

12. motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja

pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi

Motovunski glasnik Hrvatske mreže zdravih gradova

Broj

51

srpanj 2005

Zdrave radne organizacije ili kako promicati zdravlje
na radnom mjestu

Radionica:
Liječnici i kvaliteta zdravstvene zaštite

11. - 12. srpnja 2005.

<http://zdravi-gradovi.com.hr>

Motovun Summer School of Health Promotion

Motovunski glasnik Hrvatske mreže zdravih gradova br 51
Zdrave radne organizacije ili kako promicati zdravlje na radnom mjestu
Liječnici i kvaliteta zdravstvene zaštite

President, Croatian Healthy Cities Network
Predsjednik Hrvatske mreže zdravih gradova
Docent dr. Slobodan Lang

Coordinator Croatian Healthy Cities Network
Koordinator Hrvatske mreže zdravih gradova
Dr.sc.Selma Šogorić

Editor of the Report
Glavni i odgovorni urednici
Jadranka Mustajbegović
Iskra Alexandra Nola
Jasna Pucarín-Cvetković

Organizers
Redakcija
Coordinating Center for Croatian Healthy Cities Network
Suportivni centar Hrvatske mreže zdravih gradova

Andrija Štampar School of Public Health
Medical Faculty University of Zagreb

Škola narodnog zdravlja «Andrija Štampar»
Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu

Rockefellerova 4, 10000 Zagreb, Hrvatska
Telefon: +385 1 4566 996; telefax: +385 1 4570 275
e-mail: ssogoric@snz.hr
www.zdravi-gradovi.com.hr



Radionica: LIJEČNICI I KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

PROGRAM za Ponedjeljak, 11. srpnja 2005.

Moderatori: Jadranka Mustajbegović, Rudolf Karazman

- 10.00 – 10.30 Otvaranje radionice
10.30 – 11.00 **Radno mjesti u zdravstvu i kvaliteta zdravstvene zaštite**, Prof.dr. Jadranka Mustajbegović, Zagreb, Hrvatska
11.00 – 11.30 **Kako dolazi zdravlje u liječnika**, Prof.dr.sc. Rudolf Karazman, Beč, Austrija
11.30 – 12.00 Odmor za kavu
12.00 – 12.30 **Položaj I radno mjesto liječnika**, Katarina Sekelj Kauzlarić, dr. med., Zagreb
12.30 – 13.00 **Satisfakcija za rad, radni ambijent, distres I medicinska pogreška u liječnika**, Prof.dr. Nurka Pranjić, Tuzla, BiH
13.00 – 13.30 **ABC zdravlja i sigurnosti na radu u zdravstvenih djelatnika**, Prof.dr. Jovanka Karadžinska Bislimovska, Skopje, Makedonija

16.00 – 18.00 OKRUGLI STOL: Medicinska greška- liječnička odgovornost?

Moderatori: Egidio Čepulić, Hrvoje Šobat, Nikolina Budić, Jadranka Mustajbegović

Uvodna izlaganja: Hrvoje Šobat, dr.med.; Nikolina Budić, dipl.iur.; Josip Mađarić, dipl. iur.; prim. Viktorija Bradić, dr.med; prim. Egidio Čepulić, dr.med.

Gosti: Prof.dr. Ruben Eldar; Jean François Laurent, dr.med.; Franck Le Duff, dr.med.; prof.dr. Rudolf Karazman

20.00 Večera za sve sudionike radionice

PROGRAM za Utorak, 12. srpnja 2005.

Moderatori: Jadranka Mustajbegović, Jean François Laurent

- 09.00 – 09.30 **Radno mjesto zdravstvenog djelatnika- iskustva iz Slovenije**, mr.sc. Katja Bolčina, dr.med.,Ljubljana, Slovenija
09.30 – 10.00 **Upravljanje kvalitetom- iskustva iz Koprivnice**, mr.sc. Vesna Mađarić,dr.med, Hrvatska
10.45 – 10.00 **Liječnici i unaprijeđenje kvalitete u bolnicama u Francuskoj**, Jean François Laurent, dr.med., Renne, Francuska

10.00 – 10.15	Iskustva iz Francuske , Franck Le Duff, dr.med., Renne, Francuska
10.30 – 11.00	Odmor za kavu
11.00 – 11.30	Zdravlje I starenje zdravstvenih djelatnika , Prof.dr.sc. Rudolf Karazman, Beč, Austrija
11.30 – 11.45	Radno mjesto liječnika- svrha procjene , Jasminka Zgombić, dr.med., Zagreb, Hrvatska
11.45 – 12.00	Stresori na radnom mjestu liječnika , Bojana Knežević, dr.med., Zagreb, Hrvatska
12.00 – 12.30	Management u zdravstvu , Danko Bljajić, dr. med., Zagreb
12.30 – 13.00	Loša medicinska praksa – primjer iz SAD , Josip Mađarić, dipl.iur., Zagreb, Hrvatska

15.30 – 17.30 **Upravljanje kvalitetom – profesionalna određenja, edukacija, osobni razvoj**

Moderatori: Jadranka Mustajbegović, Katarina Sekelj Kauzlarić

Izlaganja: Katarina Sekelj Kauzlarić, dr.med, Hrvatska liječnička komora
 Goran Žurić, dr.stom. Hrvatska stomatološka komora
 Prof.dr.sc. Ana Stavljenić Rukavina, dr.med., Hrvatska komora medicinskih biokemičara
 Josipa Biščan, vms., Hrvatska komora medicinskih sestara
 Aleksandar Džakula, dr.med.

Efforts in People-People-Work

Rudi Karazman

- Goal of my work is the other Person
- Relationship is the media of my work
- Relationship needs ME
- ME is based on psychobiological mechanisms & capacity

Stressors in Hospital

- Content: Emotionsarbeit, Körper, Verantwortung
- Conditions: Arbeitszeit, Nachtarbeit, Ergonomie
- Risks: physik., chem., biolog., genetischen Noxen
- Process Structuring – design, interface, support
- Leadership Quality, Visibility, Recognition
- Competence and Careers
- Multiethnic Teams – Unicentric Culture
- Social Compliance & Interaction
- Decisions of Politicians: Einsparungen, Kammer, Personal

Ageing at Work & Performance Potentials
Nightwork & Ageing

Competence Matrix

Increase of Personal Productivity

Equal Work Content & Ageing
Equal contents = no respect for maturing competencies

Equal demands for unequal ages

- Decreasing & loss of challenge after 10 - 15 years
- Routine and boring
- Loss of meaning and reluctance against patients, bo

Horizontal Career „Masterly nursing“

HWI – Prädiktor Lebensqualität in Pension
Human Work Index Portfolio 1

Personal Prognosis of Productivity
Psychobiological Sustainability – Personal Capital
Human Work Index Portfolio 2

Sociale Produktivität Prognosis
Psycho-social Sustainability – Social Capital

Indicators for sustainable HR-Management
Arbeitsbewältigung - Prädiktor für Unfälle

BO-Potentiale bei Mensch-Mensch-Beruf

RADNO MJESTO U ZDRAVSTVU I KVALITETA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

WORKPLACE IN HEALTH CARE AND QUALITY OF HEALTH CARE

Jadranka Mustajbegović

Liječnici u Hrvatskoj žive 5 do 9 godina kraće od ostale populacije!
Physicians in Croatia live 5 to 9 years less than other population!

Zdravi zaposlenici

Odgovornost zaposlenika za vlastito zdravlje:

- Zdrav način rada i života:**
 - Prehrana, pušenje, sport;
- Zdravstveni nadzor:**
 - Usmjeren na zdravstvene rizike;
- Savjetovanja:**
 - Odnos rada i zdravlja...

Healthy employees

Employees responsibility for own health:

- Healthy work and lifestyle:**
 - nutrition, smoking, sports;
- Health surveillance:**
 - focus on healthrisks;
- Counseling hours:**
 - Relationship work and health...

Zdrave radne organizacije

3 osnovna elementa:

- Uvjeti rada;
- Radna klima;
- Zdravi zaposlenici.

Healthy organizations

3 basic elements:

- Working conditions;
- Working climate;
- Healthy employees.

Engl. *Quality*, lat. *Qualitas* =

- **svojstvo koje**
 - svjedoči o vrijednosti, uglađenosti ili dobroti **osobe (kakvoća)**,
 - ili odlikuje logiku, usustavljenost i korisnost **djelatnosti (vrsnoća)**.

Croatian:

- Person → kakvoća,
- Activity → vrsnoća.

U nastojanju prevencije ili otklanjanja pogreške aspekti:

- gospodarski i
- radne snage.

Sigurnost pacijenata i liječnika:
-smanjenje i

- rješavanje zbivanja potencijalno štetnih po pacijenta i zdravstvenog radnika:
- stres i umor.

Manjak sposobnosti za obavljanje složenih psihičkih i fizičkih poslova:

- deprivacija sna,
- preopterećenje poslom,
- tjelesno iscrpljenje,
- okolišni čimbenici,
- stres.

Umor je problem pri poslovima gdje su ključni sigurnost i kvaliteta rada- zdravstvo.

Najbolji način za

- preveniranje sigurnosnih incidenata,
- održavanja kvalitete i
- smanjenja troškova je smanjenje umora.

Radno mjesto u zdravstvu i kvaliteta zdravstvene zaštite:

Medicinska pogreška- liječnička odgovornost?

Upravljanje kvalitetom- pritisak, stres, sudbina ili profesionalna obveza?

Kvaliteta zdravstvene zaštite

Položaj i radno mjesto liječnika

Katarina Sekelj-Kauzlarić, dr. med.

*spec. fizikalne medicine i rehabilitacije, Nacionalni predstavnik u UEMS-i
Ovlašteni CARDS (EU) trener državne uprave, medicinska savjetnica HLK*

“Ništa nije tako lako kao što izgleda”
(Murphijev zakon)

- postojanje mnogobrojnih teorija organizacije rada, uloge i položaja izvršitelja posla
- postojanje opsežnih studija i preporuka o kvaliteti zdravstvene zaštite
- nedostatna informiranost neposrednog izvršitelja (liječnika, ali i drugih)
- nedostatna motivacija neposrednog izvršitelja

Sustavna teorija organizacije promatra svaku organizaciju kao međusobno povezane podsustave :

- **Psihosocijalni** – radnici koji ostvaruju proces (pojedinci i grupe)
- **Tehnološki** – priroda procesa i potrebni materijalni uvjeti u kojima nastaje roba ili usluga
- **Informacijski** – prikuplja i analizira informacije potrebne za donošenje odluka i praćenje rada
- **Upravljački** – upravlja organizacijom i donosi planove

Psihosocijalni podsustav

Pojedinci, izvršitelji rada

- edukacija
- radna sposobnost
- motiviranost
- zadovoljstvo uvjetima rada
- nagrađivanje i dr.

Radne grupe (timovi)

- neophodnost rada u grupama (načela organizacije učinkovite grupe)
- timovi su sve učestalije multidisciplinarni

Sustav vrednovanja i nagrađivanja rada

(preporuke)

- Mora biti prihvatljiv kako upravi, tako i radniku
- Mora biti jasan i jednostavan za primjenu
- Mora dovesti u izravni odnos plaću s kvalitetom i kvantitetom obavljenog posla
- Mora izbjeći preklapanje kriterija, ocjena i definicija
- Mora izbjeći postavljanje neostvarivih zahtjeva pred radnika
- Mora zajamčiti minimum ispod kojeg vrijednost rada ne može pasti kako bi se svima zajamčila barem minimalna zarada
- Mora biti isplativ za ustanovu i lako primjenjiv, a ne da se na njegovoj primjeni gubi

Sustav vrednovanja i nagrađivanja rada

(sadašnja praksa u našem zdravstvenom sustavu)

- Nedostatak jasno definiranih stručno-medicinskih standarda i normativa rada i njegovog vrednovanja
- Nepotrebno pojedinačno preuzimanje standarda i normativa nekih struka iz inozemstva, bez prilagodbe našoj realnosti
- Donošenje standarda, normativa i akata koji reguliraju vrednovanje liječničkog rada bez uvažavanja stavova struke (neposredno angažirane u radu!) ili čak bez konzultacija s njom (pr. Pravilnici, odluke, uredbe)

Posljedice položaja i statusa liječnika u sadašnjem trenutku zdravstva u Hrvatskoj

- Nezadovoljstvo uvjetima rada (gotovo svim!)
- Nezadovoljstvo vrednovanjem rada i plaćom
- Nezadovoljstvo društvenim položajem i statusom
- Nezadovoljstvo svojom profesijom
- Nepovjerenje prema institucijama, ustanovama i udrugama (kako sustava, tako i staleža)
- Porast napuštanja zanimanja od strane liječnika
- Nezainteresiranost za studije medicinskih znanosti

Zaključak

- Neophodnost usuglašavanja teorije i prakse što je prije moguće
- Neophodnost edukacije liječnika i članova tima u zdravstvu o kvaliteti zdravstvene skrbi
- Neophodnost edukacije ostalih sudionika u organizaciji zdravstvene zaštite, napose onih koji imaju odgovornost donošenja odluka

Satisfaction with work, work environment, distress and medical error in doctors

*Nurka Pranjić
Medical School University of Tuzla*

Medicine

- The medicine is an stressful occupation with long hours, pressing clinical problems, ethical dilemmas, difficult patients and conflicting demands.
- Occupational stress has been considered to be at special risk in health sector.

Workplace

- The modern medical workplace is a complex environment, and doctors responds differently to it:
- For many doctors it is stimulating and exciting,
- For others become stressed and burned out from the heavy workload

Workplace environment

- Workplace provide an environment where new skills are continually being learned,
- both as a result of medical knowledge envolving,
- and because a doctor's work changes, in part to career development and progression through different jobs.
- Being lerned shold be protect doctors of medical errors

Workplace climate

- How doctors perceive their workplace climate and workload is predicted both by approaches to work and by measures of stress and satisfaction with medicine.
- These characteristics are partially predicted by personality.

Mobbing

- A number studies have shown that one specific stresor- mobbing experienced by doctors reduced job satisfaction

Stress has negative consequences not only for the doctors but also at the managerial level:

- absenteeism,
- Intention to leave or change job,
- loss of productivity,
- medical error

Why doctors are unhappy?

- Some doctors are unhappy with their work, which can manifest as stress or burnout
- Job satisfaction in this case are very low
- Medical error is very possibility

Method

Subjects and setting

- We conducted the questionnaire survey in Bosnia and Herzegovina from 2004 to 2005 with the working hypothesis that work environment modifying factors, satisfaction with work could have a significantly impact to express distress and medical errors in medical doctors.
- In the study were participated hospital consultants from University Clinical Centre of Tuzla and general practitioners of seven municipals Health-Centre of Tuzla canton, Brčko district and Banja Luka region.

Study design

- Questionnaire survey distributed during a single compulsory training session in each department of hospitals or health centre.
- Inventory-field survey, by choose questionnaires which provide monitoring of work environment satisfaction with work, monitoring of stress and influence of distress to performed work tasks

Mobbing Questionnaire

- The questionnaire collected demographic and work related information and then asked participants a number of questions related to the funding of research and writing up, their relationships with head of department and colleagues, and their perception of support, isolation, and overwork
- Finally participants were asked about their experiences of five major categories of mobb behavior: threat to professional status, threat to personal standing, isolation, overwork and destabilisation. [Quine, 1999]
- The frequency of mobbing behavior as intensity of exposure to mobbing was graduated: never, rarely, sometimes, often, and almost daily.
- At the last section of questionnaire, asked participants about the main symptoms of stress and mobbing, extent support from whom, recognised effects of mobbing to personal life, effects of mobbing to performed work tasks as risk to medical errors and wishing to change workplace.

Type of behaviour A or B Interview

- We used the structured interview (SI) currently remains the best methodology to assess type A/B behaviour patterns. [11] Jenkins tried to quantify component behaviours from SI with numerical scoring (from 1 to 8). SI includes 8 items, positive or negative statement.

Occupational Stress Questionnaire

- The standardised abridged form Occupational Stress Questionnaire (OSQ) we used in assessing characteristics of the work (influence potential, social relations), the perceived work environment (work demands, hurrying and distribution of work) and its effects, stress, health, satisfaction with work and life. [FIOH]

The OSQ consists four main parts of items:

- modifying factor (M),
- perceived environmental (E)
- stress
- and satisfaction (SS).

Theoretical model of OSQ is based on psychological stress theory.

OSQ

Modifying factors OSQ

- INFLUENCE POTENTIAL
- M1- At work could you influence matters concerning you?
- SOCIAL RELATIONS
- M4 In your close circle of acquaintance, is there someone you can openly discuss personal matters and problem with?
- M5 Are your superior provided help and support when needed?
- M6 How do colleagues get along at your workplace?

Perceived environment (E)

WORK DEMANDS

- E1 Can you use knowledge and skills in your work?
- HURRYING AND DISTRIBUTION OF WORK
- E6 Do you have to hurry to get your work?
- E11 Are your work having phases that are too difficult?
- WORK STRAIN
- E13 Are your work mentally strenuous?
- E14 Are your work physically strenuous?
- SS1 Do you feel stress these days?
- SS2 What your health state is compared with that of other people of your age?
- SS3 How satisfied are you with your present work?
- SS5 How satisfied are you with your present life?

The Work ability index

- We used the work ability index (WAI) as standard tool for measuring work process, health, stress, work ability, work- satisfaction, meaning of respondents.
- WAI is an instrument aimed at evaluating how well workers are performing in their present job and how their performance is expected to be with respect to future work demands, health and mental researches.

Statistical analyses

- Statistical analyses were conducted using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 10.
- Correlation analyses using parametric Pearson coefficient and non- parametric χ^2 -test and Spermann's coefficient and ANOVA, was carried out to identify statistical relationships between the scales of the four questionnaires and other basic data collected.
- Linear regression was performed with frequency of bullying as dependent variables and preferred items of OSQ and WAI as main stresses and independent variables.

Results

Characteristic of survey respondents

- Eighty one percent of participants returned questionnaires, 23 (3%) of out total questionnaires returned were inadequately completed (for example, indicated they did not wish to take part or returned form blank), and 70% (511 out of 700) were eligible for the study.
- The obtained pattern consisted of 511 medical doctors, predominately 353 (69%) women, and 158 (31%) men. The main age of participants was 43.28 ± 8.38 years (range =26-68).
- There were 183 general practitioners, 261 hospital consultants and 67 teaching consultants.

Characteristic of survey respondents

- The duration of employment in health sector ranged from 1 to 42 years.
- The normal 8-hour workday worked 242 (47,4%) doctors, in shift worked 206 (40,3%) and 63 medical doctors worked the supplementary hours.
- The majority of participants (378, 74%) were married or cohabiting.
- Type A of behaviour were identified in (68.7%), although 226 (44.2%) were explicitly Type A person.

Mobbing

- Seventy six percent (387 out of 511) doctors were suffering mobbing, one ore more types of mobbing.
- The most common bully was head of department or supervisor in 320 (83%) of cases, general manager in 55 (14%) of cases. But, the most often bully were together head of department and colleagues of similar status in 251 (65%) of cases.

Work satisfaction

- Most doctors 445 (87%) were in various level satisfied with their present work

- Level of work satisfaction correlated with WAI score ($r = -0.356$, $P < 0.001$). There was found significant correlation between level of work satisfaction and frequency of mobbing ($r = 0.317$, $P > 0.001$).

Table 1. Causal model of perceived environment:

- Table 1 shows strong correlation between modifying factor variables of OSQ (work environment) as help and support of superior (M5) and workplace social climate (M6) by all variables of perceived environment and variables of stress, health, satisfaction with present work and satisfaction with life.
- We found a negative relationship of physically strenuous work variable and M6 (interpersonal relation between colleagues).
- The study results were indicating that exist a negative correlation between modifying factors and types of person A/B.
- Mobbing significantly were influenced all modifying factors except M4. The most commonly stresses at workplace are that M5 (support) and M6.
- Concerning modifying factors, mean WAI scores to decrease with decreased M1 and M6.
- Support of superior at work positively was influenced to WAI scores.
- A significant association was identified between WAI and all modifying factors of work climate.

Table 2. Main stresses for doctors (linear regression model, preferred items of WAI and OSQ)

- Presented in table 2 (linear regression model) mobbing is main stressor for doctors
- Exists correlation between satisfaction with present work and mobbing
- Exists correlation between enjoying in daily activities and mobbing
- But showed strong correlations effects on performed work tasks and physical and emotional exhaust.

Figure 2. Correlation between frequency of mobbing and stress

- Exists correlation between mobbing and stress
- Stress only increased if mobbing has frequency like sometimes, often and every days, but in some level.

Figure 3. Consequences of stress

Figure 4. Relation between WAI and Type of person

Figure 4.

- Person A are often victim of stress
- In controversy there are no significantly correlation between person Type A / B and WAI

Conclusion

- Dissatisfaction with choice of doctors present job correlated significantly with both modifying factors and perceived environment of workplace ambient,
- All the stressors to be integral to the work,
- Stressed Person A or B doesn't have different WAI
- It possible mean that risks of medical errors is identical in person A or B
- Interpersonal relation of superior and colleagues support have importance place in job satisfaction
- Many doctors in or study report a work climate that is neither supportive, and these doctors also report more stress and dissatisfaction with work as a career.
- The physical and emotional exhaust are directly caused by poor working conditions.
- Although doctors reporting high satisfaction with medicine as a career.
- Perceived work climate are predicted mainly by personality, but not by WAI
- Poor working climate- unstable work environment stopped team work.
- We found also clear relations between workplace mobbing and absenteeism.
- Supportive work environment can protect doctors from some of the harmful effects of stress and medical errors.
- Doctors with greater stress and emotional exhaustion, who were less satisfied with medicine as a career, had higher neuroticism and were to more likely to be surface-desorganised
- This way should be the way to medical error!!! –direct relationship doctors-colleagues- patients

ABC OF HEALTH AND SAFETY AT WORK IN HEALTHCARE WORKERS HEALTH AND SAFETY AT WORK

prof.dr.sc. Jovanka Karadžinska Bislimovska

TEAM AND WORK

Demands of the work
Specific occupational risks and effects
Occupational risks in HCW
Health effects

COMMON OLD-NEW PROBLEM

Recent studies in Republic of Macedonia suggest that infectious and psychosocial agents' problem among healthcare workers (HCW) is present and should become public health priority.

Therefore, a global approach is necessary in order to develop preventive strategy for protection of the HCW exposed to occupational risks.

Scientific project "Specific occupational risks in healthcare workers-infectious and psychosocial agents"

Methods

Healthcare workers at risk

Data showing workplace injuries in Examined and Control group
Rate of transmission of an infection following a sharps injury
Data showing the usage of gloves, protective equipment and condoms among Examined and Control group
Data showing the awareness of HCW about self HBV, HCV and HIV status (at least once)
Laboratory data showing the sera analyses

Frequency of workplace stress factors and statistical significance between Examined and Control group
Neurotic tendencies –Cornel index
(nurses)
Burnout Syndrome prevalence among Examined and Control group (Macedonian study,2004)

Safe and secure working process
Basic and specific action-RESPONSIBILITY
Protective measures
WORKPLACE SAFETY PROGRAMME
WORKING ENVIRONMENT
Safety use of equipment and devices
Hazard notification
Basic information
Training

Data on Adverse Events in Acute Care Hospitals
Medicine – Challenge to Safety

- Hazardous, complex industry
- Professional fragmentation
- Tradition of individualism
- Individual, professional autonomy
- Hierarchical authority structure
- Diffuse accountability
- Resistance to change
- Fear of malpractice liability
- Lack of leadership at the top level

Health Care, Quality Threats, Problems & Goals

- Safe practices diffusion & implementation
- Training on teamwork and safety
- Electronic health records
- Work hours limitation (residents & specialists)
- Full disclosure to patients following injury

Prescription - Medication Errors

- Wrong drug
- Non-indicated drug
- Wrong dose
- Wrong patient
- Wrong administration technique
- Wrong administration route
- Wrong administration rate
- Transcription error
- Wrong date or time of administration
- Wrong calculation
- Interaction/incompatibility
- Manufacturing error
- Out of date drug
- Wrong labelling

Prescription- Medication Errors

•Solutions

- Standard operating procedures (SOP)
- Computerised physician order-entry (CPOE)
 - IT network orders
- Dedicated oncology pharmacist - team member
- Expert electronic prescription system
 - Calculation, stock control, pharmacist validation

Adverse Events - Errors

- Harm to patients
- Cost
- Erosion of trust, confidence and satisfaction
- Discouraging staff & defensive medicine

LIJEČNIČKA ODGOVORNOST

Uloga i značaj Hrvatske liječničke komore

Nikolina Budić, dipl.iur.

Odredbe Zakona o liječništvu (NN 121/03)

- JAVNE OVLASTI Komore (čl. 37)
 - daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad
 - obavlja stručni nadzor nad radom liječnika
- POSLOVI KOMORE (čl. 38)
 - čuva i unapređuje društveni položaj i ugled liječničkog zvanja,
 - donosi Kodeks medicinske etike i deontologije te prati i nadzire njegovo provođenje i sankcionira kršenje

Odredbe Statuta HLK (NN 47/04)

- Definiranje poslova Komore (čl. 6)
- Definiranje ustrojstva Komore (čl. 10)
- Sud Komore (čl. 31 – 37 opisuju način izbora, ustroj i nadležnost Časnog i Visokog časnog suda Komore)

Disciplinska odgovornost liječnika – članova Komore

- Liječnik je disciplinski odgovoran ako:
 1. Povrijedi odredbe zakona koji određuje obavljanje liječničke djelatnosti;
 2. Povrijedi Kodeks medicinske etike i deontologije Komore;
 3. Obavlja nestručno liječničku profesiju;
 4. Svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama povrijedi ugled liječničke profesije
 5. Ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom propisane članske obveze prema Komori

Disciplinski postupak

- Disciplinski postupak uređuje se Pravilnikom o disciplinskom postupku Komore
- Pravilnik donosi Skupština Komore
- Pravilnik definira: Nadležnost i sastav suda, Tijek postupka, Mjere i kazne

Disciplinske mjere i kazne

Za teže disciplinske povrede mogu se izreći:

- 1. Ukor
- 2. Javni ukor
- 3. Novčana kazna
- 4. Privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad od mjesec dana do godinu dana
- 5. Trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad

Za lakše disciplinske povrede mogu se izreći:

- 1. Opomena
- 2. Novčana kazna

Pravni aspekti liječničke odgovornosti

Josip Mađarić, odvjetnik

Vrste odgovornosti

- Okaznena odgovornost – Kazneni zakon
- Prekršajna i disciplinska odgovornost (Zakon o liječništvu, Zakon o zaštiti prava pacijenata) - HLK
- Disciplinska odgovornost (poslodavac)
- Građanska odgovornost (naknada štete, ZOO).

Kaznena odgovornost

- Onesavjesno liječenje – čl. 240. KZ (prouzročenje smrti iz nehaja – čl. 95. KZ)
- Samovoljno liječenje – čl. 241. KZ
- Nedozvoljeno presađivanje dijelova ljudskog tijela – čl. 242.
- Onepružanje medicinske pomoći – čl. 243. KZ

Nesavjesno liječenje – čl. 240. KZ

- “Doktor medicine ili stomatologije koji obavljajući svoju djelatnost ne primjeni mjere za zaštitu bolesnika prema pravilima medicinske struke, ili primjeni očito nepodobno sredstvo ili način liječenja, ili uopće nesavjesno postupi, pa zbog toga prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe, ...
- Novčana kazna ili kazna zatvora do 2 g.”

Prouzročenje smrti iz nehaja – čl. 95 KZ

- “Tko prouzroči smrt drugog iz nehaja, ... kaznit će se kaznom zatvora od 6 mj. do 5 g.”
- Samovoljno liječenje – čl. 241. KZ
- (1) “Tko drugoga bez njegovog pristanka liječi, ... novčana kazna od 150 dnevnih dohodaka ili zatvor do 6 mj.”
- (2) “Doktor medicine ili stomatologije koji poduzme kirurški ili drugi medicinski zahvat na tijelu drugoga bez njegova izričitog i valjanog pisanog pristanka, ... novčana kazna ili zatvor do 1 g.”
- (3) Hitna stanja ... – nema kaznenog djela samovoljnog liječenja
- Građanska odgovornost – naknada štete

Osnove odgovornosti

(Čl. 154. ZOO, "Tko drugome uzrokuje štetu dužan je naknaditi je ako ne dokaže da je šteta nastala bez njegove krivnje")

Naknada nematerijalne štete

(Čl. 200. ZOO, "Za pretrpljene fizičke boli, za pretrpljene duševne bolove zbog smanjenja životne aktivnosti, naruženosti, straha, smrti bliske osobe..., sud će dosuditi pravednu novčanu naknadu.")

Građanska odgovornost – naknada štete

Naknada materijalne štete

(Čl. 185. ZOO, - oštećenik ima pravo na naknadu svih materijalnih troškova, izdataka i izgubljene zarade)

Odgovornost poslodavca

(Čl. 170. ZOO, "Za štetu koju radnik u radu ili u vezi s radom uzrokuje trećoj osobi odgovara poslodavac...").

Pravo na regres od osobe koja je prouzročila štetu

(Čl. 172. ZOO, "... poslodavac ima pravo na naknadu od osobe koja je štetu skrivila namjerno ili krajnjom nepažnjom, u roku od 6 mj. od dana isplaćene naknade štete)

Osiguranje od odgovornosti ... !!!

Liječnička pogreška – definicija i kriterij odgovornosti

O medicinska pogreška je svaki postupak liječnika (zdravstvenog djelatnika) koji nije u skladu s prihvaćenim standardima dobre medicinske prakse u njegovoj specijalnosti, a koji postupak rezultira ozljedom (štetnom posljedicom) po pacijenta

O lege artis ≠ vitium artis

O aktivno postupanje (činjenje) i pasivno postupanje (propuštanje)

O the best practice – kriterij koji se sve više uvodi

Zakon o zaštiti prava pacijenata

KZ i Zakon o zdravstvenoj zaštiti ≠ Zakon o zaštiti prava pacijenata

o Čl. 241. KZ:

(1) "Tko drugoga bez njegovog pristanka liječi ... novčana ili zatvor 6 mj."

(2) "... poduzme kirurški ili drugi medicinski zahvat na tijelu drugoga bez njegova izričitog i valjanog pristanka ... novčana ili zatvor 1 g."

o Čl. 21. ZZZ:

• ... svaka osoba ima pravo na:

st. 5. - slobodan izbor između više mogućih oblika koje mu ponudi liječnik ...

≠

o Čl. 9 ZZPP – obavijesti ... na usmeni zahtjev pacijenta obavezan je dati zdravstveni radnik ...

OSIGURANJE PROFESIONALNE ODGOVORNOSTI LIJEČNIKA

Priredila: prim. dr. Viktorija Bradić

PROFESIONALNA ODGOVORNOST LIJEČNIKA

- odgovornost liječnika ZBOG mogućih PROPUSTA **JE OSOBNA (subjektivna) ODGOVORNOST**
- U TIMU JE SLOŽENIJA
- SVAKI PROPUST TREBA SE DOKAZATI

KADA?

- PRI DIJAGNOSTICIRANJU BOLESNIH STANJA

- U PRIMJENI MEDICINSKIH APARATA, PRIZNATIH U MEDICINSKOJ PRAKSI
- PRI LIJEČENJU BOLESTI
- KOD NEPRUŽANJA MEDICINSKIH USLUGA

PROPUST DOVODI DO:

- OZLJEDE TIJELA
- SMRTI
- OŠTEĆENJA ZDRAVLJA
- FINACIJSKOG GUBITKA

PROFESIONALNU ODGOVORNOST LIJEČNIKA UREĐUJU

- PRAVILA MEDICINSKE STRUKE
- ZAKONI I PODZAKONSKI AKTI U ZDRAVSTVENOJ DJELATNOSTI
- ZAKON O OBVEZNIM ODNOSIMA

U OSIGURANJU

- JAVNA ODGOVORNOST
- ODGOVORNOST PREMA VLASTITIM DJELATNICIMA
- OSIGURANJE PROFESIONALNE ODGOVORNOSTI

TERMINOLOGIJA

- OSIGURATELJ - DRUŠTVO ZA OSIGURANJE
- OSIGURANIK- LIJEČNIK I STOMATOLOG
- TREĆA OSOBA - PACIJENT KOJEM JE PRILIKOM PRUŽANJA POMOĆI POČINJENA ŠTETA

- UVJETI OSIGURANJA
- UGOVOR-POLICA
- PREMIJA
- OSIGURANA SVOTA

OSIGURANJE POKRIVA POSLJEDICE

- OBIČNE NEPAŽNJE
- KRAJNJE NEPAŽNJE
- NEHAJ – NEDOSTATAK ZNANJA
- RADNJE U HITNJI

UTVRĐUJE SE:

- NAČIN NASTANKA ŠTETNE RADNJE
- POVEZANOST ŠTETNE RADNJE S POSLJEDICOM ŠTETE

NADOKNAĐUJU SE SVI OBLICI (ČLANAK 200. i 203. ZOO I) :

● NEMATERIJALNE ŠTETE

- DUŠEVNA BOL ZBOG SMANJENE ŽIVOTNE AKTIVNOSTI
- SMRT
- FIZIČKA BOL
- STRAH
- NARUŽENJE

● MATERIJALNE ŠTETE

- TUĐA POMOĆ-
- IZGUBLJENA ZARADA

NIJE PREDMET OSIGURANJA

- NAMJERNO IZAZVAN ŠTETNI DOGAĐAJ
- ŠTETNI DOGAĐAJ - NESTRUČNA OSOBA
- OČEKIVANE KOMPLIKACIJE
- KOMPLIKACIJE KOZMETSKIH ZAHVATA

- GINEKOLOZI
- KIRURZI
- ANESTEZIOLOZI
- PSIHIJATRI
- INTERNISTI

● LIJEČENJE I DIJAGNOSTIKA SA ŠTO MANJE PROPUSTA

● MEDICINSKI TIM STRUČNJAKA ZA VJEŠTAČENJA

● UGOVORITI OSIGURANJE OD PROFESIONALNE ODGOVORNOST LIJEČNIKA

GODIŠNJA PREMIJA OSIGURANJA IZNOSI 1.000,00 - 3.500,00 kn, OVISI O VELIČINI RIZIKA

MINIMALNA OSIGURANA SVOTA – 200.000,00 kn

Motovunska ljetna škola unapređenja zdravlja Primjena skandinavskog sustava “no fault compensation” u obeštećenju pacijenata

*Prim.mr.sc. Egidio Čepulić, dr.med.
Hrvatska liječnička komora*

Što je neželjeni ishod

- Neželjeni ishod – znači bolno ili dugotrajno oštećenje zdravlja pacijenta koje se neočekivano pojavilo kao rezultat brige za zdravlje (dijagnostike, liječenja, rehabilitacije) od strane liječnika ili bolnice
- - pri čemu *neočekivano* znači narušavanje zdravlja koje nije prirodna posljedica bolesti ili nerazdvojjivog rizika da bolest postane akutnija a *pacijent* znači osobu koju se zdravstveno zbrinjava u zdravstvenoj ustanovi ili to čini liječnik

Studije o greškama :

- 1974. CMIFS – 20864 hospitalizacije u 23 bolnice → 4,65% neželjenih događaja
- 1984. HMPS - 30121 hospitalizacija u 51 bolnici → 3,7% neželjenih događaja → 13,6% smrtni ishod
- 1995. Australija → 14179 hospitalizacija u 28 bolnica → 17% neželjenih događaja → 4,9 % smrtni ishod
- 1998. Velika Britanija → službeno 10% neželjenih događaja

Greške u SAD :

- 8. po redu uzrok smrti – godišnje između 44000 i 98000 Amerikanaca umre kao posljedica med. pogrešaka
- U dvije bolnice u Coloradu i Utahu (1999.) bilo je 2,9 odnosno 3,7 % pacijenata s oštećenjima zbog medicinskog tretmana, a 53 odnosno 58 % tih oštećenja se moglo prevenirati
- Oko 27% neželjenih događaja posljedica je nemara odnosno nehaja
- Troškovi zbog nastavka liječenja i obeštećenja pacijentima iznose 2 do 4% ukupnog troška zdravstva u SAD

Iza pogrešaka u terapijskom ili dijagnostičkom postupku drugi uzrok neželjenih posljedica u Americi su pogreške u prepisivanju lijekova u bolnicama no podataka o greškama u prepisivanju u primarnoj zaštiti ima nedovoljno.

U bolnicama umire zbog pogrešne primjene lijekova čak 7000 ljudi godišnje (6000 umre zbog ozljeda na radu). Navodi se podatak da 1/131 umrlih izvan bolnice i 1/854 umrla u bolnici umire zbog pogrešne primjene lijeka

Medicinske greške zbog opreme i uređaja moguće je svrstati u tri skupine :

- greške zbog tehničke neispravnosti , zastarjelosti, strujnog udara i sl.
- greške zbog neispravnog rukovanja uređajem što je posljedica manjkave izobrazbe o uporabi uređaja, nediscipline ili neorganiziranosti cjelokupnog osoblja,
- greške u dodatnim čimbenicima medicinske opreme kao što su otopine, kemikalije, dezinfekcijska sredstva i dr.

Greške vezane uz medicinske uređaje možemo podijeliti u izbjegive i neizbjegive :

- *Izbježivima* treba smatrati sve ono u čemu sudjeluje čovjek kao čimbenik te koje je moguće spriječiti uvođenjem postupnika o kontroli, o rukovanju, o radu, o održavanju i dr.
- *Neizbjegive* greške događaju se zbog nepredvidivih situacija kao što je npr. strujni udar ili neodgovarajuće sredstvo koje se koristi u uređaju (npr. Baxterovi dijalizatori).

Greške u liječenju manifestiraju se najčešće kao :

- Pogrešna primjena – *misuse* – izbjegiva komplikacija koja je uzrokom da pacijent nema maksimalnu korist od liječenja
- Prekomjerna primjena – *overuse* – mogućnost oštećenja zbog pružene usluge veća je od moguće koristi
- Nedovoljna primjena – *underuse* – greška je u pružanju usluge te se ne može očekivati optimalni rezultat

ŠVEDSKI SUSTAV OSIGURANJA PACIJENATA

Godine 1975. uveden je u Švedskoj sistem osiguranja pacijenata kojeg zovu *no fault compensation scheme*.

Sustav je razvijen zajedničkim naporom nekoliko velikih osiguravajućih kompanija i pružatelja zdravstvenih usluga. Osiguranje je bilo dobrovoljno i bazirano na spremnosti dijela pružatelja usluga da financijski kompenziraju oštećenja nastale tijekom dijagnostičkog ili terapijskog tretmana.

- Od 1.1.1997. kompenzacijska shema osiguranja je definirana Zakonom
- Svi pružatelji usluga moraju imati i osiguranje pacijenata

- Pokrajinski Savjeti (regionalna politička tijela odgovorna za planiranje, financiranje i pružanje zdravstvenih usluga za određenu populaciju) su najveći pružatelji zdravstvenih usluga i plaćaju 45 švedskih kruna (oko 4,9 €) po osiguraniku godišnje za ovo osiguranje
- Liječnici sami plaćaju osiguranje od odgovornosti. Veći dio premije koristi se za slučaj krivičnog postupka protiv liječnika a manji dio se plaća za kompenzacijsku shemu osiguranja.
- Krivični postupci protiv liječnika su rijetki jer postoji kompenzacijska shema osiguranja, a ako se pacijent i obrati redovnom sudu u pravilu se utužuje poslodavac.
- Iz tog razloga su premije za osiguranje doktora relativno male (posebno u usporedbi s Amerikom) :
 - zaposleni licencirani liječnik 550 SEK (59€)
 - licencirani zaposleni liječnik koji radi i privatno
2392 SEK (259 €)
 - licencirani liječnik u privatnoj praksi
3572 SEK (386 €)

Uvjeti za kompenzaciju

- 1. odobrava se za oštećenja – fizička i mentalna – koja su se pojavila u svezi pružanja zdravstvene usluge u Švedskoj (uključujući i usluge tijekom transporta i sl.)
- 2. Oštećenje mora biti posljedica medicinskog postupka ali ne pokriva nuspojave
- 3. Vrste oštećenja za koja se isplaćuje kompenzacija :
 - oštećenja zbog liječenja : ako bi oštećenje bilo izbjegnuto drugom metodom liječenja ili ako bi bilo izbjegnuto da se ista metoda primijenila na drugi način

Uvjeti za kompenzaciju (nastavak)

- oštećenja uzrokovana medicinskim aparatima zbog greške ili pogrešne primjene
- oštećenja nastala zbog pogrešne dijagnostike (kriva dijagnoza)
- oštećenja nastala zbog infekcije nastale evidentno kao posljedice medicinskog tretmana
- oštećenja zbog nezgoda povezanih s dijagnostikom, liječenjem, transportom i sl.
- oštećenja zbog krivog rukovanja lijekom ili krive primjene
- kompenzacija nije moguća ako je oštećenje nastalo kao posljedica medicinskog postupka u hitnoj situaciji kad nije bilo mogućnosti primijeniti rutinske postupke

Visina kompenzacije

- Visina kompenzacije je u skladu sa zakonskim propisima koji se primjenjuju u slučaju krivičnog gonjenja , a kompenziraju se ekonomski (gubitak dohotka zbog bolovanja) i neekonomski gubici (bol, trpljenje)
- Komisija za žalbe pacijenata
- Daje svoje mišljenje pacijentima, osiguravateljima, pružateljima zdravstvenih usluga i sudu ako zatraži
- Ima 7 članova ; predsjedavajući mora biti aktivni ili bivši sudac, ostali su:
 - 3 predstavnika pacijenata,
 - 1 medicinski kvalificiran član (najčešće liječnik) ,
 - 1 ekspert iz područja zdravstvenih propisa te
 - 1 član s puno iskustva u sklapanju nagodbi za osobna oštećenja u području osiguranja

Zastara zahtjeva za kompenzaciju

- Zahtjev za kompenzaciju mora se podnijeti u roku 3 godine od informiranja pacijenta da se može žaliti odnosno u roku od 10 godina nakon što se oštećenje pojavi.
- Zahtjev može postaviti pacijent ili netko od obitelji ako pacijent zbog nastalog oštećenja to sam nije u stanju

Statistički podaci o broju slučajeva i visini kompenzacije

- Godišnje ima oko 9000 zahtjeva – oko 45% biva pozitivno riješeno (Švedska ima oko 9000000 st.)
- Kompenzacija se bazira na švedskom kaznenom zakonu. Najveći broj zahtjeva završava s odštetom do 20000 SEK / (2160 €) , a prosječna isplata je oko 110000 SEK (11892 €)

Maksimalna moguća isplata je 7.500000 SEK (810800 €)

Ukupni troškovi u Švedskoj godine 2003

Ukupno se prikupilo oko 33 mil € a utrošak je svake godine manji tako da novaca i ostane (oko 2 mil €)

- Najviše zahtjeva je iz područja ginekologije i obstetricije, kirurgije i ortopedije (> 50%), a oko 10% je za stomatološke usluge
- 25 – 27 zahtjeva dnevno
- (9000 zahtjeva na 26.000000 liječničkih usluga godišnje - oko 0,03 %)

Zaključci

Kompenzacijska shema osiguranja znači:

- Financijsku kompenzaciju za pacijenta
- Zadovoljeni su zahtjevi za obeštećenje
- Nema troškova suda, advokata, vještaka
- Ne traže se greške i ne stvara nezdrava atmosfera jer se greške moraju prijaviti a pacijentu se mora ukazati na mogućnost traženja kompenzacije
- Vrlo mali broj pacijenata nakon dogovora ipak ide na sud gdje najčešće gube sporove jer oni moraju dokazati postojanje veze između liječenja ili drugog postupka i oštećenja

Kompenzacijska shema u Finskoj

- Uvedena 1970. kao dobrovoljno osiguranje
- Zakonom postalo obvezatno osiguranje godine 1980.
- Osigurani su svi zdravstveni djelatnici – u privatnom i državnom sektoru
- U 2003. – 8086 slučajeva – kompenzacija dodijeljena za 2356 pacijenata (oko 30%)

Upravljanje kvalitetom – pritisak, stres, sudbina ili profesionalna obaveza?

OB "Dr. T. Bardek" Koprivnica
V. Mađarić

- "Ako nam je Europska unija želja, onda nam je kvaliteta zdravstvene usluge sudbina"
predsjednik RH, Stipe Mesić

- "Medicinska pogreška je uzrok nepovoljnog događaja kod 1 od 25 hospitaliziranih pacijenata"
- 44 000 – 98 000 pacijenata godišnje smrtno stradava usljed medicinske pogreške
- prometne nezgode – 43 458
- rak dojke – 42 297
- AIDS – 16 516
- New England Journal of Medicine, 2001.:
 - 42% pacijenata
 - 34% liječnika
 - = bili svjedoci medicinske pogreške

Postoji samo pretpostavka kvalitete

(bez dokaza, neprovjereno)

- ne postoji sistem vrednovanja kvalitete
- nema odgovornosti
- nema edukacije
- nema dokaza
- nema praćenja rezultata rada

Uključuje:

- odgovornost pojedinca
- razvijanja kliničkih standarda i smjernica na osnovu dokaza
- uključivanje korisnika usluga u planiranje i organizaciju
- integracija – multidisciplinarni pristup
- kontinuirana edukacija

- "Dobivanje zdravstvene skrbi dobre kvalitete osnovno je pravo svakog pojedinca i svake zajednice"

čl 11, Europska društvena povelja o pravu na zaštitu zdravlja

• Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN 169/2004)

- "Ovaj zakon svakome čovjeku kao pacijentu jamči jednako pravo na kvalitetnu i stalnu zdravstvenu zaštitu primjerenu zdravstvenome stanju, a sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima"

Upravljanje kvalitetom – "Kultura kvalitete"

I. Kultura niskih očekivanja:

Upravljanje kvalitetom – "Kultura kvalitete"

II. Kultura kvalitete

Kvaliteta zdravstvene usluge Upravljanje kvalitetom

- Profesionalna obaveza (individualna odgovornost)
- Uspostava mehanizama koji garantiraju kvalitetu zdravstvene usluge (bez nužno potrebne kontrole)
- Sigurnost i zadovoljstvo bolesnika

Physicians and Quality Improvement in French Hospitals

JF Laurent

From a subjective point of view

- Former physician (intensive care)
- Health Information System Manager
- Working in a Comprehensive Cancer Centre
- Member of the management team
- In charge of :
 - ♦ Supervision of quality management
 - ♦ Implementation of assessment of professional practice (« EPP »), within the frame work of Accreditation V2
- Associate professor in ENSP, Rennes

Giant steps have been accomplished

- Thanks to compulsory accreditation launched at a national level in 1999, impetus has been given to continuous quality improvement (CQI) in every hospital
- Physicians have begun to discover these new concepts
- A large part of physicians was involved in workgroups, at least during self-assessment phase
- Permanent new structures in charge of quality now exist in every hospital

But CQI remains a « new thing »

- In France, quality movement came from outside of the medical profession
- For most of the physicians, « Doctor » means « has been taught » and that was long enough
- The need for continuous updating of knowledge and skills is recent, and the way they will be checked remains unclear

Knowledge problems

- Several laws and « textbooks » have defined the system
 - Hospital accreditation, in process since 2000
 - Assessment of individual physician practices, in the very next future
- Several textbooks are widely available on the web
- The accreditation process of French hospitals is on the way
- However, most of the documentation remains considered as too technical, too theoretical, « ANAESian », idealistic, empty rhetoric
- Physicians were not taught about Quality during their education years and lack theoretical basics

The reforms are not easily understandable

- ANDEM >> ANAES >> HAS
- Accreditation >> Certification (hospitals)

- ◆ But everybody says « Accreditation »
- Introduction of « accreditation for physicians »
- At the same time...
- ◆ Reform of coding for medical procedures (CCAM)
- ◆ Reform of financing for practices (new fees)
- ◆ Reform of financing of hospitals (DRG, T2A)
- ◆ Reform of hospital management (« governance »)

Commitment problems

- A large part of physicians have already met the « new thing »
- But a very small part have a wide understanding of the whole process
- Furthermore, this part is mainly involved in medico-administrative tasks
 - i.e. head management, quality teams, health information service, infection control practitioner...
- There is still a gap between leaders and the pack

Lack of medical leadership

- In French public hospitals, the general manager is not a physician
- Head nurses and even managers are more aware of and committed in implementation of quality management than physicians
- Physicians involved in CQI are often « atypical »:
 - ◆ Subspecialties as intensive care, oncology, labs
 - ◆ Semi administrative as medical manager, infection control practitioners, HIMS managers, etc.
- Are those « peculiar » doctors suitable for playing the leading role and showing the way ?

Lack of time

- Upsetting demographic problems
 - ◆ Physicians are getting older
 - ◆ Lack of new colleagues
 - ◆ Increasing complexity of healthcare
- « Loi des 35 heures »
 - ◆ Availability of medical workforce is decreasing
 - ◆ Quality improvement perceived as administrative task
 - ◆ Spontaneous trend to favour clinical work and to avoid administrative load
- « Non virtuous circle »

Sociological split in hospital

- CQI is a « newlang » not shared by all the professional groups
- Hospitals or clinical services winning awards through accreditation process perceived as « top of the class » by others
- Bad results (i.e. « accréditation avec réserves ») could be discouraging

First round of Accreditation V1

- V1 perceived as aimed mainly at improving logistics and « peripheral » problems
- Insufficiently turned to quality of medical care
- Therefore, V2 will go more deeply into the question of professional practices (clinicians *and* nurses)

Too much clerical tasks

- **In the frame of Accreditation V1**
 - ◆ Transversal workgroups and crossing of borders between wards were encouraged

- ◆ A corpus of procedures was to be built
- **In most hospitals**
 - ◆ Borders began to be crossed
 - ◆ But there was a general trend in increasing the number of meetings and the production of procedures

Continuous QI or « soufflé » ?

- Accreditation process was designed for promoting CQI in hospitals
- Professionals have been highly mobilized during self-assessment phase of accreditation
- Trend to rest after the visit of experts
- A survey showed that quality teams in wards need to be continuously helped to survive

How to bring together CQI and physicians ?

- Include CQI as a topic in education of physicians
- Develop research on CQI in healthcare
 - ◆ Methods, results, drawbacks, etc.
- Drop rhetorical argumentation and move to scientific argumentation
- Improve skills of quality teams inside hospitals
- Use communication channels they trust
 - ◆ i.e. professional or scientific organisations
- Solve also their problems
- Don't be too far ahead
- Keep it short and simple...

Bridge over Drina River

Quality management in « every day job » in France

JF Laurent

Frame work

- From the general manager viewpoint
- From the quality manager viewpoint
- From the CIO viewpoint
- From the physician viewpoint

General manager viewpoint

- To define general politics in CQI
- To ensure low risk of lawsuit
- To succeed in accreditation process
- To get reporting from quality manager about CQI implementation
 - News, surveys, results, etc.
- To have an overview of risk management

Risk management in hospitals

- *A priori* assessment of high risk procedures
 - ◆ Compare between current practice and ideal
 - ◆ If necessary, suggest improvement

- *A posteriori* assessment
- ♦ Based on declaration of accidents, near accidents and sentinel events
- ♦ Need implementation of a specific system
- ♦ Need information and communication (initial reluctance of professionals)
- ♦ Could be paper and/or electronic based

Quality manager in hospitals

- Tightly related to head manager
- In charge of a small team
- ♦ Scientist, methodologist
- ♦ Or educated « on the job »...
- « Quality board »
- ♦ 3 to 4 times / year
- ♦ Decides processes to be investigate
- ♦ Validates results

Missions of a quality manager

- ♦ To promote culture of CQI among professionals
- ♦ To manage risks (writing procedures, collecting alarms)
- ♦ To coordinate « vigilants » (haemovigilance, materiovigilance, pharmacovigilance, infection control, etc...)
- ♦ To ensure availability and updating of documentation
- ♦ To assess periodically satisfaction of patients
- ♦ To perform surveys and clinical audits
- ♦ To prepare periodic accreditation (time schedule, questionnaires, etc.

Information system and CQI

- **Before the process of care**
 - To prepare every thing (staff, records, drugs, etc.)
- **During the process of care**
 - Data : « what are this patient's background and problems ? »
 - Rules : « what should be done and how? »
- **After the process of care**
 - Tracking : « what actually has been done ? »
 - Measure : «to sample, to prepare clinical audits »
 - Communicate : «external information about quality»

CQI and Information technology

- **« Before » and « after » : almost done**
 - Easy to import from other activities (trade, industry)
- **« During » : a lot remains to be done**
 - Very specific to healthcare
 - Often very complex processes (# bank, etc..)
 - Lack of consensus from professionals
 - Lack of largely spread model or paradigm
 - Lack of well suited interface for « wandering » staff
 - ♦ **Physicians and nurses rarely working seated...**

Medical interface with HIS

- A key point for adoption of IT by professionals
- Physicians easily learn to use tools that help

- E-mail
- Rapid access to lab results, previous discharge letters, etc.
- **More reluctant, or « against » if time consuming**
 - Electronic guidelines vs. paper ?
 - Electronic patient order entry ?
 - Input of data, time consuming training, multiple sign-on, etc.

HIS : spreading of guide-lines

Great expectations ...

- From a survey among physicians
- Patient centred relevant data
 - ♦ « *What did I say last time I saw him ?* »
 - ♦ *Demographic data, history of contacts*
 - ♦ *List of problems*
 - ♦ *Drugs*
 - ♦ *Functional status at last visit*
 - ♦ *Last major events*
 - ♦ *Last lab results and X ray*
 - ♦ *Tracking and location of the paper medical record*
- From inside OR outside of the hospital...
- Data organized, structured.... But not too much !

Overcome fears about IT

- Lack of privacy
- Too much input
- Deterioration of relationship with patients
- Distress face to information technology
- Electronic information easy to lose or destroy
- HIS gives too much irrelevant information
- Questionable reliability of information
- Waste of time

What functions they need ?

- To be as quick as possible
- Clear presentation
- Conclusions, synthesis, figures, charts, etc.
- Reminders and alarms
- Automatic outputs
- ♦ Certificates, forms, letters, etc.
- Secured e-mail !!
- Powerful information retrieval
 - ♦ Guide lines, procedures, directory
 - ♦ Drugs, handbook, scientific documentation

What performances ?

- As fast as paper...
- Intuitive use, without need for training
- Easy navigation
- Permanent access
- Highly secured data

- User friendly inputs
 - ◆ questionnaires, forms.
- Keeping the possibility of dictation to secretaries
- Easy back up

The final aim of CIO

- To bring together physicians and IT
- In order to give them :
 - ◆ All relevant patient data
 - ◆ All rules and guide lines
 - ◆ Through a well suited interface
- At the very point care
 - ◆ To help to decision making
 - ◆ To control quality of prescriptions
 - ◆ To promote high quality of day-to-day care

Ageing at Work & Performance Potentials

Rudi Karazman

Nightwork & Ageing

Stresstolerance decreases with age

- Pressure
- Dangerous work
- Emotional stressors: anger, anxiety
- Aversive critics
- Confrontations, Trauma
- Rapid change of climate
- Bad work organisation
- Unclear leadership

Weekly Working Hours: satisfied or shorter?
Team > 100 empl. in percent

Competence Matrix – Physician & Nurses

Exit dynamics from Nearby Patient Work

Ausbildung@Alter ∅ Schulungstage 2001-2003

Horizontal Career in Health Professions

**Radno mjesto liječnika:
svrha procjene opasnosti**

**Physicians Workplace:
Aim of Risk Assessment**

*Jasminka Zgombić
Jadranka Mustajbegović*

Osobitosti radnog mjesta:

- uvjetovane
- zahtjevom rada,
- uvjetima rada;
- neke štetne po zdravlje;

Workplace characteristics:

- in relationship with
- working demands
- working conditions;
- some are harmful to health;

Procjena rizika:

- procijeniti kolika je stvarna opasnost oštećenja zdravlja.

Risk assessment:

- To assess the real risk for health damage.

Zakonska obveza- dokument *Procjena opasnosti*:

- procjena rizika oštećenja zdravlja (profesionalne bolesti ili bolesti vezane uz rad).

Law obligation –*Risk assessment* document:

- Health risk assessment (occupational diseases or work related disease).

Izrađuje tim:

- specijalist medicine rada,
- psiholog,
- tehnolog,
- inženjer sigurnosti na radu i
- pravnik;

➤ **Analiza:**

- uvjeta rada i
- načina rada.

Team:

- Occupational medicine specialist,
- Psychologist,
- Process ingenier,

- Safety ingenier,
- Lower:

➤ **Analys of work:**

- Conditions and
- Manner, way.

CILJ:

- identifikacija štetnosti i
- procjena biološkog učinka.

GOAL:

- hazard identification and
- biological effects assesment.

OPASNOSTI ▶ ozljede,

ŠTETNOSTI ▶ fizikalne, kemijske, biološke,

NAPORI ▶ statodinamski, vidni, psihofiziološki.

➤ **Mjerljivi:**

npr. doza zračenja, mogu se objektivizirati;

➤ **Nemjerljivi:**

npr. stres- ne mogu se objektivizirati, moraju se procijeniti.

Kirurške struke

Surgery specialists

OSOBITOSTI

-rad u:

- operacijskoj sali,
- poliklinici,
- izravna odgovornost za pacijente,
- timski rad
- 24 satna dežurstva
- česta hitna stanja.

CHARACTERISTICS

-work in:

- operation hall,
- policlinic,
- directly responsible for patients
- team work
- 24-hours shift
- often emergency situatons.

OPASNOSTI

➤ Ozljede

- više specifične nego česte,
- Električna struja,
- Padovi.

HAZARDS

➤ Injuries-

•rather specific than often,

➤Electrical hazards

➤Falls.

Bioške štetnosti Biological hazards

Prijenos

➤krvlju,

➤dišnim putovima,

➤kroz kožu.

➤Biological

-blood transmission,

-aerways,

-skin.

Kemijske

➤Npr. iritativno ili alergijsko djelovanje dezinficijensa i lateksa na kožu,

➤Izloženost inhalacijskim anestetima, citotoksičnim lijekovima.

Chemical

➤I.e. irritative or allergic reactions to latex or disinfectants,

➤Cytostatics and anesthetics exposure.

Fizikalne

➤Ionizirajuće zračenje,

➤Neionizirajuće zračenje,

➤Buka

➤Vibracije.

Physical

➤Ionising irradiation,

➤Non- ionizing irradiation,

➤Noise,

➤Vibrations.

NAPORI

•Statodinamski:

-dugotrajno stajanje,

-sjedanje,

-prisilni položaji

•vidni-npr. mikrokirurgija

➤psihofiziološki-

STRESS!

EFFORDS

➤stato-dynamic,

➤optical- i.e.microsurgery,

➤psychophysical-

Ne-kirurške struke

Non-surgery specialists

STRESS!

➤ OSOBITOSTI

-rad u:

•poliklinici,

-izravna odgovornost za pacijente,

-timski rad

-24 satna dežurstva

-česta hitna stanja.

➤ **CHARACTERISTICS**

- work in:
policlinic,
- directly responsible for patients
- team work
- 24-hours shift
- often emergency situations.

OPASNOSTI

- Ozljede
- više specifične nego česte,
- Električna struja,
- Padovi.

HAZARDS

- Injuries-
- rather specific than often,
- Electrical hazards
- Falls.

Kemijske

- Npr. iritativno ili alergijsko djelovanje dezinficijensa i lateksa na kožu,
- Izloženost inhalacijskim anestetima, citotoksičnim lijekovima.

Chemical

- I.e. irritative or allergic reactions to latex or disinfectants,
- Cytostatics and anesthetics exposure.

Fizikalne

- Ionizirajuće zračenje,
- Neionizirajuće zračenje,
- Buka
- Vibracije.

Physical

- Ionising irradiation,
- Non-ionizing irradiation,
- Noise,
- Vibrations.

NAPORI

- Na 1. mjestu psihofiziološki- STRESS!

- Statodinamski:
- Vidni.

EFFORDS

- 1st psychophysiological- STRESS!
- stato-dynamic,
- Optical.

Liječnici u laboratorijima

OSOBITOSTI

- Rade sami,
- obično bez izravnog kontakta s pacijentom,
- Odgovornost za rezultate pretraga.

Physicians in laboratory

➤ CHARACTERISTICS

- work alone,
- without direct contact with patient,
- responsibility for data.

OPASNOSTI

➤ Ozljede

- više specifične nego česte,
- Električna struja,
- Padovi.

HAZARDS

➤ Injuries-

- rather specific than often,
- Electrical hazards
- Falls.

Kemijske

- češće nego u drugim specijalnostima,
- kontakt s velikim brojem kemikalija.

Fizikalne

- ovisno o radnom procesu.

NAPORI

- Vidni- mikroskopiranje
- Statodinamski- ovisno o izgledu radnog mjesta,
- Psihofiziološki STRES.

EFFORDS

- Optical- microscope
 - Stato-dynamic-workplace dependent
 - Psycho-physiological STRESS.
- PZZ- napori

Psihofiziološki- STRES!

- najčešći problem / most often problem
- velik utjecaj na zdravlje / big influence on health
- nemjerljiv je / non- measurable
- niz psihičkih smetnji te psihosomatskih tegoba / many psychical problems

- Burn out syndrome

STRES

- Zajednička karakteristika rada svih specijalista.
- Common work characteristic for all specialists.

**Stresori na radnom mjestu liječnika
Stressors at the Physicians Workplace
(pilot study)**

Bojana Knežević, Jadranka Mustajbegović, Mirjana Grubišić

- Liječnici u Hrvatskoj žive 5 do 9 godina kraće u odnosu na ostalu populaciju!
- Physicians in Croatia live 5 to 9 years shorter, compared to the rest of the population
- Osobe na stresnim poslovima žive kraće!
- People with stressful jobs live shorter

/Baltimorska longitudinalna studija starenja - od 1958. prati 1500 ljudi na različitim poslovima/
Baltimore longitudinal study of aging

Acute and chronic stress

- Stresori mogu imati i produljeno djelovanje
Stressors can have prolonged effect
- Kronični suvišak glukokortikoida tijekom kroničnog sresa
Chronic high level of glucocorticoid

► Psihosomatske bolesti

Psychosomatic diseases

Kronični stres

- Hipertenzija
- Dijabetes
- Miopatija
- Osteoporoza
- Poremećaj rasta/growth disorders
- Supresija imunoloških funkcija/suppression of immunological functions
- Supresija reproduktivskih funkcija/suppression of reproductive disorders
- Reverzibilni i ireverzibilni poremećaji u mozgu/reversible and irreversible brain disorders

Chronic stress

- Chronic high concentration of cortisol in the brain...

NEURONS

Disturbance of

- glucose intake
- ATP production

» ENERGETICALLY VULNERABLE STATE

Stress is cumulative

Cilj/Aim

- Identifikacija stresora na radnom mjestu liječnika
- Identification of the stressors at the physicians workplace

Metoda

- Upitnik
- Questionnaire

Ispitanici

Liječnici

- Specijalisti
- Specijalizanti
- Bez specijalizacije

Radno mjesto

- Bolnica
- Ordinacija, DZ, Poliklinika
- Znanstvena/nastavna ustanova
- Zavodi

Subject

•Physicians

- Specialists
- Resident
- Without specialisation

•Workplace

- Hospital
- Doctor's office
- Scientific/educational institution

Rezultati

- Liječnici u bolnici
- Ukupno: 25 (10ž:15m)
- Dob ~ 43,9 g (26-65g)
- Bez specijalizacije: Specijalizanti:Specijalisti (2 : 5 : 18)
- Rad na neodređeno: Određeno (18:7)

- Liječnici u izvanbolničkim ustanovama
- Ukupno 30 (18 ž:12m)
- Dob ~ 36,8g (27-45g)
- Bez specijalizacije : Specijalizanti : Specijalisti
(10 : 5 : 15)
- Rad na neodređeno:Određeno (20:10)

Results

•Doctors at Hospitals

- Total 25 (10f:5m)
- Age 43,9 (27-65)
- Without specialisation:resident:specialist
(2:5:18)

•Doctors in other institutions

- Total 30 (18f:12m)
- Age 36,8 (27-45)
- Without specialisation:resident:specialist
(10:5:15)

Stresno / izrazito stresno

Bolnica

Organizacijski

- Neadekvatna osobna primanja (15/25)
- Neadekvatna materijalna sredstva za rad (14/25)
- 24 satna odgovornost (13/25)
- Preopterećenost poslom (11/25)
- Nedostatan broj djelatnika (11/25)

Izvanbolička ustanova

Organizacijski

- Loša organizacija posla (15/30)
- Neadekvatna materijalna sredstva za rad (15/30)
- Neadekvatna osobna primanja (14/20)
- Pritisak vremenskih rokova (11/30)
- Administrativni poslovi (10/30)

Stressful/highly stressful

•Hospital

- Inadequate incomes(15/25)
- Inadequate material resorces for work(14/25)
- 24 hour responsibility(13/25)
- Heavy work schedule(11/25)
- Insufficient number of employees(11/25)

•Non-hospital institution

- Bad work organization(15/30)
- Inadequate material resorces for work(15/30)
- Inadequate incomes(14/30)
- Insufficient number of employees(10/30)

-Meeting deadlines(11/30)

Stresno / izrazito stresno

Bolnica

Liječnik-pacijent odnos

- Pogrešno informiranje bolesnika od strane medija (13/25)
- Suočavanje s neizlječivim bolesnicima (12/25)
- Izloženost neprimjerenj javnoj kritici (9/25)
- Prijetnja sudske tužbe (9/25)

Izvanbanička ustanova

Međuljudski odnosi

- **Oskudna komunikacija s nadređenima (12/30)**

Liječnik-pacijent odnos

- Suočavanje s neizlječivim bolesnicima (10/30)
- Pogrešno informiranje bolesnika od strane medija (10/30)

Stressful/highly stressful

•Hospital

- Patient wrongly informed by media(13/25)
- Dealing with terminally ill patients(12/25)
- Public criticism(9/25)
- Suing(9/25)

•Non-hospital institution

- Insufficient communication with the superiors(12/30)
- Dealing with terminally ill patients(10/30)
- Patient wrongly informed by media(10/30)

Stresno / izrazito stresno

•Bolnica

Profesionalni

- Strah od ozljede oštrim predmetom (6/25)
- Svakodnevne nepredviđene situacije (7/25)
- Dežurstva (6/25)
- Nedostatak odgovarajuće trajne edukacije (4/25)
- Nedostupnost potrebne literature (5/25)
- Strah od zaraze (4/25)

- Izvanbanička ustanova

Profesionalni

- Nedostupnost potrebne literature (6/30)

Stressful/highly stressful

•Hospital

- Injuries by sharps(6/25)
- Unpredictable situations(7/25)
- Duty hours(6/25)
- Lack of educations(4/25)
- Lack of professional literature(5/25)
- Biological hazards(4/25)

•**Non-hospital institution**

-Lack of professional literature(6/30)

Zaključak I/ Conclusion I

Liječnici u bolnicama prepoznaju

- više stresora na radnom mjestu,
- daju više ocjene stresorima od liječnika zaposlenih u izvanbolničkim ustanovama.

Hospital physicians

- recognise more stressors than other physicians,
- give higher marks to the stressors.

Zaključak II/ Conclusion II

- Zakonom propisane Metode za procjenu opasnosti na radnom mjestu ne mogu izmjeriti stres;
- Potreba za razvojem instrumenta za mjerenje stresa.

- The methods for measuring hazards at workplaces cannot monitor stress;
- The need of development of the stress monitoring instruments.

Literatura

- Markham Ursula. Managing stres, London 2003.
- Kendall-Reed Penny.The complete doctor's solution:understanding, teating and preventing stress and stress-related illnesses, Toronto 2004.
- Šimić Goran.Stres naš svagdašnji, Zdravlje, 35: 2004.

**Medical malpractice in the USA
Judicial and insurance practice**

Josip Mađarić, attorney-at-law

Medical malpractice claims

- for physicians
 - unwanted, unintended and random event, connected mostly with enormous expense, unease and emotional pain, sometimes with disciplinary procedure ⇒ **NIGHTMARE**
 - liability insurance premiums are very high (obstetricians in Florida **\$270,000** pro year)
 - cca 20-25% (or more) of annually income for liability insurance premium
- for lawyers
 - top level business, lucrative, opportunity for high earnings (median award \$1,000,000; childbirth \$2,050,000; the highest verdict **\$116,000,000**)
 - complex, costly, hard and demanding (the best legal and basic–moderate–high medical education is recommended)
 - only 1/3 claims are succesful for plaintiffs

Medical malpractice - definition

- occurs when a negligent act or omission by a doctor or other medical professional results in damage or harm to a patient
- error in a diagnosis, treatment or illness management

Plaintiff (injured patient) must prove

⇒ burden of proof

- the existence of a duty owed by the doctor (health care professional) to the plaintiff (a doctor/patient relationship)
- the applicable standard of care and the doctor's deviation from this standard, which is deemed a breach of the duty owed to the patient
- a causal relationship between the doctor's deviation from the standard of care and the patient injury
- injury to the patient

Standard of medical care

⇒ medical custom, not rule (law)

- the quality of care that would be expected of a reasonable practitioner in similar circumstances

Causation

- plaintiff must prove that doctor's deviation from the applicable standard of care resulted in his injury
- sometimes doctor's deviation from the standard of care may not have caused plaintiff's eventual injury
- hard and challenging to establish

Res ipsa loquitur ⇒ legal doctrine ⇒ "the thing speaks for itself"

- when it is obvious that the type of injury would not have occurred without medical negligence
- burden of proof that it was not negligence is now on doctor's side
- classic example: a medical instrument is left inside a person following surgery
- it is clear that a surgical instrument would not be left in a patient without someone's negligence

Informed consent

- physicians are required to obtain informed consent from the patients concerning any non-emergency procedure
- express or implied, given in written or verbal form
- informed consent is valid only if physician disclosed all the facts, risks and alternatives that a reasonable person would deem significant in making a decision to undergo the recommended treatment

Responsible parties in medical malpractice actions

- not only doctors, also nurses, dentists, osteopaths, health care facilities and other health care providers (nursing homes)
- hospitals can be held directly liable for their own negligence (corporate negligence doctrine) and also be held vicariously liable for negligence of their employees (respondent superior doctrine)

Medical malpractice environment

- "Medical errors are responsible for injury in as many as 1 out of every 25 hospital patients"- Brennan et al., NEJM-1991;
- "To Err is Human" – Institute of Medicine Report, 2000.
 - New York study: 98 000 Americans die each year as a result of medical malpractice
 - Colorado and Utah study: 44 000 Americans
- Comparison:
 - motor vehicle accidents 43 458
 - breast cancer 42 297
 - AIDS 16 516
- 5% of US doctors are responsible for 54% of all malpractice payment (NPDB – 2001. Annual report)
- total national costs of medical errors resulting in injury are estimated to be between \$17 – 29 billion per year

Medical malpractice litigation

- real explosion in 1960s and early 1970s
- advances in medical science, development of more coherent and visible standard of care
- more plaintiff-friendly environment

- expansion informed consent and res ipsa loquitur doctrines

2000s – real crisis

- doctors – medical malpractice awards are “skyrocketing” because of “jackpot justice”, it is “selfservice” for lawyers and patients
- lawyers and consumers groups – doctor’s earnings is too high for their quality of services, they have to pay for the errors
- insurers – the highest losses in medical malpractice insurance (\$8.6 billion)

Verdicts and settlements

- median jury award
 - 1999 - \$700,000
 - 2001 - \$1,000,000 (increased 43%)
- settlement went down
 - 1999 - \$592,000
 - 2001 - \$500,000

Most commonly claimed liability

Claims by speciality

Disposition of malpractice claims

Top 5 medical malpractice verdicts

Sources ⇒ statistical data

- significant difference between medical and legal sources
- Jury verdict research (JVR) – over 200 000 verdicts – reporting is not required – lawyers report only high verdicts and settlements

Must be reported to NPDB

- insurance payments made to settle or satisfy judgement in a medical malpractice actions
- state medical board disciplinary actions related to professional conduct or competence taken against the physician’s license (revocation, suspension, censure ...)
- adverse actions taken by a hospital or health care entity affecting a physician’s clinical privileges
- physician’s voluntary surrender of clinical privileges while professional competence or conduct is investigated
- adverse decisions by a professional society relating to professional competence or conduct

Medical malpractice liability insurance

- legally required
- very expensive

Losses of malpractice insurers

Direct result – higher malpractice liability insurance premium for doctors, nurses and hospitals

Indirect effects – defensive medical practice, reduced supply of health care services, curtailment of practice areas and retirement for many physicians who can not get insurance, moving to the less litigation area (cheaper insurance)

Variation of the premiums

Tort law (compensation for bodily injuries)

- state, not federal jurisdiction, situation is different state by state

Variation of the premiums

- premium vary widely by state, or even within a state in some regions (cities)
- difference between California, Indiana, Montana ... and some other states is most striking (caps – no caps)
- the highest premium pay obstetricians, surgeons and internists

Obstetricians - premium
Losses in medical malpractice insurance

Insurance information institute

- malpractice insurance losses in 2001 are \$8.6 billion
- catastrophic results, many insurers fighting to survive
- estimation that the insurers on average will have paid out \$1.40 for every dollar they collected in premiums in 2001. – loss ratio?

St. Paul Ins. company

- the largest medical malpractice insurer in the USA (9% of all doctors), left the med-mal market in December 2001. because underwriting losses threatened its solvency

Losses in medical malpractice insurance

Pennsylvania

- Legion Ins., Villanova Ins., PHICO Ins., MIIX Group Ins. – collapsed
- Pennsylvania medical society liability insurance increase premium 54% in 7 months!

Mississippi

- 15 insurers have stopped writing med-mal policies

Florida

- 54 of 66 companies dropped out of the market

Missouri

- 24 of 32 insurers have stopped renewing policies

Reform of the system

Doctors and insurers

- demand reform of medical malpractice claims litigation

Lawyers and consumers groups

- support prevalent system, against any reform

Proposal

- limitation of the non-economic damage (caps) for the all US states

Insurers

- sceptic about limitation (caps)
- caps significantly reduce awards for non-economic damage, but the effects on premium are less clear (awards payment is just one factor for premium)
- one study showed that insurers loss ratio improved after caps were adopted, another showed no significant effects

Other proposals

- early-offer program (before trial patients and defendant have to negotiate)
- mediation
- medical courts (especially for medical malpractice cases)
- no-fault insurance

Osobni profesionalni razvoj i trajna medicinska izobrazba

*Katarina Sekelj-Kauzlarić, dr.med.
spejialistica. fizikalne medicine i rehabilitacije*

Član Povjerenstva za medicinsku izobrazbu Hrvatske liječničke komore, predstavnik u European Accreditation Council for Continuing Medical Education pri UEMS-u, Medicinska savjetnica Hrvatske liječničke komore

Osobni profesionalni razvoj i trajna medicinska izobrazba važan su čimbenik kvalitete

- Pregled ustroja i zakonske regulative profesionalnog razvoja i trajne medicinske izobrazbe u RH
- Usporedba s drugim zemljama
- Prikaz broja i vrste pojedinih oblika trajne izobrazbe

Profesionalni razvoj liječnika

Zakon o znanosti i visokom školstvu (Bolonjski proces)

- Dodiplomski studij (6 godina)
 - Doktorski studij (3 godine)
 - Tečajevi trajne medicinske edukacije
- Nadležnost: Ministarstvo znanosti i obrazovanja, medicinski fakulteti

Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Zakon o liječništvu

- Specijalizacija i specijalistički poslijediplomski studij
 - Uža specijalizacija
 - Trajna medicinska izobrazba (CME)
- Nadležnost: Ministarstvo zdravstva, Hrvatska liječnička komora

Profesionalni razvoj liječnika u drugim zemljama Europe i u SAD

Zemlje EU i SAD

- Dodiplomski studij (Bolonjski proces, u nekim zemljama)
 - Poslijediplomski studij
- Nadležnost: Ministarstva i medicinskih fakulteta

- Specijalizacije, uže specijalizacije i trajna medicinska izobrazba

Nadležnost: Strukovnih udruga (Komora, Asocijacija, Odbora)

Zemlje istočne Europe

- Dodiplomski studij
 - Poslijediplomski studij
 - Specijalizacije, uže specijalizacije i trajna medicinska izobrazba
- Nadležnost: Ministarstva i medicinskih fakulteta

Strukovne udruge nemaju ovlasti u edukaciji

Mogućnosti i obveze trajne medicinske izobrazbe liječnika u Hrvatskoj

Kao jedna od malog broja profesija koje imaju obvezu trajne izobrazbe tijekom svog radnog vijeka, liječnici mogu:

- Pohađati jedan od oblika trajne izobrazbe koje boduje HLK (Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku stručnog usavršavanja i provjere stručnosti liječnika: www.hlk.hr)
- Pohađati jedan od oblika usavršavanja pri Medicinskom fakultetu (bodovano po Europskom sustavu za prijenos bodova, ECTS)
- Pohađati poslijediplomske studije na drugim fakultetima
- Pohađati druge oblike trajne izobrazbe koji ne moraju biti bodovani od HLK

Obveza trajne medicinske izobrazbe (CME) u nekim zemljama Europe i SAD

Broj stručnih skupova koje je HLK bodovala od 1999. do 2003. godine

Specifikacija stručnih skupova (2003.god)

Zaključak i preporuka

- Potrebno je nastaviti rad na usavršavanju sustava trajne medicinske izobrazbe i profesionalnog razvoja u RH
- Prilagoditi se zahtjevima zemalja EU u opsegu koji bude neophodan
- Proširiti tematski sadržaje stručnih skupova specifičnim temama (organizacija rada, rukovođenje, komunikacijske vještine, zakonska legislativa i sl.)

KALENDAR STRUČNIH SKUPOVA
NAJAVA SKUPOVA U ZEMLJI I INOZEMSTVU
PRIJAVA SKUPOVA U ZEMLJI
VAŽNE OBAVIJESTI O RADU HLK

[WWW.hlk.hr](http://www.hlk.hr)

HKMB: 10 godina rada na poboljšanju kvalitete

Ana Stavljenić-Rukavina

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 121/03)

Članak 87.

Postupak i način akreditacije bolnica za razvrstavanje prema kvaliteti rada pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležne komore.
Akreditacija MBL-a
Nacrt Pravilnika o akreditaciji dijagnostičkih djelatnosti, 2003

- ✓ Akreditacijsko tijelo ?
- ✓ Norma EN ISO 15189:2003
- ✓ Neovisni ocjenitelji ?

Postupak akreditacije MBL-a

- ✓ Samoprocjena - vlastita procjena primjene norme/kriterija kvalitete
- ✓ Pregled *na licu mjesta* – ovisno o ocjeni rezultata samoprocjene
- ✓ Dodjela akreditacije - odluka o vrsti akreditacije, trajanju akreditacije i preporukama

- puna akreditacija 3 godine
- akreditacija uz preporuke za poboljšanje 3 godine
- privremena akreditacija 1 godina
- ne može se akreditirati

Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN 121/03)

Članak 161.

Nadzor nad radom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost, zdravstvenih radnika u zdravstvenim ustanovama te privatnih zdravstvenih radnika obuhvaća:

- unutarnji nadzor,
- stručni nadzor komore,
- zdravstveno-inspekcijski nadzor.

Ishod

- provedena edukacija 26 procje njeatelja kvalitete i vanjskog stručnog nadzora
- edukacijski tečajevi za voditelje laboratorija
- objavljeni priručnici
- u 2005 provedeno stručni nadzor u 24 MBL

MEDICINSKE SESTRE I UPRAVLJANJE KVALITETOM

*VMS JOSIPA BIŠČAN
HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA*

ZAKON O SESTRINSTVU

- DJELATNOST MEDICINSKIH SESTARA
- OBRAZOVANJE
- TRAJNO USAVRŠAVANJE
- UVJETE ZA OBAVLJANJE DJELATNOSTI MEDICINSKIH SESTARA
- DUŽNOSTI MEDICINSKIH SESTARA
- IZUZETAK OD ODGOVORNOSTI
- KONTROLU KVALITETE
- STRUČNI NADZOR
- PRIVATNU PRAKSU I HKMS

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA

- STRUKOVNA SAMOSTALNA ORGANIZACIJA SA SVOJSTVOM PRAVNE OSOBE I JAVNIM OVLASTIMA
- MEDICINSKE SESTRE KOJE OBAVLJAJU DJELATNOST OBVEZNO SE UDRUŽUJU U KOMORU

JAVNE OVLASTI KOMORE

- VODI REGISTAR ČLANOVA
- DAJE, OBNAVLJA I ODUZIMA ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD
- OBAVLJA STRUČNI NADZOR NAD RADOM MEDICINSKIH SESTARA

OSTALE OVLAŠTI

- DONOSI ETIČKI KODEKS
- SURAĐUJE S MINISTARSTVOM ZDRAVSTVA
- UTVRĐUJU NAJNIŽE CIJENE ZDRAVSTVENE NJEGE
- PREDLAŽE STANDARDE I NORMATIVE
- PREDLAŽE SADRŽAJ SESTRINSKE LISTE
- UTVRĐUJE POVREDE RADNIH DUŽNOSTI
- UTVRĐUJE DISCIPLINSKE MJERE...

ZAKONITOST RADA

- NADZOR NAD ZAKONITOŠĆU RADA PROVODI MINISTARSTVO ZDRAVSTVA
TRAŽENJEM ODGOVARAJUĆIH IZVJEŠĆA I PODATAKA KOJE JE KOMORA DUŽNA DOSTAVITI U
ODGOVARAJUĆEM ROKU

TIJELA KOMORE

- SKUPŠTINA
- VIJEĆE
- STRUČNO VIJEĆE
- PREDSJEDNIK I DOPREDSJEDNIK
- PODRUŽNICE
- NADZORNI ODBOR
- SUD KOMORE
- POVJERENSTVA

POVJERENSTVA

- ZA STRUČNA PITANJA I TRAJNO USAVRŠAVANJE
- ZA STRUČNI NADZOR
- ZA STALEŠKA PITANJA
- ZA KONTROLU KVALITETE

KAZNE NE ODREDBE

NOVČANA KAZNA U IZNOSU OD 3.000,00 DO 10.000,00 KN AKO:

- NE ISPUNI OBVEZU ČUVANJA PROFESIONALNE TAJNE
- PROVODI ZDRAVSTVENU NJEGU A NIJE UPISANA U REGISTAR
- OBAVLJA SAMOSTALAN RAD BEZ ODOBRENJA ZA SAMOSTALAN RAD
- ONEMOGUĆI ILI OMETA STRUČNI NADZOR
- NE OTKLONI NEDOSTATKE UTVRĐENE STRUČNIM NADZOROM

ODUZIMANJE ODOBRENJA

- PRIVREMENO DO GODINU DANA
- TRAJNO

KONTROLA KVALITETE (ČL. 23)

- JEDINI OD ZAKONA PROFESIJA KOJI JE ODREDIO I KONTROLU KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE
KOJU PROVODI ZA TO POSEBNO EDUCIRANA MEDICINSKA SESTRA KAO ČLAN TIMA KOJI
IMENUJE POSLODAVAC U SURADNJI S MINISTARSTVOM ZDRAVSTVA I KOMOROM

KONTROLA KVALITETE OBUHVAĆA

- PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE
- PROVOĐENJE POSTUPAKA ZDRAVSTVENE NJEGE
- REZULTATE ZDRAVSTVENE NJEGE
- UTJECAJ ZDRAVSTVENE NJEGE NA ZDRAVSTVENI STATUS BOLESNIKA

POVJERENSTVO ZA KONTROLU KVALITETE

- PREDLAŽE PROGRAM EDUKACIJE ZA PROVOĐENJE KVALITETE
- SUDJELUJE U ORGANIZIRANJU EDUKACIJE
- SURAĐUJE S MINISTARSTVOM ZDRAVSTVA RADI PRAVILNE PROVEDBE KONTROLE KVALITETE
- BRINE SE O OBVEZATNOSTI OBUHVAĆANJA PLANA, PROVOĐENJA, REZULTATA I UTJECAJA ZDRAVSTVENE NJEGE NA ZDRAVSTVENI STATUS BOLESNIKA

ZAKLJUČAK

- MEDICINSKE SESTRE U PRUŽANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE MORAJU IMATI SVOJE OBVEZE, PRAVA ALI I ODGOVORNOSTI. ONE SU RAVNOPRAVNI SUDIONICI UZ SVE OSTALE ZDRAVSTVENE DJELATNIKE U PRUŽANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.

Kako pripremiti studente za radno mjesto liječnika

Aleksandar Džakula
ŠNZ "Andrija Štampar"

Nastava:

Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (1/2)

- Od akademske godine 2003/04 uvedena nastavna jedinica:

Kvaliteta zdravstvene zaštite (2 + 1sat)

/ program i sadržaj prema knjizi "Vrsnoća medicinske skrbi" prof. Reuben Eldara

Kvaliteta zdravstvene zaštite

(2 + 1 sata)

- Problem based learning/case
- Član Vaše obitelji treba biti podvrgnut operaciji žučnjaka ("hladni zahvat")
- Član Vaše obitelji očekuje prinovu i raspituje se za izbor rodilišta

Koju ustanovu/bolnicu izabrati ? Zašto?

Koncept nastavne jedinice

- UVOD: Studenti navode zašto bi izabrali neku ustanovu/bolnicu ("dobri doktori", "super opremljeni", "dobro rade", "uspješni", "ugodno za pacijenta")
- RASPRAVA: Kako znamo da je to tako? Što nam o tome govori? Kako to mjerimo?
- ZAKLJUČAK: Kvaliteta se može pratiti, mjeriti i unapređivati!

Nastava:

Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (2/2)

- Od akademske godine 2004/05 uvedena nastavna jedinica/pokazna vježba:

Upravljanje kvalitetom u zdravstvenoj zaštiti (1 sat)

/prema TQM programu CDC-SMDP, Atlanta i projektu OB Pula

Koncept nastavne jedinice

- Uvod o TQM
- Opis koraka
- Opis stanja
- Definiranje problema

- Analiza uzroka problema
- Provedba “protumjera”
- Dugoročno planiranje upravljanje kvalitetom

Ciljevi nastave

- Približiti pojam kvalitete i demistificirati načine praćenja i upravljanja kvalitetom:
/KVALITETA JE SVUD OKO NAS!!!!
- Potaknuti studente i mlade liječnike da prihvate upravljanje kvalitetom kao sastavni dio svojeg posla !

Popis predavača i sudionika tečaja Liječnici i kvaliteta zdravstvene zaštite 2005

Belina Stanko
Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju
Gajeva 2 Krapinske Toplice, Hrvatska
mob: 098 206 917, fax: 049 222 352
stanko.belina@hr.t-com.hr

Bišćan Josipa
Hrvatska komora medicinskih sestara KB Dubrava
Lašćinska 14a Zagreb, Hrvatska
tel: 01 2902 623, fax: 01 2902 623
job@kbd.hr

Bojović Aleksandar
Ministarstvo zdravstva Srbije
Nemanjina 22-26 Beograd, SiCG
tel: 00381 11 3614890, fax: 00381 11 3614890
bojovic@zdravlje.sr.gov.yu

Bolčina Katja
ZZZS, OE Celje
Gregorčičeva 5a Celje 3000, Slovenia
tel: 041 930 889, fax: 386 3 5482 301
katja.bolcina@zzzs.si

Bradić Viktorija
Croația zdravstveno osiguranje
Miramarska 22 Zagreb, Hrvatska
, fax: 01 6170 373
viktorija.bradic@gendir.crosig.hr

Budić Nikolina
Hrvatska liječnička komora
Šubićeva 9 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 4655 611, fax: 01 4655 465
nikolina.budic@hik.htnet.hr

Cesarik Marijan
Opća županijska bolnica
Požega, Hrvatska
tel: 034 291 044, fax: 034 319 075
marijan.cesaric@po.htnet.hr

Cvitanović Barišić Vladimira
Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim
smetnjama
Goljak 2 Zagreb, Hrvatska
01-4925 266, fax: 01 4823 577
vladimira.cvitanovic.barisic@zg.htnet.hr

Čemerlić Aida
ZZJZ SBiH
Maršala Tita 9 Sarajevo, BiH
tel: 00387 061 173 706, fax: 00387 33 663 941

Čepulić Egidio
Hrvatska liječnička komora
Šubićeva 9 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 4826 014, fax: 01 4826 017
egidio.cepulic@zg.htnet.hr

Džakula Aleksandar
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Rockefellerova 4 10 000 Zagreb, Hrvatska
mob: 91 582 88 92,
adzakula@snz.hr

Džono-Boban Ankica
ZZJZ Dubrovačko-neretvanske županije
pp58 Dubrovnik, Hrvatska
tel: 020 341 006, fax: 020 341 099
ankica.dzono-boban@du.htnet.hr

Eldar Reuben
Loewenstein Rehabilitation Centre
Achnza st. 278, POB 3 Raanana, 43 100 Izrael
tel: 972 3 5227 103, fax: 972 9 7709 929
eldrub@netvision.net.il

Erdelji-Štivić Branka
Croatia zdravstveno osiguranje
Miramarska 22 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 6332 76 103, fax: 01 6170 373
branka.erdelji-stivic@crosig.hr

Gajić Slobodanka
Institute for public health in Serbia
Dr Subotića 5 Beograd, SiCG
tel: 00381 11 2684 566, fax: 00381 11 659 1138
dankagajic@yahoo.com

Gašparović Svjetlana
Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ
Krešimirova 52a Rijeka, Hrvatska
tel: 051 214 359, fax: 051 358 729
svjetlana@zzjzpgz.hr

Glibotić Kresina Helena
Nastavni zavod za javno zdravstvo PGŽ
Krešimirova 52a Rijeka, Hrvatska
tel: 051 358 728, fax: 051 358 730
hgkresina@net.hr

Grubić Jakupčević Desa
Specijalna bolnica za zaštitu djece s neurorazvojnim i motoričkim smetnjama
Goljak 2 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 49 25 203, fax: 01 4823 577
desicka@yahoo.com

Horozović Vesna
Institute of public health of Serbia
Dr Subotića 5 Beograd, SiCG
tel: 381 112684 566, fax: 38111659138
vesnahorozovic@yahoo.com

Jovanović Olivera
Ministarstvo zdravstva Srbije/PCU
Omladinskih brigada 1 Beograd, SiCG
tel: 381 11 699601, fax: 382 11 311 2889
olivera_jovanovic@zdravlje.sr.gov.yu

Jureša Boris
Sindikata energetike kemije i metala Hrvatske
Krešimirov trg 2 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 4655 024,
boris.juresa@pliva.hr

Karadžinska-Bislimovska Jovanka
Institute of Occupational Health, WHO Collaborating Center
II makedonska brigada 43 Skopje, Macedonia
tel: 389 2 2621 428, fax: 389 2 2621428
bislimovska_j@hotmail.com

Katanec Marica
Veterina d.o.o.
Svetonedeljska 2 Kalinovica, Hrvatska
tel: 01 3388 801,

Knežević Bojana
KBC Zagreb
Šalata 2 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 2336 782, fax: 01 4920 026
bojana.knezevic@inet.hr

Košutić Damir
Samostalni sindikat Pliva-EKN
Prilaz baruna Filipovića 25 Zagreb, Hrvatska
jasenka.maloseja@pliva.hr

Lagrais Celine
National school for public health
Av. Pr Leon BERNARD Rennes, France
tel: 00336 8004 1891,
lagraisceline@yahoo.fr

Laurent Jean Francois
Centre Eugene Marguis
Rue Bataille Flandres-Dunkerque Rennes F 35000, France
tel:++332 99 253 270, fax:++332 99 253 230
jf.laurent@rennes.fnclcc.fr

Le Duff Franck
CHU (Medical Hospital)dim
RUE Henry le Guilloux Rennes, France
tel: 332 99 284 215, fax: 332 99 284 160
franck.leduff@uni-rennesl.fr

Lipnjak Gorana
Ericsson
Krapinska 45 Zagreb, Hrvatska
mob: 091 3654 206, fax: 01 3653 001
gorana.lipnjak@ericsson.com

Lukić Ivana
Ministarstvo zdravlja, Jedinica za upravljanje projektima Svjetske bank
Nemanjina 22-26 Beograd, SiCG
tel:++381(0)11 3614 890, fax:++381(0)11 3614 890
pr_pcu@zdravlje.sr.gov.yu

Mađarić Vesna
OB Koprivnica
Selingerova bb Koprivnica, Hrvatska
tel:048 251 208,
vesna.madavic@kc.hinet.hr

Mađarić Josip
Odvjetničko društvo Zagreb
Vodnikova 15 Zagreb, Hrvatska
mob: 098 208 674,

Maloseja Jasenka
Samostalni sindikat Pliva-EKN
Prilaz baruna Filipovića 25 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 3722 870,
jasenka.maloseja@pliva.hr

Milošević Milan
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Zagreb,
mob: 091 110 12 22,
mmilan@mef.hr

Mustajbegović Jadranka
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Rockefellerova 4 10 000 Zagreb, Hrvatska
mob: 091205 99 95,
jmustajb@snz.hr

Nola Iskra Alexandra
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Zagreb,
mob: 091 501 52 25,
iskra-alexandra.nola@zg.htnet.hr

Novoselac Mirko
Kvasac d.o.o.
10291 Prigorje Brdovečko, Hrvatska
tel: 01 3349 953, fax: 01 3397 669
ekn@kvasac.hr

Pejaković Mišo
Opšta bolnica Nikšić
Nikica od Rovina bb Nikšić, Crna Gora
tel: 083 231 217, fax: 083 231 215
bolnica-nk@cg.yu

Poljičanin Tamara
Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac
Dugi dol 4a Zagreb, Hrvatska
tel: 01 2353 954, fax: 01 2331515
tpoljica@jdb.hr

Pranjić Nurka
Medicinski fakultet - Univerzitet Tuzla
Univerzitetska 1 Tuzla, BiH
tel: 387 35 320 600, fax: 387 35 300 600
pranicnurka@hotmail.com

Prežigalo Juraj
Klinika za dječje bolesti Zagreb
Klaićeva 16 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 4600 100, fax: 01 4826 053
zagrebchildrens@zg.hinet.hr

Pucarín-Cvetković Jasna
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Zagreb,
mob: 091 595 47 12,
jpucarín@snz.hr

Sakan Sanja

10 000 Zagreb , Hrvatska
sanja.sakan@zg.htnet.hr

Sekelj Kauzlarić Katarina
Hrvatska liječnička komora
Šubićeva 9 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 4657 809, fax: 01 4655 465
katarinas@hлк.hr

Stanković Tatjana
Institute for public health in Serbia
Dr Subotića 5 Beograd, SiCG
mob:063 7121 479, fax: 00381 11 659138

Šajtušić Mario
Vivera d.o.o.
Kralja Zvonimira bb Glina, Hrvatska
tel: 044 551 511,
jasenka.maloseja@pliva.hr

Šklebar Ivan
OB Bjelovar
Mihanovićeva 8 Bjelovar, Hrvatska
tel: 043 279 112, fax: 043 279 333
ivan.sklebar@bj.htnet.hr

Šobat Hrvoje
Klinika za tumore
Ilica 197 Zagreb, Hrvatska
mob: 098 377 976, fax: 01 3775 536
hrvoje.sobat@kzt.hr

Šogorić Selma
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Rockefellerova 4 10 000 Zagreb, Hrvatska
ssogoric@snz.hr

Šutić Jadranka
DZ Karlovac
Vlatka Mačeka 48 Karlovac, Hrvatska
tel: 047 411 277, fax: 047 411 263
dz-karlovac@ka.htnet.hr

Vidjak Vinko
KB Merkur
Zajčeva 19 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 2431 396, fax: 01 2431 402
vinko.vidjak@kb-merkur.hr

Vončina Luka
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Rockefellerova 4 10 000 Zagreb, Hrvatska
luka.voncina@zg.htnet.hr

Vučina Zlatko
ZZJZ SBiH
Maršala Tita 9 Sarajevo, BiH
tel: 00387 061 173 706, fax: 00387 33 663 941
dir@bih.net.ba

Vuletić Silvije
Škola narodnog zdravlja Andrija Štampar
Rockefellerova 4 10 000 Zagreb, Hrvatska
svuletic@snz.hr

Zgombić Jasminka
DZ Zagreb-Centar
III maksimirsko naselje 4 Zagreb, Hrvatska
tel: 01 2303 148,
jasminka.zgombic@zg.htnet.hr

Rudolf Karazman
IBG Institut für humanökologische Unternehmensführung
University of Economics Vienna - Dept HTM
Medical University of Vienna