

nosti zdravnikov in podobnih neprimernih postopkov. Bolniki, ki so v terminalni fazi svoje bolezni, v resnici niso vedno deležni vsaj minimalne pomoči, ki jo medicina lahko nudi. Zdravstveno osebe, predvsem pa zdravniki, morajo svojem obzirno pojasniti stanje bolnika in jim tudi zagotoviti, da bo storjeno vse, da umirajoči ne bo trpel bolečin.

Podobna situacija je tudi pri poškodovancih s hudimi poškodbami, ki so komaj še združljive z življenjem in se žal pogosto, kljub maksimalnim postopkom zdravljenja, končajo s smrtjo. Svojci, ki jih je izguba drage osebe zadela kot strela z jasnega, ne zmorejo takoj dojeti neizogibnega dejstva in včasih skušajo krivdo za tragični dogodek pripisati napačnemu zdravljenju. Tudi takšne pritožbe obravnavamo z vso temeljitostjo, čeprav se večinoma izkaže, da je smrt povzročila narava bolezni ali poškodbe. Ker pa to nikakor ni pravilo, je vsaka pritožba te vrste deležna obravnave.

Zaključki

V primerjavi z državami zahodne Evrope (Anglija, Nizozemska, Nemčija) se bolniki in njihovi svojci v Sloveniji pritožujejo relativno redko. Vzroki za tako stanje so prav gotovo številni. Med njimi so predvsem nejasne pritožbene poti, manjša osveščenost, morda pa tudi relativno visoka povprečna kakovost zdravstvenega varstva.

Od Zakona o pritožbenih poteh v zdravstvu, ki je v pripravi, si obetamo ureditev tega kočljivega področja. Želimo, da nas bolniki in njihovi svojci opozarjajo na domnevne napake zdravnikov. Pravično reševanje pritožb v prvi vrsti nima namena represije, temveč utrditi zaupanje ljudi v delo zdravnikov. Opozorjanje in v skrajnih primerih tudi ukrepanje proti zdravnikom je naloga Zdravniške zbornice Slovenije, ki kot stanovska organizacija skrbi za visoko kakovost dela zdravnikov.

Izkušnje tožilca pri Zdravniški zbornici Slovenije je predstavil **Jože Balazic**. Do tožilca pride sorazmerno malo pritožb, ki jih je razdelil v tri skupine. V prvo skupino sodijo bolniki, ki zahtevajo, da se nekaj napravi, predvsem red, in zahtevajo, da se kaj podobnega ne bi ponovilo. Druga skupina pritožnikov je bistveno glasnejša. Pritožujejo se nad hujšimi pomanjkljivostmi, ki jih je potrebno objektivno preučiti in razčistiti. Tretjo skupino pa predstavljajo pritožniki, ki so nezadovoljni z mnenjem izvedencev zdravniških in invalidskih komisij, ki se ne morejo sprijazniti s posledicami bolezni. Ti zadnji zahtevajo najstrožje ukrepe in drastične kazni. Pogosto se hkrati pritožijo še Ministrstvu za zdravstvo, Odboru za peticije pri Državnem zboru, Helsinškemu monitorju in varuhu človekovih pravic. Malo je pritožb zdravnikov zoper zdravnike. Delo ovirajo različne grožnje, psovovanja in poskusi ustrahovanja.

Boris Kramberger iz Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je povedal, da ima ta ustanova sistem pritožne knjige že od sredine devetdesetih let. Pritožbe letijo na račun dostopnosti do uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pogosto temeljijo na nezadostni informiranosti, zadevajo vprašanje dostopnosti oz. izbire. Pri nas je t. i. vratarški sistem izbranega zdravnika, ki usmerja in določa vse nadaljnje postopke in pravice. V takšnem sistemu se zdijo pritožbe ustrezen mehanizem in ventil za bolnike, ki ga je treba gojiti. Manj primerno se zdi v tem sistemu načelo drugega mnenja. Šele izgrajeni sistem svobodne izbire zdravnikov in zavodov omogoča uveljavitev drugega mnenja. Izkušnje v drugih državah kažejo na to, da se pritožbe povečujejo predvsem v sistemih, ki se financirajo proračunsko. Po statistiki ZZSZ zadeva 10% pritožb delo, predvsem financiranje Zavoda, 90% pa zadeva uveljavljanje pravic v zdravstvu. V ospredju je čakalna doba, pogosto pri zobozdravniku. Moti jih tudi odnos zdravnikov in zdravstvenega osebja do bolnikov, nespoštova-

nje zasebnosti, privilegiji. Vse več je bolnikov, ki ne iščejo le laičnih vidikov kakovosti, ampak preko interneta poznajo bolezni, postopke zdravljenja, celo najnovejša odkritja, moti jih nasprotje me dejansko dostopno in maksimalno medicinsko storitvijo. Menim, da so pritožbeni postopki sestavni del kakovosti v zdravstvu. Pomembno je obravnavati in upoštevati pritožbe in izboljšati delo v zdravstvenih ustanovah in v zavarovalnici.

Janko Kersnik, predsednik Združenja za družinsko medicino SZD, je razmišljal o »Vzrokih za bolnikove pritožbe«.

VZROKI ZA BOLNIKOVE PRITOŽBE

Janko Kersnik

Izveček

Bolnik mora imeti možnost, da je o zdravstveni oskrbi seznanjen, preden jo potrebuje, da sodeluje pri odločitvah med zdravljenjem in da poda svoje mnenje po zdravljenju. Sodobna družba in odnosi bolnike spodbujajo, da o svojih izkušnjah povedo svoje mnenje. Bolnikovo mnenje predstavlja pomemben vir ocen o laični kakovosti našega dela in enega izmed virov za izboljšave. Pritožbeni sistem bolnikom omogoča preglede in javen način zbiranja in reševanja pripomb, pritožb, pohvale pobud in predlogov. V Osnovnem zdravstvu Gorenjske ga izvajamo že pet let. Prejmemo od 26 do 38 vlog letno. Pritožbe, ki se dotikajo strokovnosti dela, obravnavajo tričlanske komisije. Med dodatnimi vzroki za pritožbe je pogosto motnja v sporazumevanju med zdravnikom in bolnikom. Vse kadre je potrebno izobraževati na področju sporazumevanja in obvladovanja napak. Pritožbeni sistem mora postati sestavni del našega vsakdana.

Uvod

Bolnikova pravica je, da je že, preden potrebuje zdravstveno oskrbo, seznanjen ne samo z vsebino in obsegom storitev, ki jih lahko dobi pri določenem izvajalcu, temveč tudi s kakovostjo teh storitev (1, 2). Na razpolago bi moral imeti podatke o strokovni kakovosti, ki jo ocenjujejo strokovnjaki, in o laični kakovosti, ki se kaže v stopnji zadovoljstva bolnikov in urejenem pritožbenem sistemu. Pred oskrbo je bistven poudarek na zbiranju in prikazovanju podatkov o dosedanjem delu, za kar mora poskrbeti vodstvo zavoda (3).

Med samo oskrbo mora biti bolnik vedno seznanjen z načrtovanimi postopki in ukrepi. Da bi lahko privolil vanje, mora biti o njih temeljito poučen, seznanjen z njihovimi neželenimi posledicami in možnimi škodljivostmi ter z alternativnimi možnostmi reševanja njegovih težav. Med oskrbo je bistven poudarek na ustreznem sporazumevanju z bolnikom, in sicer vseh, ki pridejo v stik z njim. Neustrezno sporazumevanje je pogost povod za pritožbe in tožbe (4).

Bolnik ima po oskrbi pravico, da o lastni izkušnji z zdravstveno oskrbo pove svoje mnenje. Najpogostejši način je to v obliki zbiranja mnenje bolnikov, čeprav še najbolj stvarno podobno laične kakovosti našega dela kaže sistematično izmerjeno zadovoljstvo bolnikov (5). S prispevkom želim pokazati na razloge za pogostejše pritožbe bolnikov in na vzroke za pritožbe, ki smo jih opazili v petletni zgodovini pritožbenega sistema v zavodu Osnovno zdravstvo Gorenjske.

Razlogi za pogostejše pritožbe bolnikov

Družba in odnosi med zdravniki in bolniki se vedno bolj odpirajo k enakopravnemu dialogu in bolniki lahko brez večjih zadržkov povedo svoje mnenje. Po pravici jih k temu spodbuja plačnik zdravstvenih storitev, ki preko pritožb želi pritisniti na izvajalce, da bi se potrudili tudi pri tem vidiku svojega dela. Mediji s svojo specifično potrebo po »dogodku« predstavljajo

možni forum, kjer je moč predstaviti svoje mnenje o zdravstveni službi le, če je izstopajoče, najpogosteje predvsem kot negativna izkušnja.

Potrošniki se združujejo v potrošniške organizacije, ki v svojem zaščitniškem poletu navdušujejo tudi uporabnike zdravstvene službe, da o svoji oskrbi razmišljajo na enak način kot o drugih porabniških dobrinah. Ne nazadnje sami izvajalci pod vtisom stalnega izboljševanja svojega dela spodbujamo svoje bolnike, da nam zaupajo svoje izkušnje. Splošno kulturo izražanja predvsem slabega mnenja o marsičem v naši družbi v upanju, da bomo odkrili stvari, ki jih je mogoče izboljšati, zavestno spodbujamo tudi v zdravstvu.

Vštric s tem je na pohodu tudi potrošniško razmišljanje, ki zdravje in zdravstveno oskrbo krči na raven porabniške dobrine in na raven enakega poslovnega odnosa, kot je nakup avtomobila. Pri takem pogledu na zdravstveno oskrbo je razumljiva zahteva po ustreznem nadomestilu za zdravstvene izide, ki niso skladni s pričakovani uporabnika. Ko se temu pridruži še nezadovoljstvo z dostopnostjo do nekaterih zdravstvenih storitev, pogosto slabim odnosom izvajalcev do bolnikov, s samim postopkom oskrbe in na koncu še z ne povsem pričakovanimi izidi, je mera polna in slabo mnenje se je rodilo.

Vzroki za pritožbe bolnikov

V javnem zavodu, ki deluje na območju Gorenjske za področje osnovnega zdravstva, Osnovno zdravstvo Gorenjske imamo od leta 1998 vpeljan pritožbeni sistem (5). Pritožbeni sistem je sistematičen način zbiranja, obravnavanja, reševanja in uporabe bolnikovih stališč o oskrbi za izboljšanje kakovosti dela po oskrbi. Je sestavina vsakega sistema kakovosti in omogoča vpletanje bolnikovih pogledov v ponudbo zdravstvene oskrbe potem, ko so izkusili določeno oskrbo (6). Namenov pritožbenega sistema je več. Najpomembnejši je zadoščenje uporabnikom, kadar ugotovimo, da je do slabega izida ali neustrezne oskrbe prišlo zaradi ravnanja, ki ni v skladu s strokovnimi spoznanji, ali zaradi malomarnega dela. Omogoča nam javnost dela, saj ima vsakdo možnost podati svoje podpisano ali anonimno mnenje o našem delu. S tem pridobimo informacije, ki bi bile drugače izgubljene. Lahko izvedemo popravne ukrepe pri neposrednih izvajalcih, kadar gre za probleme na ravni sporazumevanja ali strokovnega znanja, in spremenimo pogoje, če so ti pripeljali do neustrezne oskrbe ali slabih izidov.

Prvine pritožbenega sistema so bolnikove pripombe, pritožbe, pohvale, pobude in predlogi (pet P), vprašalnik o zadovoljstvu, zbiranje, obdelava, reševanje in odgovori na pritožbe (6). Pritožbeni sistem mora biti organiziran tako, da omogoča reševanje vprašanj na najnižji možni ravni. Posredovanje pritožb je urejeno tako, da je vsaj en nabiralnik za pritožbe na vsaki lokaciji našega zavoda oz. povsod, kjer se izvaja oskrba. Vse vloge evidentirajo odgovorne osebe za pritožbeni sistem in vodijo njihov seznam ter spremljajo potek reševanja. Pritožnika je treba o prejemu pismene pritožbe obvestiti in ga pri daljših postopkih obdobjno seznanjati s postopkom. Na pritožbe odgovori odgovorna oseba vedno pisno. Ko je postopek reševanja pritožbe končan, dobi pritožnik poleg pojasnila tudi poduk, da se v primeru nestrinjanja lahko obrne na druge ustanove, pristojne za take primere. Obravnavamo tudi anonimne pritožbe, le da »oškodovani« ne more dobiti neposrednega zadoščenja. Pritožnika je treba o prejemu pismene pritožbe obvestiti in ga pri daljših postopkih obdobjno seznanjati s postopkom.

Med uvajanjem pritožbenega sistema smo na ovire naleteli predvsem pri kolegih zdravnikih, ki so želeli to prikazati kot vmešavanje v njihovo pravico do individualnosti in svobode odločanja. Večina je z leti spoznala prednosti sistematične obravnave mnenj bolnikov, nekateri pa tudi po petih letih na to še vedno gledajo kot na »amatersko preiskovanje in vohunjenje za zdravniki«. Odgovorni za pritožbeni sistem so poleg

direktorja vodje enot in služb, ki praviloma za skrbnika določijo glavno sestro, ki sproti preverja prispele vloge in jih glede na vsebino dodeli v obravnavo vodji enote, kadar gre za organizacijski problem ali probleme v zvezi s sporazumevanjem, ali pa strokovnemu vodji, kadar gre za strokovno vprašanje. Pri pritožbah, ki se nanašajo na strokovno plat dela, v skladu s pravilnikom o notranjem nadzoru imenujemo tričlansko komisijo, ki pritožbo podrobno prouči (7).

Izsledki pritožbenega sistema

Prejeli smo od 26 do 38 vlog letno. Vsako leto sprejmemo okoli pet pohval, večje število pripomb zaradi posameznih problemov, ki se izvajalcem pogosto zdijo manj pomembni in se nanašajo na organizacijo dela, tj. odpoved specialistične ambulante, dolgo čakanje v čakalnici, še zlasti, če ni opaziti, da bi v ambulanti potekalo delo, prepogoste menjave osebja v ambulanti, odsotnost z delovnega mesta, ko bi izvajalec glede na urnik moral biti prisoten ipd. Take vloge prouči vodja enote, ki je odgovoren za organizacijo dela, in ustrezno ukrepa.

Večja skupina pripomb so tudi zaradi prezasedenih telefonskih linij, zaradi počasnega dvigovanja telefona, slabih storitev v sprejemnih pisarnah, kar je zlasti prisotno, kadar se bolnik želi naročiti za obisk. V isto skupino sodijo tudi pritožbe glede prijaznosti osebja, še posebno medicinskih sester, ki morajo uravnjavati tok bolnikov v ambulantah. Ker se večina tovrstnih pripomb dotika predvsem medicinskih sester, jih rešujejo glavne sestre.

Pomembno skupino pritožb predstavljajo pripombe in pritožbe glede oholosti, nezadostnega pojasnjevanja in na sploh slabega sporazumevanja zdravnikov. To predstavlja dosti trši oreh, saj je tovrstne konflikte težko verodostojno preveriti. Zavedati se moramo tudi, da včasih nekatere osebe enostavno ne gredo skupaj oz. bi bila investicija v spreminjanje samo zdravnikovega vedenja prevelika, da bi bila učinkovita, in zato ni smotrna. Takim bolnikom svetujemo in omogočimo, da zamenjajo zdravnika. Večinoma ti problemi nastajajo pri sicer dobrih zdravnikih z dolgoletnim stažem in velikim številom registriranih bolnikov, kar kaže, da se konflikti verjetno dogajajo predvsem v posamičnih primerih. V zavodu spodbujamo tudi udeležbo na srečanjih, kjer si zaposleni lahko osvežijo znanja in večšine sporazumevanja in ravnanja v primeru, da gre kaj narobe.

Najpomembnejša, vendar najmanjša skupina pritožb so pritožbe, ki zadevajo probleme strokovne narave in so navadno posledica neugodnega izida oskrbe. V takih primerih v skladu s Pravilnikom o notranjem nadzoru direktor zavoda imenuje tričlansko komisijo. Naloga komisije za notranji strokovni nadzor je:

1. pridobiti razpoložljivo dokumentacijo o primeru;
2. opraviti pogovore z zaposlenimi, ki so sodelovali pri oskrbi ali bili kakor koli vpleteni v obravnavo bolnika, v zvezi s katerim je pritožba;
3. opraviti pogovor z vlagatelji pritožbe;
4. po potrebi pridobiti neodvisno oceno bolnikovega stanja s strani kliničnega specialista, kadar je to potrebno;
5. na podlagi ugotovljenega odgovoriti na naslednja vprašanja:
 - Ali je bila obravnavna bolnika v navedenem primeru strokovno neoporečna, tj. v skladu s tedaj veljavnimi strokovnimi spoznanji in organizacijskimi smernicami? Če ni bila, v katerih točkah obravnave je v navedenem primeru prišlo do odstopanj? Ali je bil bolnik seznanjen z možnostmi diagnostike in zdravljenja? Ali je o zdravljenju poučeni bolnik pisno pristal na konkretni postopek zdravljenja?
 - Ali je neugodni izid (smrt bolnika) možno povezovati z njegovim stanjem ob času prve obravnave, ali je do tega prišlo zaradi kasnejših postopkov oskrbe? Če da, ali je

bilo glede na trenutno zdravstveno stanje, ugotovljeno diagnozo in možnosti zdravljenja možno preprečiti neugodni izid? Kateri ukrepi ali opustitve ukrepov so lahko prispevali k poslabšanju zdravstvenega stanja? Ali bi drugačno ravnanje (npr. napotitev na bolnišnično zdravljenje) lahko preprečilo neugodni izid?

6. podati mnenje:

- Ali gre v navedenem primeru za zavestno in namerno opustitev postopkov, za katere je bil zdravnik v času obravnave tega primera usposobljen, oziroma so obstajala jasna navodila ravnanja, oziroma je bila v veljavi splošno veljavna praksa (sum opustitve zdravstvene pomoči)?
- Ali gre v navedenem primeru za malomarno zdravljenje, ker je zavestno ravnal malomarno, ker ni pomislil na možne negativne posledice (nezavedna malomarnost), ker je opustil dosegljive diagnostične možnosti, ker je zane-maril temeljne medicinske ukrepe, izvajal nepotrebno ali nesodobno zdravljenje, se odločil za prevelike posege, precenjeval svoje zmožnosti?
- Ali je v navedenem primeru poslabšanje zdravstvenega stanja in ukrepe zdravnika možno vzročno povezovati?
- Ali gre v navedenem primeru za sum kaznivega dejanja (189. čl. ali 190. čl. KZ RS), ki bi ga bilo potrebno predati v obravnavo tožilcu zbornice.

S komisijo sodelujejo vodje enot in služb ter tisti, ki jih komisija povabi, da podajo svoje mnenje.

V petih letih smo obravnavali tri pritožbe s sumom zdravstvene napake in v enem primeru, ko je bila ustno izražena name-ra pritožbe, opravili vse potrebno, če bi do pritožbe tudi prišlo. Kljub temu da je šlo v vseh primerih za neugodne izide, pri nobenem nismo mogli dokazati, da bi šlo za zdravstveno napako, temveč za neugoden potek bolezni ali neodvisne dogodke. Z vsemi pritožniki smo našli skupni jezik, zato po razjasnitvi primerov niso izkoristili poduka na koncu našega mnenja o možnosti vložiti pritožbe na Zdravniško zbornico Slovenije ali tožbe na sodišče. Postopki so bili navadno končani v treh mesecih.

Zanimivi so bili motivi za pritožbo. Poleg neugodnega izida je šlo za željo po razjasnitvi primera, za zahtevo po ugotavljanju krivde posameznega izvajalca in za željo, da zdravnik trpi tako, kot trpijo sorodniki. Povod pa je bilo praviloma pomanjkanje informacij ob tragičnih dogodkih in nepričakovane poteze izvajalcev med ukrepanjem. Kar v dveh primerih je svoje ce k pritožbi navedla izjava obducenta, ki je navajal svoje patomorfološke ugotovitve, ki niso bile v skladu s razvojem dogodkov v času življenja. Zlasti poudarek na tem, da »drugače razloga ni moglo biti«, je sprožil iskanje odgovorov. V dveh primerih so se svojci posebno dobro zapomnili izjav izvajalcev, da ob pregledu pred tragičnim dogodkom, »ni šlo za nič hudega« in da »bolnik pretirava«. Oboje potrjuje pomen ustreznega sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom, ki ga pogrešajo naši bolniki (8), pa tudi pozornost pri dajanju izjav o dogodkih s strani izvajalcev, še posebno, če se niso zgodili v njegovi prisotnosti. Za komuniciranje z javnostjo je zato smotrno uporabiti dogovorjene poti, tj. pooblastiti odgovornega v zavodu za dajanje izjav in se izogibati preuranjenih in neprehtanih sodb. Kljub temu da je zdravstvena oskrba v osnovnem zdravstvu dokaj premočrtna, se vanjo vključujejo številni sodelavci: ambulantne sestre, patronažne sestre, fizioterapevti, klinični specialisti, nadomestni zdravniki idr. Komunikacijske poti in odgovornost posameznih izvajalcev pogosto niso natančno opredeljene, zato k zapletom pogosto prispevajo socialne, tj. stanovske prepreke med izvajalci, ko se delavci enega profila ne upajo sporočiti izjemnih dogodkov drugemu profilu (9). Podobno se godi ob nejasnih ukrepih, ki bi jih moral izvesti delavec drugega profila in za to ni dobil ustreznih pojasnil, nima pa niti možnosti preveriti pravilnosti svojega ukrepanja.

Poleg teh formalnih oblik reševanja pritožb bolnikov se je v zavodu začela razvijati tudi zavest o pomenu bolnikovega mnenja in o ustreznem ukrepanju v primeru, da nekdo od izvajalcev ugotovi potencialno možnost pritožbe. V takem primeru stečejo priprave na obravnavo pritožbe, še preden je pritožba prispela. Zberejo se mnenja in dokumenti o oskrbi, povezani s primerom, ki bi lahko predstavljal vir pritožbe, in imenuje se komisija, ki bi tak primer obravnavala. Strokovni vodja pripravi tudi izjavo za javnost, če bi bila ta potrebna, in z njo seznanji vse, ki bi utegnili biti pozvani za poročanje v javnosti.

Sklep

Vzroki in motivi za bolnikove pritožbe so precej dobro poznani. Prav tako poznamo poti, kako jih odpraviti, zato bo še naprej potrebno spodbujati pouk sporazumevanja na diplomski ravni, kot ga izvaja Katedra za družinsko MF, poskrbeti, da se bo pouk sporazumevanja razen na specializaciji iz družinske medicine vpeljal tudi v druge programe in še bolj okrepiti tovrstno izobraževanje kot del stalnega strokovnega izobraževanja. Najbrž ne bo odveč k temu pritegniti tudi strokovnjake drugih strok.

V vsakem zavodu pa tudi pri zasebniku mora delovati pritožbeni sistem, saj je na tej organizacijski stopnji edinstvena priložnost, da se poleg popravnih ukrepov za bolnika iz naših napak tudi kaj naučimo in stalno izboljšujemo svoje delo.

Literatura

1. Kelson M. Consumers involvement initiatives in clinical audit and outcomes. A review of developments and issues in the identifications of good practice. London: Department of Health Clinical Outcomes Group: 1995.
2. Donabedian A. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care* 1992; 1: 247-51.
3. Kersnik J. Pritožbeni sistem. In: Kersnik J ed. Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine 2002, Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2000: 131-6.
4. Kersnik J, Marshall M, Kuenzi B, Paulus D, Glehr R. Nesoglasje med zdravnikom in bolnikom med posvetom. *Med Razgl* 2003 (v tisku).
5. Kersnik J. Organizacija žalbenega sistema u ordinacijama, službama, osnovnim jedinicama i u osnovnom zdravstvu Gorenjske. In: Materljan E ed. Zbornik Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite 1999, Labin. Labin: Dom zdravlja dr. Lino Peršič, 1999: 161-7.
6. Kersnik J. Zadovoljstvo bolnikov. In: Švab I, Rotar-Pavlič D eds. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, 2002: 741-7.
7. Pravilnik o internem strokovnem nadzoru. Kranj: Osnovno zdravstvo Gorenjske, 1994.
8. Kersnik J. Multivariatna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 381-6.
9. Kersnik J. Organizacijski dejavniki napak. Kersnik J ed. Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine 2002, Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.

Varuhinja bolnikovih pravic iz Mestne občine Maribor **Magda Žezlina** se ni mogla udeležiti posveta, poslala pa je svoj prispevek, ki smo ga v zelo zgoščeni obliki v njenem imenu prikazali. Njen prispevek je v bistvu poročilo o delu varuhinje bolnikovih pravic v letu 2002.

POROČILO O DELU VARUHINJE BOLNIKOVH PRAVIC V LETU 2002

Magda Žezlina

Pobuda o ustanovitvi Varuha bolnikovih pravic in pričetek dela

V Splošni bolnišnici Maribor je opravljal diplomsko nalogo z naslovom »Varuh bolnikovih pravic« študent prava Peter Ambrožič. Njegov mentor je bil prof. dr. Stane Osojnik. Tako je v letu 2001 prišlo do pobude o imenovanju varuha bolnikovih pravic. Idejo je želela uresničiti Splošna bolnišnica Maribor. Varuh naj bi deloval v bolnišnici. To pobudo je prevzel župan