RÔZNE POHLADY NA ZODPOVEDNOSŤ V ZDRAVOTNÍCKOM SYSTÉME

Zuzana Kaššaiová

Abstrakt

Veda a technológie idú neuveriteľnou rýchlosťou dopredu. Napriek tomu má zdravotnícky systém veľa nedostatkov a medicínske chyby sa stávajú neustále. V posledných rokoch sa pozornosť upriamuje na zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti. Podľa štatistík z národných štúdií v rôznych európskych krajinách, 8 – 10 % chýb je spôsobené ľudským faktorom. V tomto texte som prebrala najzákladnejšie koncepty individuálnej a kolektívnej zodpovednosti a poukazujem na to, že v zdravotníckom systéme sú jednotlivci často súčasťou tímov a nie je možné jednoznačne určiť individuálnu zodpovednosť. Napriek tomu prevládajúca kultúra viny smeruje k sankciovaniu jednotlivca. Domnievam sa, že aktuálnosť témy na Slovensku aj v Českej republike je posilnená zvyšujúcim sa počtom prípadov pochybení, ktoré sú rozoberané v médiách. Preto poukazujem aj na možný dopad médií a kultúry viny na zdravotníckeho profesionála, ktorý pochybí, a zároveň dochádzam k záveru, že obviňovanie jednotlivca nerobí systém bezpečnejším. Naše zameranie by skôr malo smerovať na preukázanie, že jednotlivec môže byť neopatrný. Ale ak sa už stane chyba, apelovať by sme mali na zlepšenie systému a prevenciu pred rovnakými chybami. Iba takto dokážeme premeniť kultúru viny na kultúru bezpečnosti a zlepšiť zdravotnú starostlivosť.

Kľúčové slová: zdravotnícky systém, zodpovednosť, kultúra viny, média

DIFFERENT OPINIONS ON RESPONSIBILITY IN HEALTHCARE SYSTEM

Abstract

The science and technology are evolving incredibly fast. Despite that, the healthcare system has a lot of insufficiencies and medical failures happen consistently. In recent years the focus has been on increasing the quality of healthcare. According to statistics from national studies from different European countries, 8 to 10 % of mistakes are being caused by the human factor. In this text I discuss the most fundamental concepts of individual and collective guilt and point out that in healthcare system are individuals often part of a team and it is not possible to determine unambiguously the individual responsibility. In spite of this the dominant culture of guilt tends to penalize the individual. In my opinion, the urgency of this topic in Slovakia and The Czech Republic is emphasized by the increasing number of cases of failure which are being discussed in the media. Therefore I point out even possible impact of media and the guilt culture on the medical professional who fail and simultaneously I conclude that blaming the individual does not make the system safer. Our focus should rather be centred on showing that an individual can be incautious. However when the mistake happens we should appeal to improving the system and a prevention of this type of mistakes. Only this way we can change the culture of guilt to a culture of safety and improve the healthcare.

Keywords: healthcare system, responsibility, culture of guilt, media

Došlo: 20. 11. 2018

Schváleno: 2. 8. 2019

„16-ročnej prvorodičke sestra na gynekologickom oddelení omylom podala intravenózne epidurálnu anestéziu namiesto antibiotík. Dievča utrpelo záchvat a zomrelo. Dieťa sa podarilo zachrániť.“

(ASQ, 2007)

„10-ročný chlapec z Indie bol prijatý na pediatrickú ambulanciu z dôvodu očkovania. Chlapec bol v dobrom zdravotnom stave, všetky očkovania boli aktualizované s výnimkou hepatitídy B. Lekár diskutoval o potrebe očkovania s otcom chlapca a napokon sa rozhodli chlapca zaočkovať. Po podaní látky lekár zistil, že podal dávku vakcíny pre hepatitídu A namiesto hepatitídy B.“

(Gallagher, & Levinson, 2004)

Cicero si kládol otázku: „*Je prirodzené pre človeka, že sa dopúšťa chýb?*“ James Reason (1990) rozumie pod ľudskými chybami všetky situácie, v ktorých nie je možné dosiahnuť plánované sekvencie mentálnych alebo fyzických aktivít a tieto zlyhania nemožno pripísať zásahu nejakej náhodnej udalosti. Podľa Ernsta Macha (dle Reason, 1990) znalosti a chyby vychádzajú z rovnakých mentálnych zdrojov. Iba úspech nám hovorí, čo je znalosť a čo chyba. Gorovitz a MacIntyre (1975) hovoria o „*nevyhnutných omyloch*“ – niektoré veci, ktoré chceme urobiť, sú mimo našu kapacitu. Napriek zdokonaleniu technológií, naše mentálne a psychické sily sú obmedzené a veľká časť sveta a vesmíru je - a ostane - mimo nášho chápania a kontroly. Avšak existujú sféry, kde kontrolu máme – postaviť mrakodrapy, predpovedať snehové búrky, zachrániť pacienta pred srdcovým infarktom.

V týchto sférach existujú iba dva dôvody zlyhania. Prvým je nevedomosť – môžeme sa mýliť, pretože veda nám dala len čiastočné pochopenie sveta – mrakodrapy, ktoré ešte nevieme postaviť, snehové búrky, ktoré ešte nevieme predpovedať, ochorenia, ktoré ešte nevieme vyliečiť. Druhým dôvodom je hlúposť – pretože v týchto prípadoch existujú vedomosti, ale nevyužívame ich správne. Ako mrakodrap, ktorý sa zrúti alebo človek s infarktom, ktorý chybou zdravotníkov umrie.

V tomto storočí sa výrazne zmenila rovnováha medzi nevedomosťou a hlúposťou. Nevedomosti môžeme odpustiť neúspech, pretože ak chýba vedomosť, sme radi, že ľudia vynaložili maximálne úsilie. Dnes však poznáme veľa rôznych spôsobov ako znížiť, napríklad, pravdepodobnosť srdcového záchvatu. Ako je teda možné, že 20 – 30 % pacientov prijíma kontraindikovanú starostlivosť (Starfield, 2000)? A čo myslíme tým, že pri 8 – 12 % hospitalizácií lekárske chyby a chyby v zdravotnej starostlivosti súvisia s nežiaducimi účinkami (Waldman, Smith, 2012)? Ak teda vedomosti existujú a nie sú správne aplikované, je ťažké nebyť nahnevaný. Gorovitz a MacIntyre (1975) to nazývajú hlúposťou, avšak niektorí (Oyebode, 2006) používajú slová ako nedbalosť či dokonca bezcitnosť.

Medicínske chyby a zodpovednosť

Ak sa hovorí o medicínskych chybách, pozornosť sa upriamuje zväčša na zdravotnícky systém a jeho slabiny, no zahŕňa aj právnické, etické a ekonomické stránky. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (2017) je pacientova bezpečnosť globálnou verejnou prioritou. Zdravotnícke chyby sú dôsledkom nielen objektívnych faktorov, ako nedokonalosť lekárskej vedy či nedostatok pracovných podmienok, ale vyplývajú aj zo subjektívnych faktorov, ako napríklad nedbanlivosť či nedostatok vedomostí (Stoyanova, Raycheva, & Dimova, 2012). Waldman a Smith (2012) uvádzajú, že približne 5 % všetkých pacientov prijatých do britských nemocníc má negatívnu skúsenosť, ktorej sa dá predchádzať. Vo Veľkej Británii v roku 2000 nahlásila „*An Organization with memory*“ 850 000 nežiaducich účinkov ročne, čo je približne 10 %. Rovnaké výsledky priniesla v roku 2005 národná štúdia v Španielsku, neskôr Francúzsko a Dánsko publikovalo podobné výsledky (WHO, 2017). Na Slovensku a v Českej republike neexistuje súhrnná evidencia medicínskych pochybení, ale v roku 2010 slovenský Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou (ďalej ÚDZS) riešil 1 469 sťažností v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti, z toho 245 uznal ako opodstatnené (Bendová & Vaverková, 2012). V roku 2016 ÚDZS riešil celkovo 870 sťažností, pričom 172 (19,77 %) z nich vyhodnotil ako opodstatnených. Podania sa týkali predovšetkým nespokojnosti s postupom pri liečbe (56,16 %) a úmrtia v súvislosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou (25,41 %) (Gurňáková, 2017). Odhady presných čísel však variujú, či už v závislosti od kritérií hodnotenia, spôsobu nahlasovania alebo ochoty hlásiť takéto pochybenia.

Problematika zdravotnej starostlivosti nie je v centre pozornosti iba v posledných desaťročiach. Za všeobecne uznávaným obdobím modernej éry zlepšovania kvality sa považuje publikácia „*Hodnotenie kvality medicínskej starostlivosti*“ od A. Donabediana (1966), v ktorej načrtol model a poukázal na hodnotenie troch oddelených prvkov: *štruktúra* (nastavenie, personál, technológie zodpovedné za poskytovanie zdravotnej starostlivosti); *proces* (diagnostika, liečba, preventívna starostlivosť); *výsledky* (všetky efekty starostlivosti na pacienta a populáciu).

Donabedian veril, že štruktúra vplyva na proces a proces na výsledky. Spolu tvoria základ pre efektívny súbor opatrení. Avšak tomuto modelu bolo vytýkané separátne hodnotenie prvkov, ktoré sa nepribližuje k reálnej medicínskej praxi, nakoľko výsledok ovplyvňujú aj faktory mimo kontrolu zdravotníckeho personálu. Ideálne by sa tieto faktory mali skúmať súčasne a snažiť sa nájsť spôsoby, ako zlepšiť jeden aspekt starostlivosti, ktorý následne pozitívne ovplyvní aj ostatné (Warrier & McGillen, 2011). Ak sa však chceme zaoberať problematikou zlepšenia zdravotnej starostlivosti, narážame na otázku alokácie zodpovednosti medzi organizačným systémom a odborníkmi ako jednotlivcami. Samotný termín zodpovednosť sa vzťahuje na potrebu viditeľného a transparentného rozhodovacieho procesu v zdravotnej starostlivosti, ako aj spôsobu dosiahnutia tohto cieľa (Nunes, Brandao, & Rego, 2011). V počiatočnej fáze dominoval názor, že chyby v zdravotnej starostlivosti sú výsledkom individuálnych príčin. Postupne sa formoval názor, že chyby nie sú výsledkom individuálneho neúspechu, ale neodvratnou črtou zle navrhnutého systému (Leape et al., 2000). Scott D. Sagan (1993) po analýze nehôd ako Černobyľ alebo po ropnej katastrofe Exxon Valdez poukázal, že po nehodách sa neuskutočnilo „učenie“, nepomohla decentralizácia authority alebo dokonca

nebola uskutočnená a nedochádza k vykonaniu reálnych pokusov o zmenu v systémoch s katastrofálnym potenciálom. Charles Perrow (1999) tak dospel k názoru, že „systémové elity“ sa nestarajú o bezpečnosť a v dôsledku organizačnej politiky sa mnohé činy takmer neriešia. Ako reakcia sa začal presadzovať systém a podporovať kultúra, ktoré by zmiernili alebo eliminovali chyby (Leape et al., 2000). Takýto prístup však viedol k nesprávnemu priradeniu celej zodpovednosti za bezpečnosť pacientov systému (Wachter & Pronovost, 2010). Namiesto prístupu „bez viny“ jednotlivca sa v súčasnosti čoraz viac upozorňuje na „kultúru spravodlivosti“, aby boli zodpovední jednotlivci rovnako ako systémy (Wachter, 2013). Jednotlivci, akokoľvek disciplinovaní, môžu robiť chyby v zle fungujúcom alebo navrhnutom systéme. Na druhej strane, hľadanie systémových chýb v prípade človeka môže byť rovnako neplodné.

Aj napriek úsiliu, neexistuje dostatok empirického a teoretického základu a všetky snahy o spravodlivé rozdelenia majú tendenciu byť skôr normatívne a mechanické. Napr. Marxov „algoritmus“ rozlišuje medzi 3 typmi chýb: ľudskou chybou (neúmyselným činom); rizikovým správaním (prijatie správania, ktoré zdravotník nevníma ako potenciálne nebezpečné) a bezohľadným správaním. Podľa autora je iba posledná kategória vnímaná ako úmyselná a mala by byť individuálne potrestaná. Ďalej navrhuje riešenia ako utišovanie a koučing (Marx, 2001).

Iný koncept ponúkajú Meadows, Baker, & Butler (2005), ktorí vytvorili nástroj so sériami otázok, ktoré pomáhajú identifikovať motívy, konanie a správanie jednotlivca v čase incidentu. Tieto nástroje však boli kritizované za príliš zjednodušujúci pohľad, kedy je možné jednoduché rozlišovanie medzi prijateľným a neprijateľným správaním (Dekker, 2012). James Reason (1997) však poznamenal, že v niektorých prípadoch sa vyžadujú sankcie, a je proti prirodzenej spravodlivosti, ak by sa nesankciovalo nebezpečné správanie. Navrhuje spravodlivú kultúru, v ktorej je atmosféra dôvery a ľudia sú povzbudzovaní či odmeňovaní za poskytovanie základných informácií súvisiacich s bezpečnosťou, ale v ktorej bude jasné, čo je prijateľné a čo neprijateľné správanie.

Je však otázne, či je možné identifikovať individuálny príspevok k bezpečnosti pacienta, keď jednotliví prispievatelia zdravotnej starostlivosti sú zväčša súčasťou tímov. Politický filozof Dennis Thompson (1980) nazýva bezpečnosť pacientov „problémom mnohých rúk“. Boskov (2003) výskum chirurgov počas tréningu demonštruje, ako sa zodpovednosť vytvára a presadzuje prostredníctvom opakovaných a kolektivizovaných vzorov vnímania, vysvetľovania, rozpoznávania a disciplinovania akcií a udalostí. Bell et al. (2011) hovoria o kolektívnej zodpovednosti, a teda zodpovednosti na úrovni individuálnej, zdravotníckych tímov a inštitúcií. Podľa autorov by v rámci kolektívnej zodpovednosti mali inštitúcie vyvíjať robustné reportovacie systémy, podporovať klinikov po nepriaznivých udalostiach a medicínskych chybách a vyvíjať spôsoby kompenzácie pacientov, ktorí sú poškodení týmito chybami. Organizácie by tiež mali presadzovať udržanie kompetencií a zabezpečiť dodržiavanie kvality. Týmto autori pokračujú v sociologickej tradícii Émila Durkheima o hodnote sankciovania ako kolektívnej zodpovednosti, ktorá pomáha zviditeľniť a posilniť normy komunity (vrátane profesionálnej) a zvýšiť solidaritu s touto komunitou. Naopak, M. Weber a H. D. Lewis ostro vystúpili proti konceptu kolektívnej zodpovednosti. Weber (1978) tvrdí, že kolektívna zodpovednosť nemá zmysel, pretože nemôžeme izolovať kolektívne činy

od identických akcií mnohých, respektíve viacerých osôb. Skupiny, na rozdiel od jednotlivcov, ktorí do nich patria, nemôžu myslieť ako skupina alebo formulovať zámary, ktoré sa zvyčajne považujú za nevyhnutné k akcii. Podľa Lewisa (1984), ak by sme mali brať koncept kolektívnej zodpovednosti vážne, samotný koncept individuálnej morálnej zodpovednosti by sa narušil. Jeho útok bol založený na tom, že nikto nemôže byť zodpovedný za činy druhej osoby. Hodnota patrí iba jednotlivcovi a on jediný je nositeľom morálnej zodpovednosti. Podľa jeho idey, kolektívna zodpovednosť ničí základ západnej etiky, a to morálnu zodpovednosť jednotlivca. Jeden z kritikov kolektívnej zodpovednosti J. Narveson (2002) pokračuje v duchu Webera a Lewisa. Nositelia morálnej zodpovednosti musia byť iba jednotlivci, pretože iba oni majú morálnu agendu.

Z tohto môžeme vyvodiť, že zodpovednosť nie je jednotným konceptom – aj keď by nám mohli protirečiť mnohí zástupcovia zdôrazňujúci individuálnu zodpovednosť ako prostriedok zlepšenia výkonu. Lerner & Tetlock (1999) tvrdia, že existuje tak mnoho druhov zodpovednosti, koľko existuje odlišných vzťahov medzi ľuďmi a organizáciami. To znamená, že zodpovednosť nie je jednoznačná a jednoduchá. Dobrou stránkou je, že ak môže mať mnoho podôb, potom existujú alternatívne spôsoby, ako udržať ľudí zodpovedných.

Prevládajúca kultúra viny a jej dopad

V súčasnej kultúre nie je nič neobvyklé, že vinníkmi nejakého nešťastia sú takzvaní vonkajší nepriatelia systému. Odobratie odznakov, certifikátov, licencií alebo iného označenia totožnosti a statusu v dôsledku nehody delegitimizuje člena komunity (Ballantyne, 2002). Táto delegitimizácia v podstate uľahčuje kriminalizáciu tým, že začína postupný proces dehumanizácie jednotlivca.

Wilkinson (1994) predstavuje príklad demobilizácie kapitána British Airways B-747. Kapitán bol obvinený z nedbanlivosti a ohrozenia posádky letu a nasledovalo trestné konanie. Bulvárna tlač mala veľký podiel na dramatizácii celej situácii, čím podporovala dehumanizáciu kapitána a viedla k jeho samovražde. Takéto prípady nie sú ojedinelé ani u nás, kedy obvinení lekári sú odsúdení za prečin usmrtenia pacienta. A aj keď to môže priniesť pocit spravodlivosti, Hilfiker (1984) upozornil na dysfunkčné spôsoby vyrovnávania sa lekárov so svojimi vlastnými chybami. Často reagujú hnevom, projekciou viny, môžu konať defenzívne alebo obviňovať iných členov tímu či pacienta. Z dlhodobého hľadiska sú niektorí lekári hlboko ranení, vyhoria alebo hľadajú útechu v alkohole a iných drogách. Tým pádom je učenie z nehody nemožné, popripade minimálne, nakoľko veľmi zriedka sa stáva zo strany kolegov, že si uvedomia rovnakú zraniteľnosť k podobným chybám.

Kohnová, Corriganová a Donaldsonová (2000) v knihe „*To Err Is Human: Building a Safer Health System*“ ponúkajú riešenia vo forme bezpečnostných systémov či vytvorení centier pre bezpečnosť pacientov. Aj napriek tomu, že bolo vytvorených niekoľko centier pre bezpečnosť pacientov (Jensen, 2008), nebol zavedený napríklad povinný systém hlásenia správ. Mnohé organizácie majú vytvorené systémy na zaznamenávanie nehôd a udalostí, u ktorých došlo k chybám. Tieto systémy sú však inkonzistentné v mnohých rozmeroch ako obsah, formát hlásení, samotná kľúčová skupina, nakoľko je správa povinná alebo dobrovoľná, dôverná, možnosť anonymity v systéme. Ako poznamenali Holden & Karsh (2007), mali by sa robiť ciele rozhodnutia ohľadom toho, čo by malo byť hlásené, kto by mal podávať správu, ako by

sa informácie mali oznamovať a nakoniec, čo by sa malo s výslednými správami robiť. Ďalším problémom v správach je, že nehody a incidenty sú podané nedostatočne a existujú nerovnomerné hlásenia o nehodových udalostiach medzi pracovníkmi v závislosti od ich postavenia (Lawton & Parker, 2002). Dôvodom týchto rozdielov a nedostatkov v hláseniach môžu byť bariéry ako vysoké pracovné zaťaženie a zaneprázdnenie (Suresh et al., 2004), neochota, ale i nedostatok znalosti o potrebe nahlásovania, pochybnosti, kto by mal podávať správy (Robinson et al., 2002), neistota, ako to nahlásiť (Jeffe et al., 2004) alebo obavy z možných dôsledkov (Weingart et al., 2000). Prevládanie kultúry viny prispieva k neochote hlásiť takéto incidenty aj tým, že mnohé štátne a federálne systémy sú zriadené na disciplinárne účely. Cullen s kol. (1995) v jednej štúdii preukázali značné rozdiely v názoroch na to, čo by sa malo hlásiť a čo je reálne hlásené. Práve táto diskrepancia môže byť príčinou domnienky, že hlásenie chýb je disciplinárnym nástrojom. Kultúra obviňovania a viny v oblasti zdravotnej starostlivosti, ktorá nadmerne zdôrazňuje disciplinárne opatrenia alebo iné nepriaznivé dôsledky, ako je hanba či zameranie pozornosti na chybujúceho jednotlivca, tak odrádza praktizujúcich od pripúšťania chýb. Paradoxom však je, že bez podávania a hlásenia správ sa nemožno dopracovať k jednotnému systému a ani k samotnému cieľu týchto správ, a to, k identifikácii ľudských faktorov v nehodových situáciách (Holden, & Karsch, 2007).

Analýza chýb ako prostriedok zmeny?

Ako sme spomínali vyššie, v súčasnosti sa apeluje na kultúru spravodlivosti, podľa ktorej by sa všetky nehody, ktoré majú za následok smrť alebo vážne zranenia mali vyhodnotiť s cieľom vylepšenia systému a redukcie podobných prípadov v budúcnosti. Aj chyby, ktoré nevedú k vážnym dôsledkom predstavujú príležitosť k zlepšeniu fungovania a prevencia chýb znamená zlepšenie na všetkých úrovniach zdravotnej starostlivosti.

James Reason (1990) analyzoval viaceré nehody s cieľom preskúmať úlohu systémov a individuálneho príspevku v týchto nehodách. Podľa autora, ak veľké systémy zlyhajú, je to spôsobené viacerými chybami, ktoré sa vyskytujú spoločne v neočakávanej interakcii vytváraním reťazca udalostí, v ktorých sa chyby rozrastajú a vyvíjajú. Jednotlivci či samotné oddelenie vlastnia iba nejaký kúsok liečebného systému, ale spravidla nemajú vplyv na zdravotný systém ako celok. Podobne, Aveling et al. (2016) skúmali prípadové štúdie v afrických a anglických nemocniciach. Autori potvrdili, že bezpečnosť pacientov závisí od viacerých zdravotníckych poskytovateľov a systému. Jednotlivec, ktorý bol najviac blízko incidentu a mohol by sa považovať za vinníka, bol plne zodpovedný len zriedkavo. Napríklad, jedna sestra v Sakutre zabudla pred operáciou podať profylaktické antibiotiká, ale takéto chyby boli skôr odrazom systémových problémov v rámci organizačného kontextu. Prínos jednotlivca k nehodám nie je úplne zanedbateľný, ale zameriavať sa výlučne na incidenty nám ponúka len čiastočné vysvetlenie. Ako poukázali autori, štandardy, ktoré zdravotnícki pracovníci mali spĺňať im neboli vždy jasné, často chýbali klinické alebo administratívne protokoly alebo vedomosť o tých, ktoré existujú. Na druhej strane, v anglických nemocniciach bolo protokolov príliš mnoho, často sa menili a pracovníci uviedli, že nie je možné sledovať všetky aktualizácie a zmeny. Pracovníci často identifikovali medzery medzi tým, čo by mali robiť a dostupnými zdrojmi, poukazovali na problémy so zariadením, personálom, riadením a infraštruktúrou. Týmto nechceme povedať, že by sa nemalo apelovať na individuálnu zodpovednosť

zdravotníkov a myslíme si, že každý pracovník musí mať spôsobilosť a charakter rozhodujúci pre výkon v danej profesii. Avšak, súhlasíme s Avelingom et al. (2016), že tieto individuálne kompetencie a profesionálne cnosti sa neposilňujú a neudržiavajú systémom a systém nie vždy podporuje a zaisťuje bezpečnosť.

Napríklad autori preukázali, že vo všetkých nemocniciach bol identifikovaný vplyv medzi pomerom zamestancov a pacientmi na kvalitu poskytovanej starostlivosti a bezpečnosť, ale z dôvodu externe stanovených úrovní financovania a obmedzenej dostupnosti sa to neriešilo. Autori takisto zistili, že zdravotnícki pracovníci často pracujú tvrdo, hľadajú kreatívne riešenia a morálna agenda jednotlivcov je v takýchto prípadoch hranicou medzi poškodením a pomocou. Niekedy sa v dôsledku nepriaznivého charakteru prostredia cítili demoralizovaní a vyčerpaní. Mnohí sa cítili zbavení kontroly nad situáciou, čo príležitostne znamenalo, že neprijímali vlastnú zodpovednosť aj v prípade, kedy mohli pomôcť alebo uľaviť pacientovi. Ako príklad uvádzajú staršieho pacienta, ktorý spadol z postele a zostal niekoľko minút na zemi, dokým personál neupratal okolité postele, napriek tomu, že si boli vedomí a informovaní o tejto situácii. Takisto sa sťažisti alebo iní zdravotnícki personál pokúšajú o úlohy, ktoré sú za ich kompetenciami, buď za účelom získania skúsenosti alebo z dôvodu, že v danom okamihu nebol nikto k dispozícii. V niektorých prípadoch však môže dôjsť k vážnemu poškodeniu pacienta.

Môžeme zhrnúť, že podľa niektorých autorov na ochranu pacientov pred možným poškodením v dlhodobom horizonte, ako aj na udržanie profesionálnej komunity, je nevyhnutné uplatňovanie sociálnej kontroly prostredníctvom sankcií. Podľa týchto autorov sa niektoré chyby môžu považovať za „odpustiteľné“, zatiaľ čo iné sú dôkazom morálneho zlyhania, pretože sa nedodržiavajú záväzky, ktoré si ich profesia vyžaduje. V takom prípade sú chyby sankcionovateľné (Bosk, 2003). Na druhej strane, pri väčšine situácií v zdravotníctve nie je jasná a jednoznačná osobná zodpovednosť a nie sú vytvorené systémy, ktoré by rozdeľovali úmyselný čin od neúmyselného alebo určili zodpovednosť medzi systémom a jednotlivcom. Podľa nás by naša pozornosť mala byť zameraná skôr na vzájomnú prepojenosť individuálneho správania, organizačného a systémového kontextu. V literatúre sme nenašli jednoznačné riešenia, avšak niektorí autori poskytujú návrhy.

Podľa Edwina (2009) by inštitúcie, ktoré majú v rukách moc a kontrolu usmernení, mali poskytovať v takýchto prípadoch emočnú podporu všetkým zdravotníkom. Tým môže byť uľahčená morálna odvaha priznať chybu. Dekker (2003) navrhuje, aby jednotlivci podieľajúci sa na nešťastiach a katastrofách boli zodpovední tým, že rozprávajú svoj príbeh. Niektoré výskumy (Hinyard & Kreuter, 2007; Monk et al., 2016) poukazujú na hodnotu príbehu pri príprave na dynamické a komplexné situácie. Práve to by mohli využívať napríklad systémy, namiesto inkriminovanej formy zodpovednosti, ktorá v skutočnosti spomaľuje kvalitu v prvom rade tým, že ľuďom znižuje motiváciu tieto príbehy rozprávať (Dekker, 2003). Podľa Avelinga et al. (2016) jednou z hlavných povinností zdravotníckych organizácií a inštitúcií nie je len vytvorenie algoritmu pre distribúciu viny, ale aj podpora, kultivácia a udržanie individuálnej spôsobilosti a cnosti. Bell et al. (2011) poskytujú príklad, ako by mohlo vyzeráť učenie sa z chýb a kolektívna zodpovednosť pre primárnu starostlivosť pri oneskorenej diagnóze pacienta s rakovinou. Navrhujú, aby sa priamo a otvorene pacientovi komunikovala chyba a informovali potrebné inštitúcie. Pacient by sa potom zúčastnil na analýze udalostí a mohli sa tak odhaliť

príčiny oneskorenej diagnostiky a zaviedol plán prevencie, na ktorom by sa spolupodieľali inštitúcie. Autori zachádzajú aj ďalej a navrhujú, aby sa inštitúcie podieľali na komunikácii s orgánmi, ktoré sa zaoberajú zanedbaním starostlivosti a ponúkli pacientovi primeranú kompenzáciu. Všetky zúčastnené strany sa nakoniec stávajú priamymi účastníkmi zlepšenia systému na dennej báze, informujú o nedostatkoch, zlepšujú komunikačné a tímové zručnosti a uplatňujú mentalitu spoločného spolupodieľania sa na bezpečnosti pacientov.

Záver

Zodpovednosť bola pôvodne vytvorená ako individuálna doména, avšak popri komplexnom systéme zdravotnej starostlivosti sa rozšírila na úroveň kolektívnu. Aj napriek tomu, že v našej spoločnosti prevláda kultúra viny, chyby zdravotníckych pracovníkov by mali byť podstatné pre celú organizáciu a systém, pretože ponúkajú dôležitú lekcii. To si podľa nás vyžaduje aj kultúrnu zmenu pohľadu, aby celá spoločnosť pochopila, že bezpečnosť je syntézou zodpovednosti a spoľahlivosti individuálneho profesionála, inštitúcií a zdravotníckeho systému.

Odborník získava nástroje, aby mohol adekvátne reagovať na požiadavky pacienta a na záväzky voči spoločnosti. Avšak, systém zdravotnej starostlivosti získava nástroje na kontrolu odborníka, s možnosťami monitorovať umiestnenie odborníkov v daných pozíciách, v závislosti od ich schopností a úrovne výkonu (Genovese et al., 2017). V literatúre sme nenašli jednoznačné odpovede, ako efektívne zlepšiť bezpečnosť pacienta, no čoraz viac autori zdôrazňujú tzv. spravodlivú kultúru, v ktorej chyby ponúkajú príležitosť pre učenie sa. Možno by takéto pojmy zodpovednosti a spravodlivosti mohli presunúť kultúru obviňovania do kultúry bezpečnosti a plniť to, čo hlásal Hippocrates: „*Pomôcť alebo prinajmenšom neškodiť.*“

PodĎakovanie

Tento príspevok je súčasťou riešenia projektu VEGA 2/0070/18 Kognitívne a sociálne zručnosti podporujúce kvalitu rozhodovania a celkového výkonu práce u členov posádok záchrannej zdravotnej služby.

Literatúra

- ASQ (2007). *Nurse Charged With Felony in Fatal Medical Error*. Retrieved from <http://asq.org/qualitynews/qnt/execute/displaySetup?newsID=1056>.
- Aveling, E., Parker, M., & Dixon-Woods, M. (2016). What is the role of individual accountability in patient safety? A multi-site ethnographic study. *Sociology of Health & Illness*, 38(2), 216–232. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12370>
- Ballantyne, T. (2002). Peers support sieged pilots: Taipei accused of glossing over airport deficiencies. *Orient Aviation*, 6, 20–21.
- Bendová, J., & Vaverková, I. (2012). Bezpečnosť pacienta v primárnej starostlivosti na Slovensku. *Všeobecné lekárstvo*, 9(1), 32–33.
- Bell, S. K., Delbanco, T., & Anderson-shaw, L. (2011). Accountability for medical error moving beyond blame to advocacy. *CHEST*, 140(2), 519–526. <https://doi.org/10.1378/chest.10-2533>

- Bosk, C. L. (2003). *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Cullen, C. J., Bates, D. W., & Small, S. D. (1995). The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 12, 541–52. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(16\)30180-8](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30180-8)
- Dekker, S. W. A. (2003). When human error becomes a crime. *Human Factors and Aerospace Safety*, 3(1), 83–92. Retrieved from <http://sidneydekker.com/wp-content/uploads/2013/01/ErrorCrimeDekker.pdf>
- Dekker, S. (2012). *Just culture: Balancing safety and accountability*. CRC Press: Ashgate Publishing.
- Donabedian, A. (1996). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691–729. <https://doi.org/10.2307/3348969>
- Edwin, A. K. (2009). Non-disclosure of medical errors an egregious violation of ethical principles. *Ghana Medical Journal*, 43(1), 34–39. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2709172/>
- Gallagher, T. H. & Levinson, W. (2004). *The Wrong Shot: Error Disclosure (AHRQ)*. Retrieved from <http://www.ihl.org/education/IHIOpenSchool/resources/Pages/Activities/AHRQCaseStudyWrongShotErrorDisclosure.aspx>.
- Genovese, U., Sordo, S. D., Pravettoni, G., Akulin, I., Zoja, R., & Casali, M. (2017). A new paradigm on health care accountability to improve the quality of the system: four parameters to achieve individual and collective accountability. *Journal of Global Health*, 7(1), 6–9. <https://doi.org/10.7189/jogh.07.010301>
- Gurňáková, J. (2017). Mýlit' sa je nebezpečné alebo potrebuje medicína psychológiu? In M. Blatný, M. Jelínek, P. Květon, D. Vobořil (Eds), *Sociální procesy a osobnost 2017: Sborník příspěvků*. Brno: Masarykova univerzita.
- Gorovitz, S., & MacIntyre, A. (1975). Toward a theory of medical fallibility. *Philosophy*, 5(6), 13–23. <https://doi.org/10.2307/3560992>
- Hilfiker, D. (1984). Facing Our Mistakes. *The New England Journal of Medicine*, 310(2), 188–222. <https://doi.org/10.1056/NEJM198401123100211>
- Hinyard, L. J., & Kreuter, M. W. (2007). Using narrative communication as a tool for health behavior change: A conceptual, theoretical, and empirical overview. *Health Education & Behavior*, 34(5), 777–792. <https://doi.org/10.1177/1090198106291963>
- Holden, R. J., & Karsh, B. (2007). A review of medical error reporting system design consideration and a proposed cross-level systems research framework. *Human Factors*, 49(2), 257–276. <https://doi.org/10.1518/001872007X312487>
- Jeffe, D. B., Dunagan, W. C., & Garbutt, J. et al. (2004). Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(9), 471–479. [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(04\)30055-9](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(04)30055-9)
- Jensen, C. B. (2007). Sociology, systems and (patient) safety: knowledge translations in healthcare policy. *Sociology of Health & Illness*, 30(2), 309–324. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01035.x>

- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Healthcare System*. Washington D.C.: National Academy Press.
- Lawton, R., & Parker, D. (2002). Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 15–19. <http://dx.doi.org/10.1136/qhc.11.1.15>
- Leape, L. L., Kabacene, A. I., Gandhi, T. K., Carver, P., Nolan, T.W., & Berwick, D. M. (2000). Reducing adverse drug events: Lessons from a breakthrough series collaborative. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 26(6), 321–331. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(00\)26026-4](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(00)26026-4)
- Lerner, J. S., & Tetlock, P. E. (1999). Accounting for the effects of accountability. *Psychological Bulletin*, 125(2), 255–275. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.255>
- Lewis, H. D. (1984). Collective responsibility. *Philosophy*, 23(84), 3–18. <https://doi.org/10.1017/S0031819100065943>
- Marx, D. (2001). *Patient Safety and the “Just Culture”: A Primer for Health Care Executives*. New York: Columbia University.
- Meadows, S., Baker, K., & Butler, J. (2005). The incident decision tree: guidelines for action following patient safety incidents. *Advances in Patient Safety*, 4, 387–400. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20586/pdf/Bookshelf_NBK20586.pdf
- Monk, G., Sinclair, S., & Nelson, M. (2016). Exploring healthcare professionals’ use of narrative mediation approaches to address disclosure and apology in the aftermath of medical errors. *Narrative and Conflict: Explorations of Theory and Practice*, 3(1), 24–43. <https://doi.org/10.13021/G8ncetp.v3.1.2016.531>
- Narveson, J. A. N. (2002). Collective responsibility. *The Journal of Ethics*, 6(1), 179–198. <https://doi.org/10.1023/A:1015823716891>
- Oyebo, F. (2006). Clinical errors and medical negligence. *Advance in Psychiatric Treatment*, 12, 221–227. <https://doi.org/10.1159/000346296>
- Perrow, Ch. (1999). *Normal accidents: Living with high-risk technologies*. Princeton, N.J: Princeton University Press.
- Reason, J. (1990). *Human error*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Reason, J. T. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot, Hants, England: Ashgate.
- Nunes, R., Brandao, C., & Rego, G. (2011). Public accountability and sunshine healthcare regulation. *Health Care Analysis*, 19(4), 352–364. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007/s10728-010-0156-6>
- Robinson, A. R., Hohmann, K. B., Rifkin, J. I., Topp, D., Gilroy, C. M., Pickard, J. A., & Anderson, R. J. (2002). Physician and public opinions on quality of health care and the problem of medical errors. *JAMA Internal Medicine*, 162(19), 2186–2190. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.19.2186>
- Sagan, S. (1993). *The Limits of Safety: Organizations, accidents and nuclear weapons*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Starfield, B. (2000). Is US health really the best in the world? *JAMA*, 284(4), 483–485. <https://doi.org/10.1001/jama.284.4.483>
- Stoyanova, R. G., Rayacheva, R. D., & Dimova, R. T. (2012). Economic aspects of medical errors. *Folia Medica*, 54(1), 58–64. <https://doi.org/10.2478/v10153-011-0079-5>

- Suresh, G., Horbar, J. D., Plsek, P., Gray, J., Edwards, W. H., Shiono, P. H., & Ursprung, R. (2004). Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics*, 113(6), 1609–1618. <https://doi.org/10.1542/peds.113.6.1609>
- Thompson, D. F. (1980). Moral responsibility of public officials: The problem of many hands. *The American Political Science Review*, 74(4), 905–916. <https://doi.org/10.2307/1954312>
- Wachter, R. M. (2013). Personal accountability in healthcare: Searching for the right balance. *BMJ Quality & Safety*, 22(2), 176–182. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001227>
- Wachter, R. M. & Pronovost, P. J. (2010). Balancing ‘no blame’ with accountability in patient safety. *New England Journal of Medicine*, 361(14), 1401–1406. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMs0903885>
- Waldman, J. D., & Smith, H. L. (2012). Strategic planning to reduce medical errors: Part I- Diagnosis. *The Journal of Medical Practice Management*, 27(5), 260–262.
- Warrier, S., & McGillen, B. (2011). The evolution of quality improvement. *Medicine and Health, Rhode Island*, 94, 211-212. Retrieved from <http://www.rimed.org/medhealthri/2011-07/2011-07-211.pdf>
- Weber, M. (1978). *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press.
- Weingart, S. N., Ship, A. N., & Aronson, M. D. (2000). Confidential clinician-reported surveillance of adverse events among medical inpatients. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 470–477.
- Wilkinson, S. (1994). The November Oscar incident. *Air and Space*, February–March.
- WHO. (2017). *Data and statistics*. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>

O autorce

Mgr. Zuzana Kaššaiová je doktorandkou na Ústave experimentálnej psychológie CSPV SAV, v.v.i. K jej odborným záujmom patrí predovšetkým problematika sociálnych zručností v zdravotníckej oblasti.

Kontaktní údaje:

Adresa: Ústav experimentálnej psychológie, Centrum spoločenských a psychologických vied SAV, v.v.i., Dúbravská cesta 5819/9, 841 04 Bratislava - Karlova Ves
E-mail: kassaiova.zuzana@gmail.com

Kaššaiová, Z. (2019). Rôzne pohľady na zodpovednosť v zdravotníckom systéme. *E-psychologie*, 13(2), 47-57. <https://doi.org/10.29364/epsy.343>