničara o neželjenim događajima tijekom procesa sestrinske skrbi u KBC-Osijek. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet; 2016 [pristupljeno 16.5.2022.]. Dostupno na: <https://repozitorij.unios.hr/en/islandora/object/mefos%3A121>
9. Afaya A, Konlan KD, Kim Do H. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1156.
10. Brous E. The Elements of a Nursing Malpractice Case, Part 1: Duty. *Am J Nurs.* 2019; 119(7): 64-7.
11. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi [Internet]. Zagreb – Sigurnost pacijenata. [pristupljeno 20.5.2022.]. Dostupno na: <http://aaz.hr/sigurnost>.
12. Klarić M, Božanić A, Starc A. Upostavljanje sustava za sigurnost pacijenta. *J. appl. health sci.* 2021; 7(1): 87-92.

13. Vincek M. Sigurnost bolesnika u zdravstvenom sustavu. Varaždin: Sveučilišni centar Varaždin, Sveučilište Sjever; 2020. [pristupljeno 14.5.2022.]. Dostupno na: <https://repozitorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A3735/datastream/PDF/view>
14. Yilmaz Z, Goris S. Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. *Pak J Med Sci.* 2015;31(3):597-601.
15. Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalna strategija razvoja zdravlja 2012.-2020. [Internet]. Zagreb; 2012. [pristupljeno 14.5.2022.]. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%20-%20za%20web.pdf>
16. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi [Internet]. Zagreb – 17. rujna obilježava se Međunarodni dan sigurnosti pacijenta. [pristupljeno 20.5.2022.]. Dostupno na: <https://aaz.hr/hr/vijesti/17-rujna-obiljezava-se-medunarodni-dan-sigurnosti-pacijenta>
17. Štimac D, Ivankić T. Kako ocjenjujemo i nagrađujemo kvalitetu?. *Zbornik sveučilišta Libertas.* 2019; 4(4): 265-271.
18. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva. Zagreb - Nacrt prijedloga Nacionalnog programa za sigurnost pacijenata 2019. - 2023. [Internet]. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-s-javnoscu/arhiva-otvorena-savjetovanja/nacrt-prijedloga-nacionalnog-programa-za-sigurnost-pacijenata-2019-2023/3576>
19. Raković I. Sestrinstvo utemeljeno na dokazima – prepreke za primjenu u praksi. Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2018. [pristupljeno 21.5.2022.]. Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A2015/datastream/PDF/view>
20. Kalauz S. *Etika u sestrinstvu.* Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
21. Henderson V. The nature of nursing. *AJN.* 1964; 64(8): 62-8.
22. Maslow AH. *Motivation and personality.* Harper & Brothers; 1954. [pristupljeno 14.5.2022.]. Dostupno na: <https://www.eyco.org/nuovo/wp-content/uploads/2016/09/Motivation-and-Personality-A.H.Maslow.pdf>
23. Petiprin A. *Nursing Theory* [Internet]. Nancy Roper - Nursing theorist. 2020. [pristupljeno 17.5.2022.]. Dostupno na: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Nancy-Roper.php>

24. Hrvatski sabor. Zakon o zdravstvenoj zaštiti [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2003. [pristupljeno 16.5.2022.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1706.html
25. Ministarstvo zdravstva. Pravilnik o izmjenama i dopuni Pravilnika o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2020. [pristupljeno 16.5.2022.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_02_22_273.html
26. Hrvatski sabor. Zakon o zaštiti prava pacijenata [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2004. [pristupljeno 16.5.2022.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2004_12_169_2953.html
27. Hrvatska komora medicinskih sestara. Etički kodeks medicinskih sestara [Internet]. [pristupljeno 17.5.2022.]. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1321863874_853_mala_Eticki%20kodeks.pdf
28. Hrvatski sabor. Zakon o sestriinstvu [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2003. [pristupljeno 17.5.2022.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1710.html
29. U.S. Department of Health & Human Services. The National Practitioner Data Bank (NPDB) [Internet]. [pristupljeno 29.5.2022.]. Dostupno na: <https://www.npdb.hrsa.gov/topNavigation/aboutUs.jsp>
30. Lexpera. IUS-INFO [Internet]. O nama. [pristupljeno 18.5.2022.]. Dostupno na: <https://www.iusinfo.hr/o-tvrtki/o-nama>
31. Nacionalni arhivski informacijski sustav. Vrhovni sud narodne Republike Hrvatske [Internet]. 2004. [pristupljeno 18.5.2022.]. Dostupno na: http://arhinet.arhiv.hr/details.aspx?ItemId=2_6930&fbclid=IwAR2FV5N4MgW2T5Ns3LnJWuw_8NygoBQeqZig4hOHev5Sqjaqx6ge9hZr004
32. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Osijeku. Podignuta optužnica protiv S. Š., I. V. i N.K.-A. zbog teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi te protiv trećeokrivljene i zbog krivotvorenja službene isprave. Zagreb; 2008. [pristupljeno 5.5.2022.]. Dostupno na: <http://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-osijekupodignuta-optuznica-protiv-s-s-i-v-i-nk-zbog>
33. Republika Hrvatska, Općinski sud u Osijeku. Presuda, Poslovni broj: 44 K-69/2016-21. Osijek; 2017.
34. Republika Hrvatska, Županijski sud u Osijeku. Presuda, Poslovni broj: Kž-423/2017-6. Osijek; 2018.

35. Republika Hrvatska, Općinski sud u Osijeku. Presuda, Poslovni broj: 41 K-307/2018-58. Osijek; 2022.
36. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Križevcima Podnijet istražni zahtjev protiv N. T. i D. M. P. zbog teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi. Zagreb; 2006. [pristupljeno 5.5.2022.]. Dostupno na: <http://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-krizevcima-podnijet-istrazni-zahtjev-protiv-n-t-i-d-m-p>
37. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Križevcima Najavljena žalba na presudu kojom su N. T. i D.-M. P. osuđene zbog teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi. Zagreb; 2008. [pristupljeno 5.5.2022.]. Dostupno na: <http://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-krizevcima-najavljena-zalba-na-presudu-kojom-su-n-t-i-d>
38. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Presuda, Broj: Rev 68/2017/4. Zagreb; 2020.
39. Republika Hrvatska, Županijski sud u Splitu. Presuda, Poslovni broj: Gžp-40713. Split; 2014.
40. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Presuda, Broj: Rev-x 135/15-2. Zagreb; 2018.
41. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Presuda, Broj: Rev-x 336/10-2. Zagreb; 2011.
42. Republika Hrvatska, Županijski sud u Splitu. Presuda, Poslovni broj: Gžp-291/09. Split; 2009.
43. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Vukovaru Doneseno rješenje o odbacaju kaznene prijave protiv sedam djelatnika Opće županijske bolnice Vinkovci i pravne osobe. Zagreb; 2018. [pristupljeno 5.5.2022.]. Dostupno na: <http://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-vukovaru-doneseno-rjesenje-o-odbacaju-kaznene-prijave-0>
44. Ministarstvo zdravstva. Pravilnik o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti [Internet]. Zagreb; 2020. [pristupljeno 19.5.2022.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_04_52_1048.html
45. Reuters Institute for the Study of Journalism. Croatia [Internet]. Ujedinjeno Kraljevstvo; 2022. [pristupljeno 10.7.2022.]. Dostupno na: <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/digital-news->

report/2022/croatia?fbclid=IwAR0jXVAzf3qSBge9hVeNKqnNVwZzWE4gVzN1g-jfZl6_1skgjhYNm4QNtRI

46. Index.hr [Internet]. Zagreb. [pristupljeno 10.7.2022.]. Dostupno na: <https://www.index.hr/trazi.aspx?take=15&page=1&orderby=latest&upit=medicinska+sestra>
47. 24sata [Internet]. Zagreb. [pristupljeno 10.7.2022.]. Dostupno na: <https://www.24sata.hr/trazi?query=medicinska%20sestra>
48. Dnevnik.hr [Internet]. Zagreb. [pristupljeno 10.7.2022.]. Dostupno na: <https://dnevnik.hr/#toggle=searchToggle:true>
49. Večernji.hr [Internet]. Zagreb. [pristupljeno 10.7.2022.]. Dostupno na: https://www.vecernji.hr/pretraga?query=medicinska+sestra&order=-publish_from&date_from=&date_to=
50. Jutarnji.hr [Internet]. Zagreb. [pristupljeno 10.7.2022.]. Dostupno na: https://www.jutarnji.hr/pretraga?q=medicinska+sestra&time_range=2022
51. Tportal.hr [Internet]. Zagreb. Dostupno na: <https://www.tportal.hr/pretrazivanje?query=medicinska+sestra>
52. Net.hr [Internet]. Zagreb. Dostupno na: <https://net.hr/pretrazivanje?q=medicinska+sestra>
53. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Rijeci Podignuta optužnica protiv dvoje okrivljenika zbog prouzročenja smrti iz nehaja. Zagreb; 2022. [pristupljeno 7.7.2022.]. Dostupno na: <https://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-rijeci-podignuta-optuznica-protiv-dvoje-okrivljenika-2>
54. Brous E. The Elements of a Nursing Malpractice Case, Part 3B: Causation. *Am J Nurs.* 2020;120(1):63-6.
55. St. John v. Pope, 901 S.W.2d 420; 1995. [pristupljeno 5.6.2022.]. Dostupno na: <https://casetext.com/case/st-john-v-pope>
56. Brous E. The Elements of a Nursing Malpractice Case, Part 2: Breach. *Am J Nurs.* 2019;119(9):42-6.
57. Wikipedia: the free encyclopedia [Internet]. St. Petersburg (FL): Wikimedia Foundation, Inc. Posey vest; [ažurirano 15.6.2022.; pristupljeno 18.7.2022.]. Dostupno na: https://en.wikipedia.org/wiki/Posey_vest
58. Brous E. The Elements of a Nursing Malpractice Case, Part 3A: Causation. *Am J Nurs.* 2019;119(11):54-9.

59. Brous E. The Elements of a Nursing Malpractice Case, Part 4: Harm. *Am J Nurs.* 2020;120(3):61-4.
60. Obafemi, KAR, *Medical Negligence Litigation in Nigeria: Identifying the Challenges and Proposing a Model Law Reform Act* [disertacija]. Dublin: School of Law, Trinity College; 2017.
61. Tingle J. The professional standard of care in clinical negligence. *Br J Nurs.* 2002;11(19):1267-9.
62. Maier CB. Nurse prescribing of medicines in 13 European countries. *Hum Resour Health.* 2019;17(1):95.
63. Lockwood EB, Fealy GM. Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. *J Nurs Manag.* 2008;16(7):813-20.
64. Vogus TJ, Ramanujam R, Novikov Z, Venkataramani V, Tangirala S. Adverse Events and Burnout: The Moderating Effects of Workgroup Identification and Safety Climate. *Med Care.* 2020;58(7):594-600.
65. Liang F, Hu S, Guo Y. The association between fear of malpractice and burnout among Chinese medical workers: The mediating role of legal consciousness. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):358.
66. Saquib J, Taleb M, AlMeimar R, Alhomaïdan HT, Al-Mohaimed A, AlMazrou A, i sur. Job insecurity, fear of litigation, and mental health among expatriate nurses. *Arch Environ Occup Health.* 2020;75(3):144-51.
67. Mihajlović A. Broj medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj – jučer, danas, sutra. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014. [pristupljeno 14.5.2022.]. Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:295/preview>
68. Jurić T. Najskuplji liječnik i sestra su novi kojih nema. *MEDIX.* 2020; 144/145:30-3.
69. Ceglec K. Migracije medicinskih sestara – aktualno stanje u Republici Hrvatskoj, Republici Sloveniji i Federaciji Bosne i Hercegovine. Varaždin: Sveučilišni centar Varaždin, Sveučilište Sjever; 2020. [pristupljeno 14.5.2022.]. Dostupno na: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/unin:4157/datastream/PDF/view>
70. Gizdić Z. Osvrt na ankete medicinskih sestara provedene u bolničkom sustavu RH [Internet]. [pristupljeno: 20.6.2022.]. Dostupno na: <https://www.hssms-mt.hr/media/2681/osvrt-na-rezultate-ankete-medicinskih-sestara-provedene-u-bolnickom-sustavu-rh.pdf>

71. Mello MM, Frakes MD, Blumenkranz E, Studdert DM. Malpractice Liability and Health Care Quality: A Review. JAMA. 2020;323(4):352-66.
72. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama [Internet]. Zagreb: Narodne novine; 2011. [pristupljeno 5.5.2022.]. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html
73. Hanžek K. Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2015. [pristupljeno 10.5.2022.]. Dostupno na: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A719/datastream/PDF/view>
74. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Presuda, Broj: Rev-217/00-2. Zagreb; 2000.
75. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Rješenje, Broj: IV Kž-119/00-2. Zagreb; 2001.
76. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Rješenje, Broj: Rev-x 130/16-2. Zagreb; 2017.
77. Republika Hrvatska, Županijski sud u Varaždinu. Presuda, Broj: 13 Gž-2916/16-2. Varaždin; 2017.
78. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Presuda, Broj: Rev 1625/15-2. Zagreb; 2016.
79. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Varaždinu Podnjet optužni prijedlog protiv Š. B., I. Š. i M. Lj. zbog nepružanja medicinske pomoći. Zagreb; 2010. [pristupljeno 7.7.2022.]. Dostupno na: <http://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-varazdinu-podnjet-optuzni-prijedlog-protiv-s-b-i-s-i-m>
80. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Rješenje, Broj: IV Kž 92/11-3. Zagreb; 2011.
81. Republika Hrvatska, Županijski sud u Varaždinu. Rješenje, Broj: Gž 1922/2017-2. Varaždin; 2017.
82. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Metkoviću Podignuta optužnica protiv četiri okrivljenice zbog nesavjesnog liječenja. Zagreb; 2021. [pristupljeno 7.7.2022.]. Dostupno na: <https://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-metkovicu-podignuta-optuznica-protiv-cetiri-okrivljenice>

83. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Splitu
Medicinska sestra nepravomoćno osuđena na kaznu zatvora zbog teškog kaznenog djela
protiv zdravlja ljudi. Zagreb; 2005. [pristupljeno 7.7.2022.]. Dostupno na:
<http://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-splitu-medicinska-sestra-nepravomocno-osudena-na-kaznu>
84. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Rješenje, Broj: Rev 60/14-3.
Zagreb; 2018.
85. Republika Hrvatska, Općinski sud u Čakovcu. Presuda, Poslovni broj: 7 : Pr-168/2020-
13. Čakovec; 2021.
86. Republika Hrvatska, Županijski sud u Splitu. Presuda, Poslovni broj: 22 Gž R-
768/2021-2. Split; 2021.
87. Državno odvjetništvo Republike Hrvatske. Općinsko državno odvjetništvo u Čakovcu
Podignuta optužnica protiv 28-godišnjakinje zbog nesavjesnog liječenja. Zagreb; 2021.
[pristupljeno 7.7.2022.]. Dostupno na: <https://dorh.hr/hr/priopcenja/opcinsko-drzavno-odvjetnistvo-u-cakovcu-podignuta-optuznica-protiv-28-godisnjakinje-zbog>
88. Republika Hrvatska, Vrhovni sud Republike Hrvatske. Rješenje, Broj: Rev 876/06-2.
Zagreb; 2007.

13. ŽIVOTOPIS

Josipa Šola, stručna prvostupnica sestrinstva, rođena je 15. prosinca 1997. godine u Osijeku. Osnovnu i srednju školu (opću gimnaziju) završila je u Đakovu, a 2016. godine upisuje preddiplomski stručni studij sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu, koji završava 2019. godine završnim radom na temu „Promjene u incidenciji i prevalenciji odabranih kroničnih nezaraznih bolesti u RH u 21. stoljeću“. Za vrijeme preddiplomskog studija volontirala je u mnogim udrugama iz područja zdravstva i sudjelovala na zdravstvenim seminarima, tribinama, konferencijama i kongresu. Po završetku preddiplomskog studija upisuje diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu, Sveučilišta u Zagrebu. Godine 2020. zapošljava se na Zavodu za neuroimunologiju, neurogenetiku i bol, Klinike za neurologiju, KBC-a Sestre milosrdnice, gdje radi i danas. Od zaposlenja, aktivno i pasivno sudjeluje na neurološkim stručnim skupovima.

14. PRILOZI

Prilog 1. Neadekvatan nadzor nad pacijentom

Slučaj 2.

Dana 3. prosinca 1990. godine pacijent je izvršio suicid vješanjem, tako što je u zahodu Psihijatrijske bolnice Ugljan vezao jedan kraj plahte oko svog vrata, a drugi kraj oko ventila vodovodne cijevi za vodokotlić. Obitelj preminulog pacijenta pokrenula je tužbu protiv zdravstvene ustanove gdje je pacijent bio na liječenju (Psihijatrijska bolnica Ugljan), no Sud je utvrdio da je režim čuvanja pacijenta bio odgovarajući težini njegova duševnog zdravlja, da mu je pružen uobičajeni režim liječenja, da ga se nije moglo bolje nadzirati, kao ni predvidjeti sami suicid te isti i spriječiti. Navedeno je i kako je u sudskoj psihijatriji poznato da se suicid ne može priječiti uz sva nastojanja i pažnju, te da se on događa i u najbolje čuvanim ustanovama jer je nagon za njim ponekad vrlo snažan i nezaustavljiv jer su se slučajevi samoubojstava događali i kada je osoba pod najrigoroznijom pažnjom. No, što se tiče tvrdnje tužitelja da je u konkretnom slučaju jedna medicinska sestra nadzirala 50 pacijenata, istaknuto je kako se ne može sigurno zaključiti da bi štetni događaj bio izbjegnuto da je tuženik na raspolaganju imao više medicinskih sestara, pogotovo uzevši u obzir da se suicid dogodio u toaletu. Prvostupanjskom i drugostupanjskom presudom odbijen je zahtjev tužitelja za naknadu materijalne i nematerijalne štete (74).

Slučaj 3.

Pacijent je bio liječen na odjelu otvorenog tipa pod dijagnozom akutnog hepatitisa B, te je prilikom prijema negirao narkomaniju, tijekom hospitalizacije apstinencijske krize nije imao, nije tražio metadonsku terapiju te je liječnik zaključio kako je neupadljiv. No, pacijent je tijekom hospitalizacije pronađen mrtav u prostorijama WC-a, bolničkog odjela, a zbog predoziranja opojnim drogama. Obitelj preminulog pacijenta pokrenulo je tužbu protiv medicinskog osoblja, kojim ih se teretilo da su propustili pružiti odgovarajuće mjere zaštite pacijenta te mu tako omogućili upotrebu narkotika uslijed čije konzumacije je umro. Naime, Sud je kao uzrok smrti identificirao trovanje prekomjernom dozom opojne droge heroina, što je i liječnik – mrtvozornik potvrdio obzirom na pronađenu špricu i karakterističan ubod na ruci pokojnika. Tužitelj odgovornost ustanove vidi u propuštanju poduzimanja zdravstvenih mjera koje bi spriječile pacijenta da unese i konzumira opojnu drogu na bolničkom odjelu, no Sud je utvrdio kako se očito radilo o skrivenom postupanju pacijenta što liječničko i medicinsko osoblje nije moglo, niti moralo znati. Nadalje, tijekom suđenja je utvrđeno kako je pacijent

tijekom liječenja samoinicijativno odlazio u grad više puta, a i posjete pacijentima su bile gotovo svakodnevne, kao i mogućnost šetnje u krugu bolnice. Sud je zaključio kako kod takvog stanja stvari, nema objektivne mogućnosti da liječnici i medicinsko osoblje kontroliraju eventualni unos opojne droge na bolnički odjel, a posebno kada kod pacijenta nije bilo podataka o narkomanskim sklonostima, što nije bilo poznato ni njegovim roditeljima. Osim toga, obzirom da je pacijent bolovao od akutnog hepatitisa B te je imao protutijela za hepatitis C te zbog nemogućnosti adekvatne zaštite obducenta od zaraze, od obdukcije se odustalo, kao i od analize pronađene šprice i igle. Sud je prvostupanjskom i drugostupanjskom odlukom odlučio kako nema osnovane sumnje da je medicinsko osoblje iz nehaja skrivilo smrt pacijenta, tj. da su počinili kazneno djelo nesavjesnog liječenja (75).

Slučaj 4.

Pacijent je zbog epileptičnog napada 14. prosinca 2005. godine bio primljen na odjel neurologije, idućeg je dana premješten na odjel kirurgije, te je 19. prosinca 2005. godine bio premješten na odjel endokrinologije zbog problema s dijabetesom. Pacijent je prilikom prijema u bolnicu i tijekom cijelog boravka u bolnici, pa i tijekom boravka na odjelu endokrinologije, bio dezorijentiran, uznemiren zbog čega je između ostalog dobivao i Normabel. Međutim, tijekom noći 19./20. prosinca 2005. godine pacijent se zbog uznemirenosti više puta dizao iz kreveta, napuštao svoju bolesničku sobu te išao na WC, pri čemu se gubio te mu je dežurna medicinska sestra pomagala doći do prostora WC-a. Budući da je WC bio smješten na kraju hodnika, pacijent je svaki puta morao proći kraj ambulante u kojoj je dežurala medicinska sestra. Dežurna medicinska sestra je pacijenta zadnji puta vidjela oko 2,35 sati kada mu je pomogla otići do prostora WC-a. Odjel endokrinologije nalazio se na prvom katu, a prostor WC-a na odjelu ima prozor širine 100cm, visine 155cm te se nalazi na visini 91cm od poda, a ispod kojeg se nalazi radijator. S prozora nije moguće pasti bez uspinjanja na prag prozora. Međutim, medicinska je sestra prilikom ulaska u sobu (u 6,30h) kada je trebala vaditi krv primijetila da pacijenta nema u bolesničkoj sobi, niti na odjelu, te je vanjskim obilaskom bolnice našla njegovo mrtvo tijelo na bolničkoj stazi, ispod prozora WC-a prvog kata, odjela endokrinologije. Medicinska anamneza i nalazi liječnika vještaka isključili su mogućnost smrti kao posljedice suicida. Supruga preminulog pacijenta podnijela je sudsku tužbu protiv zdravstvene ustanove kojoj je pacijent bio povjeren na liječenje, a prvostupanjskom je presudom ustanovljena odgovornost ustanove za nastali štetni događaj, a koji je posljedica nepažnje dežurne medicinske sestre. Suprotno tome drugostupanjski sud polazeći od toga da

tužena odgovora po principu pretpostavljene krivnje, izražava pravno shvaćanje da se radilo o slučaju: događaju koji se tuženoj ne može pripisati u krivnju, zbog čega je otklonio odgovornost tužene te je zahtjev tužiteljice (supruga) za naknadu materijalne i nematerijalne štete odbio. Međutim, Vrhovni sud RH prihvatio je reviziju tužiteljice i vratio slučaj na ponovno suđenje. Drugostupanjski sud je ponovnim suđenjem analizirao okolnosti na slijedeći način, uzevši u obzir okolnosti slučaja: psihofizičko stanje pacijenta u vrijeme boravka u bolnici, nemirnu noć s 19. na 20. prosinca 2005. godine na odjelu endokrinologije, što je zahtijevalo pažnju i nadzor medicinskog osoblja, a koja je izostala od najmanje jednog i pol sata (u najboljem slučaju od 5,00 sati do 6,30, a kada je uočeno da ga nema u sobi), to da medicinska sestra nije primijetila da je pacijent izašao iz bolesničke sobe radi odlaska na WC (a što je morala primijetiti jer je pacijent morao proći kraj ambulante u kojoj je medicinska sestra dežurala), da se pacijent nije vratio u sobu, a niti je medicinska sestra unutar tog perioda (najmanje jedan i pol sat) imala potrebu za ga obiđe. Sve navedeno nalaže zaključak kako osoblje ustanove nije postupalo na način kojim se ovaj nesretni događaj morao spriječiti. Upravo iz tog razloga drugostupanjski sud utvrđuje kako se nastanak štetnog događaja ne može ocijeniti slučajem, niti ima pretpostavki za ekskulpaciju tužene (ustanove) od odgovornosti (pretpostavljena krivnja), te je stoga ustanova proglašena krivom za nesretni događaj (76-77).

Slučaj 5.

Pacijentica je zaprimljena u bolnicu 29. prosinca 1994. godine u stanju realne opasnosti za život, bez svijesti, s kliničkom slikom moždanog infarkta i poodmakloj fazi dekompenzirane ciroze jetre. Po dolasku je smještena na odjel neurologije te je provedena terapija koja je bila adekvatna i u skladu s medicinskim standardima, te se stanje pacijentice poboljšalo u naredna tri dana (došla je k svijesti, samostalno je jela i komunicirala). No, naglo pogoršanje njezinog stanja nastupilo je u noći s 1. na 2. siječnja 1995. godine kada je u ranim jutarnjim satima nađena u stanju šoka, bez tlaka i pulsa, s porođenim muškim djetetom među nogama, uz obilno krvarenje, te je unatoč hitno provedenoj terapiji 5. siječnja umrla. Sud je utvrdio kako su komplikacije stanja uzrokovane uznapredovalom cirozom jetre (u smislu teških promjena zgrušavanja krvi i poremećaja svijesti) te da je porod samo ubrzao nastup smrti, da je dijete umrlo još u maternici zbog nedostatka kisika uzrokovanog aspiracijom plodove vode. Sud je također ustanovio kako prilikom boravka u bolnici uopće nije bilo poznato da je pacijentica u visokoj trudnoći, te da prilikom prijema njena klinička slika nije davala naznake o mogućoj trudnoći. Osim toga, zbog teške dekompenzirane ciroze jetre u trbušnoj se šupljini nalazila

velika količina tekućine koja uz veliku debljinu trbušne stijenke (zbog pretilosti) nije omogućavala da se vanjskim pregledom prepozna povećana maternica te da ni od pacijentice, niti njene obitelji nisu dobiveni podaci o mogućoj trudnoći. Utvrđeno je i kako su u podmakloj fazi dekompenzirane ciroze jetre trudnoće rijetke i da je zbog realne opasnosti za život medicinski tretman bio usmjeren isključivo na njezino spašavanje života, a osim toga zbog teškog poremećaja zgrušavanja krvi i teškog metaboličkog poremećaja pacijentica i njeno dijete ne bi preživjeli niti da je trudnoća bila prepoznata a porod bio izvršen u idealnim bolničkim uvjetima, a zbog krvarenja koji se nikakvim pripravcima ne može zaustaviti. Obitelj pacijentice (suprug i djeca) pokrenuli su tužbu protiv zdravstvene ustanove kojoj je pacijentica bila povjerena u skrb, a zbog naknade za nematerijalnu i materijalnu štetu. Na temelju navedenog Sud je utvrdio da je medicinski tretman bio u skladu s pravilima struke i propisanim medicinskim standardima, te da ne postoji propust tuženice (ustanove). No, tužitelji su podnijeli žalbu na prvostupanjsku presudu navodeći kako je postojao organizacijski propust tuženice, u smislu neadekvatne organizacije dežurstva liječnika i medicinskih sestara koji su bili zaduženi za nadzor pacijenata u tako teškom stanju. Postavlja se i pitanje je li pacijentici kada je nađena u ranim jutarnjim satima u stanju šoka s porođenim djetetom među nogama, uz obilno krvarenje, bila pružena adekvatna pozornost i odgovarajuća i pravovremena medicinska skrb, te u slučaju da nije, je li takvo postupanje u uzročno-posljedičnoj vezi s nastupom štetnog događaja. Prvostupanjski i drugostupanjski sud odbili su tužbeni zahtjev tužitelja za naknadu štete. No, Vrhovni sud RH prihvatio je žalbu tužitelja na nižestupanjske presude te je slučaj ponovno vraćen na suđenje (78).

Prilog 2. Neadekvatna reakcija na hitno stanje pacijenta

Slučaj 7.

Općinsko državno odvjetništvo u Varaždinu podnijelo je Općinskom sudu u Varaždinu optužni prijedlog protiv tri hrvatske državljanke zbog sumnje na počinjenje kaznenog djela nepružanja medicinske pomoći. Naime, medicinske se sestre tereti da od 12,33 do 13 sati 4. veljače 2009. u Općoj bolnici u Varaždinu (Odjelu Hitne kirurške ambulante), prvookrivljena kao viša medicinska sestra, drugookrivljena kao medicinska sestra i trećeokrivljena kao medicinska sestra-pripravnica; zadužene za prijem i obradu pacijenata na odjelu; nisu pružile medicinsku pomoć pacijentu. Pregledale se medicinsku dokumentaciju pacijenta i uz tvrdnju da to nije njihov pacijent, nisu mu pružile pomoć, već je na daljnje zapomaganje pacijentove supruge iz ambulante za ultrazvuk izašla liječnica i pristupivši mu uočila njegovo loše zdravstveno stanje te ga uvezla u prijemnu kiruršku ambulantu. Pokušaj reanimacije nije bio uspješan te je pacijent preminuo (79).

Slučaj 8.

Pacijentica je bila na liječenju na Odjelu fizikalne medicine, rehabilitacije i reumatologije s jakim bolovima ramena, vrata i kralježnice te joj je po izvršenom pregledu ovlaštenog liječnika propisano liječenje fizikalnom terapijom, nakon čega se fizička bol značajno pojačala te je pacijentica u večernjim i noćnim satima zdravstvene djelatnike ustanove molila za pružanje hitne zdravstvene pomoći. No pacijentica nije prevezena na Hitni prijem druge ustanove, niti se u prostorijama Ustanove za rehabilitaciju utvrdila dijagnoza, niti uzrok jakih bolova. Pacijentica se zdravstvenom osoblju žalila na neizdržive tjelesne bolove u ramenu, prstima i teškoće disanja te ih molila da joj pruže pomoć. Obzirom na izostanak medicinske pomoći pacijentica je iduće jutro, iza 7 sati preminula, a iz otpusnog pisma Odjela fizikalne medicine, rehabilitacije i reumatologije vidljivo je kako je umrla od plućne embolije. Suprug pacijentice pokrenuo je tužbu protiv zdravstvene ustanove jer nisu provedeni dijagnostički postupci koji bi utvrdili uzrok te tako i adekvatni terapijski postupci (hitna terapija heparinom/kirurško odstranjenje tromba uz davanje kisika, analgetika...), što djelatnici ustanove nisu učinili. Tereti se prvooptuženu liječnicu, drugooptuženu medicinsku sestru i trećeoptuženu medicinsku sestru da nisu postupili savjesno i prema pravilima struke pružili potrebnu medicinsku pomoć pri čemu je nastupila smrt osobe primljene na medicinsku skrb, a kojoj je bila potrebna pomoć zbog izravne opasnosti za njezin život. Prvostupanjski sud utvrdio je kako je zahtjev tužitelja neosnovan, no Vrhovni sud RH vratio je slučaj ponovno na suđenje prihvativši tužiteljev

prigovor kako je zaključak prvostupanjskog suda o nepostojanju osnovane sumnje preuranjen i pogrešan, obzirom da je pacijentici od prije bila dijagnosticirana duboka venska tromboza, angina pectoris, kardiomiopatija, hipertenzija te da je trpila jake bolove u prsištu, a zbog čega joj je od pretraga bio učinjen samo EKG, čiji nalaz nije bio uredan, a pacijentica je u vrlo kratkom vremenu preminula od plućne embolije. Sudski je postupak još uvijek u tijeku (80).

Slučaj 9.

Dana 21. studenog 2008. godine tužiteljice su kontaktirale hitnu medicinsku službu više puta zbog pogoršanja zdravstvenog stanja njihovog supruga, oca i djeda. Naime pacijent je bio kronični bolesnik, koji je više puta redovno medicinski zbrinjavan, a njegova je supruga toga dana zatražila dolazak hitne medicinske pomoći pozivima usmjerenih prijavno-dojavnoj jedinici hitne medicinske pomoći u Puli. Telefonski pozivi ostvareni su u 11 sati i 38 minuta, te dalje u 12 sati i 2 minute; 15 sati i 45 minuta; 15 sati i 37 minuta; 16 sati i 5 minuta te u 16 sati i 13 minuta, no hitna služba nije reagirala na navedene pozive. Hitna medicinska pomoć reagirala je tek na poziv od 16 sati i 39 minuta, te je tim hitne medicinske pomoći na adresu oboljelog stigla u 16 sati i 32 minute, no prekasno da bi se pacijenta održalo na životu (reanimacija nije uspjela). Ustanovljeno je da uzrok smrti pacijenta masivna plućna tromboembolija. Zadužena za primanje poziva i određivanje potrebne hitne medicinske intervencije u službi hitne medicine bila je prvostupnica sestrinstva. Prvostupanjskim suđenjem ustanovljeno je kako je prvostupnica sestrinstva imala nužno medicinsko znanje i potrebno praktično iskustvo za primanje i klasifikaciju poziva tražitelja hitne medicinske pomoći, s time da je imala i mogućnost, u slučaju potrebe, konzultirati liječnika iz svog organizacijskog sustava. Sud je utvrdio i kako raniji pozivi svojim sadržajem nisu ukazivali na životnu ugroženost pacijenta, dok su kasniji telefonski pozivi bili upućeni prekasno da bi se mogao spriječiti smrtni ishod usred masivne plućne tromboembolije. U skladu s time prvostupanjski sud je utvrdio kako ne postoji odgovornost ustanove hitne medicinske pomoći za smrt pacijenta. Prvostupanjskom presudom odbijen je tužbeni zahtjev četiri tužiteljice za isplatu naknade materijalne i nematerijalne štete zbog smrti pokojnog pacijenta, supruga, oca i djeda. No, tužiteljice su u žalbi na prvostupanjsku presudu isticale da je i prema nalazima i mišljenjima vještaka angažiranih u prvostupanjskom postupku postojala realna mogućnost preživljavanja pacijenta da mu je pružena tražena liječnička pomoć nakon telefonskog razgovora između supruge pacijenta i više medicinske sestre u 15 sati i 54 minute. Mogućnost preživljavanja je prema nalazima vještaka angažiranih u prvostupanjskom postupku u tom

trenutku iznosila oko 40% (jer se ne spominju znakovi izražene cijanoze, to jest promjena boje tjelesnih okrajina). Tužiteljice također ističu kako prilikom tog poziva ne može biti opravdana odgoda dolaska hitne medicinske pomoći zbog toga što su kola hitne medicinske pomoći upućena na druge intervencije jer je kada su ta kola konačno bila upućena na intervenciju njima bilo potrebno samo 4 minute da od bolničke ustanove dođu do njihove obiteljske kuće. Nadalje, tužiteljice u žalbi ističu kako prvostupnica sestrinstva nije ni nakon telefonskog poziva u 15 sati i 54 minute poslala tim hitne medicinske pomoći na intervenciju spašavanja života preminulog pacijenta, te da su u razgovoru s prvostupnicom sestrinstva izneseni razlozi koji su trebali pobuditi sumnju na moguću plućnu emboliju pacijenta (simptomi kašljanja u trajanju od dva dana uz izbacivanje sukrvice i nemogućnost disanja). Ističu i kako je neprihvatljiv kriterij za određivanje potrebe pružanja hitne medicinske pomoći psihičko stanje osobe koja je poziv uputila (je li bila uzrujana ili je zapomagala). Tužiteljice su isticale kako se već u prva dva poziva nije moglo isključiti postojanje ozbiljne bolesti, na koje prvostupnica sestrinstva nije reagirala, nije ih registrirala ili ih nije poznavala, nije se konzultirala s liječnikom čiji je savjet mogla i trebala tražiti, a niti je supruzi pacijenta omogućila izravan telefonski kontakt s liječnikom. Sadržaj telefonskih razgovora upućuju na to da prvostupnica sestrinstva nije isključila postojanje moguće sumnje na ozbiljne zdravstvene probleme, koji prelaze okvire pacijentovih ranijih oboljenja i životnih ograničenja. No, drugostupanjski je sud utvrdio kako je prvostupanjski sud trebao dopustiti sudskim vještacima da analiziraju postojeće simptome akutnog oboljenja pacijenta, mogućnost isključenja smrtnog ishoda hitnom medicinskom intervencijom poduzetom u primjerenom roku nakon prvih tužiteljičinih poziva, te ocijeniti nalaz i mišljenje u postocima. Tužiteljice su u žalbi na prvostupanjsku presudu također isticale da prijavno-dojavna služba hitne medicinske pomoći u Istarskoj županiji nije bila organizirana u skladu s Pravilnikom o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja jer nije imala izravno uključenog u prijavno-dojavnu jedinicu niti jednog liječnika, što smatraju pogrešnom primjenom kriterija prema kojima se navedena služba na svakih 250 000 stanovnika popunjava s 5 doktora medicine, obzirom da dojavna jedinica pokriva nešto manje od 100 000 stanovnika. U ovom slučaju služba hitne medicinske pomoći bila je organizirana na način da je kontakt s potencijalnim korisnicima kao i inicijativom za njeno aktiviranje ostvarivala prvostupnica sestrinstva koja je u organizaciji vršenja takve pomoći imala višegodišnje iskustvo. Međutim, organizacijski standard takve službe na nivou RH u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zaštiti pacijenata važećim u to vrijeme predviđa da tu ulogu vrši za to određen liječnik, dakle osoba sa širim medicinskim znanjem koja je slijedom toga osposobljena za određivanje potrebe medicinskih intervencija u

hitnim slučajevima, te stoga nema nikakve dvojbe da je za adekvatno reagiranje tog sustava u konkretnom slučaju trebala kvalitetna stručna procjena i oprez obzirom na spomenute nepoznanice kao i potreban načelni pristup pružanja zaštite svima kojima je takva zaštita potrebna (dakle, i u sumnji je zaštitu trebalo osigurati). Stoga je drugostupanjski sud utvrdio slijedeće „Potrebno je ponovnim sudsko medicinskim vještačenjem utvrditi koji simptomi akutne bolesti su višoj medicinskoj sestri bili prikazani po prvotuziteljici, kao i da li je ona trebala tražiti da joj tegobe bolesnik opiše osobno. Nadalje, potrebno je provođenjem sudsko medicinskog vještačenja konkretizirati u kojem omjeru je izostanak hitne medicinske intervencije povećao mogućnost nastanka smrtnog ishoda , jer u konkretnim okolnostima tuženik može biti odgovoran za smrt pacijenta samo u takvom omjeru, pri čemu nije odlučno da li je i u kojoj mjeri za ne pružanje hitne medicinske pomoći odgovorna nadležna viša medicinska sestra ili manjkavost sustava njene organizacije kod tuženika.“ (81).

Slučaj 10.

Dana 9. i 10. prosinca 2018. godine dogodili su se propusti u liječenju djeteta (2009. godište) koji su rezultirali smrtnim ishodom djeteta, uslijed obostrane virusne i bakterijske upale pluća, multifokalne nekroze plućnog tkiva, obostrane upale porebrice, ždrijela, sepse, respiratornog distresnog simptoma, respiratorne insuficijencije i septičkog šoka. Naime, četiri su okrivljenice kojima se stavlja na teret da su tijekom 9. i 10. prosinca 2018. godine u Metkoviću, u zdravstvenoj ustanovi, kao zdravstvene djelatnice, djetetu koje je u više navrata dovedeno u zdravstvenu ustanovu u teškom stanju, iako upoznate sa teškim stanjem i prema simptomima pogoršanjem zdravstvenog stanja djeteta, držeći da nije vitalno ugroženo postupale protivno pravilima medicinske struke. Prvookrivljena i drugookrivljena su dežurne liječnice Zavoda za hitnu medicinu Dubrovačko-neretvanske županije (ispostava Metković) koje se tereti da nisu adekvatno pregledale dijete i utvrdile ozbiljnost zdravstvenog stanja i životnu ugroženost djeteta te nisu primijenile adekvatnu terapiju djelotvornim lijekovima i nisu poduzele mjere kako bi se dijete hitno zbrinulo u KBC-u Split, gdje bi se obavila daljnja dijagnostika i liječenje. Okrivljene su liječnice vratile dijete na kućno liječenje. Četvrtookrivljenicu se tereti da je 10. prosinca 2018. godine odbila pregledati dijete, te oca djeteta uputila da dijete odvede kod pedijatra, te istog dana, nakon postavljene dijagnoze i prepoznavanja životne ugroženosti djeteta propustila ordinirati odgovarajući lijek. Trećeokrivljenicu, kao medicinsku sestru pedijatrijske ordinacije, tereti se da nije provela standardizirani postupak procjene stanja djeteta dovedenog u čekaonicu te nije prepoznala da je dijete teškog zdravstvenog stanja i životno

ugroženo, niti je obavijestila liječnika. Uslijed niza propusta svih četvero optuženih došlo je do daljnjeg pogoršanja zdravstvenog stanja djeteta te je unatoč naknadnom prijevozu i hospitalizaciji u KBC-u Split i poduzetim mjerama intenzivnog liječenja dijete preminulo. Sudski postupak još je uvijek u tijeku (82).

Prilog 3. Nepridržavanja standarda/protokola

Slučaj 12.

Medicinska sestra u KBC Split, Odjela za kožne i spolne bolesti, nepravomoćno je osuđena na bezuvjetnu kaznu zatvora od deset mjeseci zbog počinjenja teškog kaznenog djela protiv zdravlja ljudi (2005.). Tereti ju se da je 11. studenog 1998. prilikom davanja terapije nije obratila dužnu pažnju na lijek koji je trebala dati pa je umjesto magnezijeve soli pacijentici dala letalnu dozu natrijeva flourida zbog čega je pacijentica istog dana i preminula (83).

Slučaj 13.

Pacijent je bio hospitaliziran u Bolnici za osobe lišene slobode, kao pritvorenik Županijskog suda u Puli, na odjelu psihijatrije, a nakon što je ubio svoju suprugu (majku tužiteljice) i pokušao ozlijediti tužiteljicu te potom pokušao počinuti suicid. Prilikom hospitalizacije manifestirao je teške depresivne epizode, na verbalnoj je razini negirao suicidalne namjere, ali je žalio što nije uspio u suicidalnom pokušaju (simptom latentne, prijetće neverbalne, suicidalnosti). U bolnici u kojoj je boravio primjena terapije se provodi tako da se pacijentu daju lijekovi pojedinačno, uz obaveznu prisutnost medicinskog osoblja, a ukoliko je riječ o suicidalnim ili psihotičnim bolesnicima, koji manifestiraju sklonost neuzimanju terapije, medicinsko osoblje dodatno provjerava uzimanje lijekova, provjeravanjem usne šupljine (tako da pacijent mora otvoriti usta i isplaziti jezik). Međutim pacijent je uspio skupiti veću količinu medikamenata, dovoljnu za akutno trovanje, te je tako počinio suicid, a što je potvrđeno kemijsko-toksikološkom analizom bioloških tekućina. Osim toga utvrđeno je kako se navedeni medikamenti koriste na odjelu te da su bili propisani preminulom pacijentu. Kći preminulog pacijenta pokrenula je tužbu protiv zatvorske bolnice (tj. tuženik je Republika Hrvatska). Tijekom prvostupanjskog suđenja utvrđeno je kako djelatnici zatvorske bolnice nisu postupali s dužnom pažnjom te je prvostupanjski sud utvrdio kako je rad ustanove bio nepravilan te da se ustanova smatra odgovornom za neželjeni događaj. No, drugostupanjskom odlukom odbačena je odgovornost ustanove, navodeći kako je "šteta nastala isključivom radnjom neposrednog oštećenika, koju tuženica, postupanjem njenih tijela po pravilima za postupanje s pritvorenicima na psihijatrijskom odjelu zatvorske bolnice, nije mogla predvidjeti i čije posljedice nije mogla izbjeći ni otkloniti". Međutim, tužiteljica je podnijela žalbu na drugostupanjsku presudu ističući kako „neovisno o činjenici što je smrt osobe inače sklone suicidu neposredno prouzročena radnjom te osobe, može postojati odgovornost bolnice koja je propustila pojačani nadzor nad tom osobom, posebno u načinu davanju psihofarmaka, jer se

suprotno zaključivanju drugostupanjskog suda, u takvoj situaciji radnja oštećenika može predvidjeti i čije posljedice se mogu izbjeći i otkloniti.“. Vrhovni sud RH prihvatio je žalbu tužiteljice kao osnovanu, te je slučaj ponovno vratio na suđenje (84).

Slučaj 14.

Općinsko državno odvjetništvo u Čakovcu je 30. lipnja, nakon provedene istrage podiglo pred Općinskim sudom u Čakovcu optužnicu protiv prvostupnice sestrinstva (1993.) zbog počinjenja kaznenog djela nesavjesnog liječenja. Tereti ju se da je dana 29. rujna 2020. godine u Županijskoj bolnici u Čakovcu prilikom brige za pacijenta na hemodijalizi (koji je bio u sobi za izolaciju zbog kontakta s COVID-pozitivnom osobom), prilikom odspajanja pacijenta s aparata za hemodijalizu u centralni venski kateter umjesto fiziološke otopine aplicirala medicinski benzin što je unatoč intenzivnom liječenju, rezultiralo multiorganskim zatajivanjem organa i smrću. Prema Zavodu za sudsku medicinu i kriminalistiku Medicinskog fakulteta u Zagrebu (od 1. listopada 2020.) uzrok smrti je akutno trovanje benzinom te je u pitanju nasilna smrt. Posljedično tomu poslodavac (Županijska bolnica u Čakovcu) je prvostupnici sestrinstva izvanredno otkazao ugovor o radu, dana 14. listopada 2020. godine. Ona je stoga pokrenula tužbu protiv bolnice, tvrdeći kako je otkaz ugovora o radu nezakonit i nedopušten. Detalji kaznenog postupka koji je pokrenut nisu poznati, ali je iz radnog spora medicinske sestre i bolnice poznat niz činjenica koji su doveli do nesretnog događaja. Tijekom radnog spora Sud je ustanovio slijedeće. Budući da je pacijent bio u samoizolaciji zbog kontakta s COVID-pozitivnom osobom, glavna sestra hemodijalize zadužila je tuženu medicinsku sestru za skrb za pacijenta te da će tijekom cijele dijalize samo ona biti uz pacijenta (4,30 sata), sa svom zaštitnom opremom. Prilikom suđenja optužena je medicinska sestra navela da su joj se zaštitne naočale, koje je morala nositi, maglile. Ono što je njoj kao sestri određenoj za pacijenta u sobi za izolaciju bilo potrebno, po nalogu glavne sestre odjela trebala je pripremiti sestra u pripremi, te si je ona uzela samo ono što joj je trebalo za pripajanje pacijenta na aparat, drugo nije smjela unijeti, iako se ona s tim nije slagala. Sud je utvrdio kako je pred kraj dijalize optužena kolegici u drugoj sobi, preko stakla, pokazala papir na kojemu je vlastoručno napisala da joj pripremi materijal za toaletu okoline izlazišta centralnog venskog katetera, pod nazivom „trebam octenisept i benzin u šprici, 2 rozne igle, krpicu za čistiti, recormon i tupfere“. Kolegica u drugoj sobi to joj je i premila te joj je na omot šprice od 20ml, na jednu napisala „B“, a na drugu „O“, a koji su na sudu i priloženi. Prilikom ispiranja katetera pacijent medicinskoj sestri govori kako osjeća okus benzina u ustima i da mu nije dobro, na što je ova odmah prekinula primjenu te

zvala kolegicu iz druge sobe, navodeći kako je zabunom dala pacijentu benzin venski i da zove doktoricu. Po dolasku liječnice iz katetera je izvučeno nešto krvi kako bi se pokušala smanjiti količina benzina koja je u krvi, no pacijent više nije bio u verbalnom kontaktu, ušao je u arest te se započela reanimacija koja je bila uspješna, no ubrzo je na odjelu intenzivne skrbi pacijent preminuo (85-87).

Optužena je medicinska sestra neposredno nakon nesretnog događaja u decursus (trajno praćenje postupaka) napisala da je krak katetera zabunom umjesto fiziološkom otopinom ispran s 10ml benzina. Zbog nesretnog slučaja morala se očitovati i medicinska sestra koja joj je pripremila taj pribor, koja je navela kako je optuženu pitala treba li joj i fiziološka otopina i heparin, na što joj je ova odgovorila da ne treba. Sud je utvrdio da je sama tužiteljica zatražila pripremu benzina u šprici za što nije bilo opravdanog razloga i potom ga aplicirala pacijentu pri čemu nije dodatno provjeravala što se nalazi u šprici niti je objektivnim razlozima opravdala traženje benzina u šprici. Prvostupanjski sud utvrdio je kako je pravno relevantno da je tužiteljica zatražila i potom aplicirala benzin pacijentu, a što je neposredni uzrok njegove smrti i što je protivno svim pravilima struke. Glede korištene zaštitne opreme i okolnosti da su se navodno zaštitne naočale maglile, drugostupanjski je sud naveo kako sama tužiteljica u svom stranačkom iskazu prvo navodi da su se naočale maglile što da joj je otežavalo rad, ali istodobno navodi da je sjedila pored pacijenta i čitala, što je kontradiktorno. Odgovornost drugih osoba, u okolnostima konkretnog slučaja, drugostupanjski sud smatra da nije od značaja jer je tužiteljica sama počinila radnje (zatražila da joj se pripremi benzin u šprici), postupke (applicirala benzin pacijentu bez prethodne provjere što se nalazi u šprici) i propuste (jer nije sama pripremila sve što joj je bilo potrebno za hemodijalizu) koje su dovoljne za otkaz njenog ugovora o radu (85-87).

Iz dokumenta bolnice u kojemu se dogodio neželjeni događaj „Upravljanje lijekovima“ proizlazi da se lijekovi primjenjuju prema standardiziranim postupcima u zdravstvenoj njezi, a medicinska sestra obavezna je prije primjene lijekova pročitati upute o lijeku, poštivati preporuke proizvođača i rok trajanja lijekova, te primijeniti standardizirani postupak „pet pravila“ za primjenu lijekova: pravi pacijent, pravi lijek, prava doza, pravo vrijeme i pravi način. U konkretnom slučaju medicinske je sestra prije nego je primijenila špricu u centralni venski kateter pacijenta trebala na sve raspoložive načine, pa i višestrukom provjerom, točno utvrditi što se u toj šprici nalazi (85-87).

U prvostupanjskoj odluci radnog spora između medicinske sestre i bolnice sud je istaknuo slijedeće: „Po mišljenju suda u ovom slučaju uopće nije bitno po čijem nalogu i na koji način se toga dana 29. rujna 2020.god. provodio postupak s pacijentom T. i nije bitno što je i po čijem

nalogu ili traženju stavio u špricu od 20 ml benzin, te nije bitno što stavljanje benzina u špricu nikako nije uobičajen i pravilan način primjene i korištenja istog, već je isključivo bitno da osoba, konkretno tužiteljica, kada primjenjuje špricu na pacijentu i tom špricom mu u organizam daje (aplicira) neko sredstvo ili lijek, ista mora biti u potpunosti sigurna što se nalazi u toj šprici, a ne bez provjere sadržaj iste šprice ubrizgati u tijelo pacijenta. Taj postupak provjere što se nalazi u konkretnoj šprici prije davanja sadržaja pacijentu je jedino što je bitno u konkretnom slučaju i što je u osnovi i najbitnije u radu svake medicinske sestre, pa tako i ovdje tužiteljice u konkretnoj situaciji sa konkretnim pacijentom.“. Bez obzira na otežane uvjete, u smislu korištenja zaštitne opreme zbog samoizolacije pacijenta, medicinska sestra se morala uvjeriti na bilo koji način što se nalazi u šprici, osobito kada to aplicira direktno u krvožilni sustav pacijenta. Sud je u prvostupanjskoj presudi naveo kako takvo postupanje medicinske sestre, bez provjere i sigurnosti u to što se u šprici nalazi, znači gubitak povjerenja poslodavca u nju kao medicinsku sestru te da je opravdano da ju poslodavac ne može zadržati na radu (85-87).

Bolnica je medicinsku sestru pozvala na sastanak 7. listopada 2020. godine gdje su joj predali dopis kojim ju se poziva da iznese svoju obranu (očitovanje) u roku 3 dana, a prilikom donošenja odluke o prekidu radnog odnosa poslodavac se savjetovao sa sindikalnim povjerenicima. Hrvatski strukovni sindikat medicinskih sestara očitovao se kako se ne slažu s odlukom bolnice o izvanrednom otkazu, budući da rezultati provedenog nadzora inspekcije Ministarstva zdravstva još nisu gotovi. Isto tako se izjasnio i Hrvatski liječnički sindikat, dok se Samostalni sindikat zdravstva i socijalne skrbi nije očitovao. Sastankom Upravnog vijeća bolnice (13. studenog 2020.) odlučilo se o naknadi štete obitelji preminulog pacijenta, a što se tiče otkaza medicinskoj sestri, tri su člana bila za to da otkaz ostane na snazi, a tri su bila suzdržana. Postavljeno je pitanje od strane člana Upravnog vijeća je li medicinskoj sestri ponuđen premještaj na drugo radno mjesto, na što je odgovoreno da ne, nego joj je ponuđen sporazumni raskid ugovora o radu, što ona nije prihvatila, pa joj je onda zbog činjenice da se radilo o osobito teškoj povredi obveze iz radnog odnosa dan izvanredni otkaz. Poslodavac se prilikom sudskog postupka pozivao na to da je prema Zakonu o sestrinstvu obvezna primjenjivati načela sestriinske etike, Deklaraciju o ljudskim pravima i pravima bolesnika i druge važeće propise u obavljanju profesionalne dužnosti pa da je time što je pacijentu intravenozno u centralni venski kateter za provođenje hemodijalize aplicirala benzin umjesto fiziološke otopine, a što je za posljedicu imalo smrt pacijenta, počinila osobito tešku povredu obveze iz radnog odnosa. Prije izvanrednog otkaza je radila kod tuženika pet i pol godina, a prije još godinu dana na pripravničkom i prošla je obuku za rad s pacijentima na hemodijalizi u

trajanju od šest mjeseci. Za postupanje sa pacijentima sa sumnjom na COVID-19 nije prošla posebnu obuku, a na odjelu su bili isprintani letci za postupanje (85-87).

Nakon što je prvostupanjski sud odbio tužbu medicinske sestre protiv Županijske bolnice u Čakovcu zbog izvanrednog otkaza, ona se na presudu žalila, no drugostupanjski sud odbio je žalbu kao neosnovanu i u cijelosti potvrdio prvostupanjsku presudu navodeći slijedeće (85-87). „Glede razloga otkazivanja, prvostupanjski sud citira odredbu članka 18. Zakona o sestrinstvu kojom je propisano da medicinska sestra čini težu povredu radne dužnosti: kada zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu zdravlju bolesnika, kada promijeni način i sadržaj od liječnika ordinirane terapije i kada namjerno učini materijalnu štetu. Potom je zaključio da je tužiteljica vlastoručno napisala bilješku (list 34. spisa) kojom je izričito zatražila benzin u šprici te je stoga mogla i trebala očekivati da će joj svjedokinja Ž. upravo to i dati a pogotovo jer je tužiteljica ne samo medicinska sestra već i prvostupnica sestrinstva, koji benzin je potom aplicirala intravenozno pacijentu koji je posljedicom toga preminuo. Sud smatra da je zaista otegotno raditi pod posebnom zaštitnom opremom zbog Covida-19 ali da se pritom ne smiju zanemariti osnovna pravila rukovanja lijekovima (tzv. pet pravila: pravi pacijent, pravi lijek, pravi način, prava količina i pravi postupak davanja lijeka) i da je tužiteljica trebala pa i višestrukom provjerom, točno utvrditi što se nalazi u špricama a što je ista propustila učiniti i to da je jedino pravno relevantno u ovoj pravnoj stvari i koje postupanje da i zbog gubitka povjerenja u nju kao radnika opravdava poslodavčevo izvanredno otkazivanje ugovora o radu.“ (85-87).

Prilog 4. Neadekvatno organizirana zdravstvena skrb

Slučaj 16.

Dana 12. veljače 1991. kod pacijenta Z.B. učinjen je rutinski operativni zahvat – razbijanje bubrežnih kamenaca vibracijom putem ultrazvuka u općoj anesteziji. Zahvat je izvršen u rendgen sali, a ne u operacijskoj sali u okviru koje postoji i soba za buđenje, koja inače služi za kontrolu vitalnih funkcija u ranom postoperativnom period. Utvrđeno je da su operacija i anestezija prošle uredno, bez komplikacija. Nakon operacije medicinska sestra vršila je transport bolesnika od rendgen sale do urološkog odjela (kat niže) uz pomoć spremačice i koristeći lift u sobu koja nema potrebne instrumente i uređaje za brzu i efikasnu reanimaciju. Utvrđeno je i da je medicinska sestra prilikom prebacivanja bolesnika s transportnih kolica na krevet uočila plavetnilo na koži i noktima (znak otežanog disanja) te je pokušala uspostaviti disanje pomoću ambul balona, preko maske u čemu nije uspjela, te je pozvan telefonskim putem dežurni anesteziolog iz Jedinice za intenzivno liječenje, udaljen oko 60 metara od urološkog odjela, koji je morao proći kroz troja vrata, a jedna pritom i otključati da bi došao do bolesnika. Bolesnika su pokušali reanimirati, a on više nije spontano disao uz slabu srčanu reakciju. Pristupilo se hitnoj intubaciji i vanjskoj masaži srca, dan je intravenozno adrenalin nakon čega je zamijećena srčana aktivnost uz normalizaciju boje kože, te je bolesnik prebačen u jedinicu intenzivnoj liječenja na daljnji tretman. Pacijent je preživio, ali s posljedicom teškog i nepopravljivog oštećenja mozga (trajno komatozno stanje). Bolesnik je u vrijeme operacije bio star 23 godine, bez drugih zdravstvenih teškoća, a preminuo je 29. studenog 1997. godine. Obitelj pacijenta pokrenula je tužbu protiv KBC-a Rijeka (tuženik), a zbog propusta medicinskog osoblja u postoperativnom periodu zbog čega je došlo do kardiorespiratornog aresta, te posljedično atrofije mozga. Sporno je jesu li se posljedice mogle spriječiti pravodobnim uočavanjem i bržom reanimacijom. Prvostupanjskom i drugostupanjskom odlukom odbijen je tužbeni zahtjev ističući kako i da su djelatnici tuženika osigurali kontinuirani nadzor i mogućnost brze intervencije anesteziologa, taj propust nije u uzročno posljedičnoj vezi nastankom zdravstvenih komplikacija jer je kardiorespiratorni arest uvijek dramatičan i životno ugrožavajući događaj pa i reanimacija u optimalnim uvjetima i započeta odmah ima neizvjestan rezultat i nije garancija od smrtnih ishoda ili ishemičkog oštećenja mozga. No, Vrhovni sud RH na zahtjev tužitelja poništio je nižestupanjske presude i prihvatio zahtjev za revizijom (88).

Tablica 2. Prikaz naslova za *Slučaj 14.* na sedam najposjećenijih Internet portala u Republici Hrvatskoj (2022.) (46-52)

Rd br.	Naslov članka	Datum objave	Internet portal
1.	HOROR: / Pacijentu su greškom u venu ubrizgali dezinficijens? Obitelj podigla kaznenu prijavu	30.9.2020.	Net.hr
2.	Umjesto fiziološke otopine ubrizgale dezinficijens? "Medicinske sestre koje su bile uz preminulog pacijenta do daljnjeg neće raditi"	30.9.2020.	Dnevnik.hr
3.	Detalji o pacijentu koji je umro na hemodijalizi: Medicinske sestre ubrizgale su mu dezinficijens	30.9.2020.	Večernji online
4.	Čovjek u čakovečkoj bolnici umro jer su mu ubrizgali dezinficijens u žilu?	30.9.2020.	Index.hr
5.	Sestra čija je greška navodno dovela do smrti pacijenta u Čakovcu je na bolovanju	30.9.2020.	Index.hr
6.	U bolnici u Čakovcu pacijent umro zbog greške, ravnatelj: Sve smo objasnili obitelji	30.9.2020.	Index.hr
7.	Beroš za Index o pacijentu koji je umro u Čakovcu: To je greška sestre	30.9.2020.	Index.hr
8.	Medicinske sestre koje su bile s pacijentom do daljnjeg ne rade'	30.9.2020.	24sata
9.	ČOVJEK PREMINUO NAKON ŠTO SU MU U BOLNICI UBRIZGALI KRIVO SREDSTVO; RAVNATELJ: /'OBITELJ JE U ŠOKU KAO I MI, SVISMO PLAKALI'	30.9.2020.	Net.hr
10.	BEROŠ OTKRIO DA JE MEDICINSKA SESTRA NAPRAVILA GREŠKU U HEMODIJALIZI; RAVNATELJ: /'GODIŠNJE TO OBAVIMO MILIJUN PUTA'	30.9.2020.	Net.hr
11.	Inspekcija stigla u čakovečku bolnicu. Komora: "Ako se utvrdi pogreška medicinske sestre, odlučit će se o pokretanju postupka"	1.10.2020.	Dnevnik.hr
12.	Sindikata medicinskih sestara nakon tragedije u Čakovcu: "Već godinama upozoravamo da nedostaje velik broj medicinskih sestara i tehničara"	1.10.2020.	Dnevnik.hr
13.	Ravnatelj bolnice: Pacijentu je ubrizgano sredstvo koje se koristi pri toaleti i njezi	1.10.2020.	Večernji online
14.	Sindikata medicinskih sestara o tragediji u Čakovcu: 'Godinama upozoravamo na važnu stvar'	1.10.2020.	Večernji online
15.	Potreseni pacijenti iz čakovečke bolnice: 'Osoblje nije krivo, ravnatelj sustavno provodi samovolju'	1.10.2020.	Večernji online
16.	Djelatnik čakovečke bolnice nakon tragedije: Premalo nas je, pucamo po šavovima!	1.10.2020.	Večernji online
17.	Čovjek u Čakovcu umro jer su mu u žilu ubrizgali sredstvo za toaletu pacijenta	1.10.2020.	Index.hr

18.	Je li pacijentu ubrizgan dezinficijens? Pročelnica tvrdi da se krivo izrazila	1.10.2 020.	Index. hr
19.	Sestre suspendirane zbog smrti pacijenta u Čakovcu. Ubrizgale mu dezinficijens?	1.10.2 020.	Index. hr
20.	Medicinska sestra bila je u skafanderu četiri sata, nosila je i vizir. Uzela je krivu špricu...	1.10.2 020.	Jutarn ji.hr
21.	UBRIZGALI SU MU MEDICINSKI BENZIN: /MUŠKARAC KOJI JE UMRO U ČAKOVCU NA DIJALIZI NIJE IMAO ŠANSE, SRCE MU JE ODMAH STALO	1.10.2 020.	Net.hr
22.	IPAK NIJE UMRO OD DEZINFICIJENSA: /RAVNATELJ BOLNICE U ČAKOVCU OTKRIO ŠTO JE GREŠKOM BILO UBRIZGANO U VENU NESRETNOM PACIJENTU	1.10.2 020.	Net.hr
23.	ZBOG SMRTI PACIJENTA U ČAKOVEČKOJ BOLNICI SUSPENDIRANE DVIJE MEDICINSKE SESTRE: / Ubrizgale su mu dezinficijens...	1.10.2 020.	Net.hr
24.	NAKON TRAGEDIJE U ČAKOVCU OGLASIO SE I STRUKOVNI SINDIKAT: /'VEĆ GODINAMA UPOZORAVAMO NA NEDOSTATAK MEDICINSKOG OSOBLJA'	1.10.2 020.	Net.hr
25.	Zaposlenik bolnice u Čakovcu: 'Premalo nas je, pucamo po šavovima! Sestre i tehničari nisu roboti'	1.10.2 020.	Jutarn ji.hr
26.	62-godišnjem muškarcu umjesto fiziološke otopine ubrizgan medicinski benzin	1.10.2 020.	Tport al.hr
27.	Pacijent u čakovečkoj bolnici umro od sredstva za toaletu pacijenata	1.10.2 020.	Tport al.hr
28.	NEDOSTAJE IM ČAK 60 SESTARA? ISTRAGA U ČAKOVCU JOŠ TRAJE: /'KAKO BI VAMA BILO DA SATIMA RADITE U SVEMIRSKOM ODIJELU?'	2.10.2 020.	Net.hr
29.	Sestra zbog koje je muškarac preminuo sad je na bolovanju, komora joj ponudila psihološku pomoć	2.10.2 020.	Večer nji online
30.	Sestra koja je ubrizgala krivo sredstvo sad je na bolovanju	2.10.2 020.	24sata
31.	OTKRIVAJU SE DETALJI SMRTI U ČAKOVCU: /MEDICINSKA SESTRA JE ČETIRI SATA BILA U SKAFANDERU S MASKOM I VIZIROM, A ONDA JE UZELA KRIVU ŠPRICU	2.10.2 020.	Net.hr
32.	Društvenim mrežama širi se fotografija koja prikazuje kako izgleda pogled medicinske sestre ispod zaštitne opreme	3.10.2 020.	Dnev nik.hr
33.	Ovo je pogled medicinske sestre zbog čije je pogreške preminuo pacijent u Čakovcu	3.10.2 020.	Večer nji online
34.	Ovo je pogled medicinske sestre ispod zaštitne opreme	3.10.2 020.	24sata
35.	Ovo je pogled medicinske sestre ispod zaštitne opreme	3.10.2 020.	Index. hr
36.	NE VIDITE NIŠTA? /OVO JE POGLED NAŠE MEDICINSKE SESTRE POD PUNOM OPREMOM; 'MORALA JE BITI OBUČENA OD GLAVE DO PETE...'	3.10.2 020.	Net.hr

37.	Tuga u obitelji Toplek nakon tragedije: Moj tata nikada neće vidjeti svoju unuku	5.10.2020.	Večernji online
38.	Tuga u obitelji Toplek: 'Moj tata nikada neće vidjeti svoju unuku'	5.10.2020.	24sata
39.	Za smrt pacijenta na dijalizi osumnjičena 27-godišnja medicinska sestra	1.12.2020.	Večernji online
40.	Dala krivo sredstvo: Sumnjiče sestru za nesavjesno liječenje	1.12.2020.	24sata
41.	ČAKOVEČKA MEDICINSKA SESTRA OSUMNJIČENA ZA KAZNENO DJELO: /PACIJENT DOŠAO NA HEMODIJALIZU, UBRIZGALA MU KRIVO SREDSTVO...	1.12.2020.	Net.hr
42.	DORH pokrenuo istragu protiv medicinske sestre koja je pacijentu ubrizgala benzin umjesto fiziološke otopine u Čakovcu	8.1.2021.	Tportal.hr
43.	Pokrenuta istraga protiv medicinske sestre zbog smrti pacijenta koji je preminuo nakon greške na dijalizi	8.1.2021.	Dnevnik.hr
44.	Detalji smrti pacijenta iz Čakovca: U krv su mu ubrizgali benzin, medicinskoj sestri prijeti zatvor	8.1.2021.	Večernji online
45.	Pokrenuta istraga protiv medicinske sestre koja je u krvožilni sustav pacijenta ubrizgala benzin	8.1.2021.	Jutarnji.hr
46.	MEDICINSKOJ SESTRI IZ ČAKOVCA PRIJETI DO 8 GODINA ZATVORA: /DORH POKRENUO ISTRAGU JER JE PACIJENTU U VENU UBRIZGALA BENZIN	10.1.2021.	Net.hr
47.	Dignuli optužnicu: Medicinska sestra u Čakovcu ubrizgala krivo sredstvo pacijentu. Preminuo je	6.7.2021.	24sata
48.	Medicinskoj sestri koja je pacijentu ubrizgala benzin umjesto fiziološke sada prijeti 8 godina zatvora	8.7.2021.	Večernji online
49.	Medicinskoj sestri iz Čakovca prijeti 8 godina zatvora, pacijentu ubrizgala benzin	10.7.2021.	Index.hr

Tablica 3. Prikaz naslova za *Slučaj 10.* na sedam najposjećenijih Internet portala u Republici Hrvatskoj (2022.) (46-52)

R d. br.	Naslov članka	Datum objave	Internet portal
1.	Dječak iz Metkovića više puta je bio na Hitnoj, a oni su ga slali kući. Umro je	14.12.2018.	Index.hr
2.	Ministarstvo šalje inspekciju zbog smrti dječaka, Kujundžić se skriva	15.12.2018.	Index.hr
3.	Dječak je umro. Gdje je ministar zdravstva?	15.12.2018.	Index.hr
4.	INSPEKCIJA STIGLA U BOLNICE: / Krajem tjedna znat će se zašto je umro dječak iz Metkovića	17.12.2018.	Net.hr
5.	NAKON SMRTI DVOJE DJECE OTKRIVENO JE NEŠTO STRAVIČNO: / U Hitnoj u Metkoviću nekad nema nikoga, vrata su zaključana	18.12.2018.	Net.hr
6.	Završena inspekcija na Hitnoj, svi šute. Izvor iz Metkovića otkrio detalje	19.12.2018.	Index.hr
7.	Prije 9 dana završena inspekcija o smrti dječaka u Metkoviću. Zašto svi šute?	27.12.2018.	Index.hr
8.	Za smrt malog Gabrijela krivi su liječnici. Zašto i dalje primaju plaću?	28.12.2018.	Index.hr
9.	Roditelji dječaka iz Metkovića otkrili kako su liječnici doveli do njegove smrti	4.1.2019.	Index.hr
10.	Jedina koja će biti kažnjena je liječnica koja je pomogla Gabrijelu?	9.1.2019.	Index.hr
11.	Bijes u Metkoviću zbog napada na liječnicu koja je jedina pomogla Gabrijelu	10.1.2019.	Index.hr
12.	Objavljujemo tajne nalaze Komore o smrti malog Gabrijela, pogledajte dokument	11.1.2019.	Index.hr
13.	Nalaz Komore o smrti Gabrijela ne spominje ključan događaj: "Koga se štiti?"	12.1.2019.	Index.hr
14.	Komora traži informacije o postupanju medicinske sestre	12.1.2019.	24 sata
15.	Komora medicinskih sestara traži dokaze o postupanju sestre u Metkoviću 12.1.2019.	12.1.2019.	Tportal
16.	Zašto Komora napada liječnicu koja je jedina pomogla malom Gabrijelu?	14.1.2019.	Index.hr
17.	Gabrijel je umro prije 35 dana. Hoće li ga Hrvatska nepravdom ubiti i drugi put?	15.1.2019.	Index.hr
18.	Liječnička komora: Gabrijelovoj obitelji štetu su nanijeli – mediji	18.1.2019.	Index.hr
19.	KLJUČNIH 25 MINUTA KOJIH NEMA U NALAZU KOMORE: / Je li dječak Gabrijel odbijen na Hitnoj prije nego što je umro?	6.2.2019.	Net.hr
20.	Gabrijelova majka za Index: Živim na infuziji, djeca me pitaju kad će braco kući	25.2.2019.	Index.hr

21	MAJKA TRAGIČNO PREMINULOG GABRIJELA: / 'Pokopali su mi zdravo dijete. Svi zaslužuju doživotni zatvor'	26.2.2019.	Net.hr
22	Pučka pravobraniteljica o smrti Gabrijela: Gdje su odgovori?	28.2.2019.	Index.hr
23	Gabrijel je umro prije pet mjeseci. Istraga se odugovlači, krivci i dalje rade	30.4.2019.	Index.hr
24	Smrt Gabrijela: Dvoje pedijatar naprasno otišlo, u Domu zdravlja sad vlada kaos	4.7.2019.	Index.hr
25	Ekskluzivno: Doznali smo rezultate vještačenja smrti Gabrijela, ovo su krivci	6.12.2019.	Index.hr
26	Gabrijel bi danas imao 10 godina. Njegova očajna majka ima samo jednu želju	6.12.2019.	Index.hr
27	Godišnjica je Gabrijelove smrti. Otkrili smo koga se još tereti za njegovu smrt	11.12.2019.	Index.hr
28	Gabrijelova mama: Bio mi je najgori dan u životu kad su optužili Kseniju	19.12.2019.	Index.hr
29	Doznajemo: Znaju se krivci za smrt dječaka Gabrijela, a istrage još nema	17.1.2020.	Index.hr
30	DORH istražuje tri liječnice i medicinske sestre. Dječakova majka: Kako mogu mirno spavati?	4.5.2020.	Večernji online
31	DORH pokreće istragu protiv četiri osobe zbog smrti Gabrijela Bebića	4.5.2020.	Index.hr
32	DORH ISTRAŽUJE ČETIRI MEDICINSKE DJELATNICE ZBOG SMRTI MALOG GABRIJELA; MAJKA: / 'Vraćale su ga, nisu ga ni pogledale'	4.5.2020.	Net.hr
33	Podignuta optužnica protiv 3 liječnice i sestre: "Gabrijel je umro zbog propusta"	20.2.2021.	Index.hr
34	Podignute optužnice protiv triju liječnica Hitne pomoći i sestre zbog smrti malog Gabrijela (9)	20.2.2021.	24sata
35	Gabrijelov otac: 'Ovo će donijeti pravdu i istinu za mog sina'	20.2.2021.	24sata
36	NAKON GOTOVO TRI GODINE POTIGNUTA OPTUŽNICA ZA SMRT MALOG GABRIJELA: / Za nesavjesno liječenje optuženo četovoro ljudi	20.2.2021.	Net.hr
37	TRI I POL GODINE KASNIJE / Potvrđena optužnica protiv tri liječnice i medicinske sestre zbog smrti malog Gabrijela iz Metkovića	1.5.2021.	Net.hr
38	Sjećate se malog Gabrijela? Umro je prije 3 godine, optužnica i dalje nije potvrđena	12.11.2021.	Index.hr
39	Tri i pol godine nakon smrti malog Gabrijela potvrđena optužnica protiv liječnica i medicinske sestre	11.5.2022.	Večernji online
40	Potvrđena optužnica za smrt Gabrijela. Majka: Djeca imaju traume zbog bratove smrti	11.5.2022.	Index.hr