

# Zdarzenia niepożądane i błędy medyczne w opiece zdrowotnej



Fot. Erwin Wodnicka/Bigstockphoto

Poziom i jakość systemu zdrowotnego decyduje o poczuciu bezpieczeństwa pacjentów korzystających z usług medycznych. Miernikiem oceny systemów zdrowotnych może być właściwa analiza przyczyn, monitorowanie i raportowanie zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych. Zwracanie uwagi na ergonomiczne uwarunkowania tych zdarzeń zmniejsza ich liczbę i ogranicza zakres szkód.

## Unwanted occurrences and medical errors in healthcare

The level and quality of healthcare defines the sense of safety of patients who use medical services. Proper analysis of causes, monitoring and reporting of unwanted occurrences and medical errors can help evaluate healthcare systems. Focussing on ergonomic conditions of those events lowers their number and reduces damage.

## Wstęp

Definicja i społeczny odbiór terminu „błąd medyczny” ulegają zmianom, weryfikacji oraz uściśleniu. W licznych publikacjach, zwłaszcza w prasie codziennej, można często spotkać się z opisami zaniedbań ze strony lekarzy, pielęgniarek, personelu medycznego w placówkach ochrony zdrowia, które zagrażają zdrowiu, a niekiedy życiu leczonych tam pacjentów.

Wiadomo, że np. w USA każdego roku między 44 a 98 tys. szpitalnych pacjentów umiera w następstwie zdarzeń niepożądanych (ZN) i błędów medycznych (BM). Wyliczono również, że połowa tych zdarzeń wiąże się z błędami, których można było uniknąć [1]. W Polsce niestety nie ma takich zestawień, ale zgony z powodu ZN i BM są, dlatego trzeba o nich mówić i pisać.

Poszkodowani usiłują wskazywać osoby według nich winne, które widzą wyłącznie wśród tych, którym powierzili dbałość o swoje zdrowie i życie. W 1999 r. w USA opublikowano raport (*To Err Is Humana: Building a Safer Health System*), w którym dowiedziono, że przyczyną błędów medycznych nie jest najczęściej niedbałość czy brak profesjonalizmu personelu medycznego, ale głównie zła organizacja systemu ochrony zdrowia, oraz brak kompleksowego podejścia i interdyscyplinarnej oceny [2].

W artykule podjęto próbę charakterystyki pojęć błędu medycznego i zdarzenia niepożądane, opisano przykładowe sposoby zapobiegania im, a także odniesiono te kwestie do problemu bezpieczeństwa pacjentów w placówce medycznej, jak i bezpieczeństwa pracy personelu medycznego, zwłaszcza w kontekście psychospołecznych warunków pracy.

## Definiowanie zdarzenia niepożądanego oraz błędu medycznego

W literaturze przedmiotu występuje wiele pojęć, które funkcjonują zamiennie z terminem „błąd medyczny”. Chodzi tu o takie terminy, jak: „błąd lekarski”, „niepowodzenie w leczeniu” czy „błąd terapeutyczny”. Nierzadko dochodzi również do próby zawężania znaczenia tych terminów, w wyniku czego powstają takie określenia, jak np. „błąd chirurgiczny”, bądź często spotykany „błąd w sztuce lekarskiej”.

Od pewnego czasu autorzy posługują się także pojęciem „zdarzenie niepożądane”. Termin ten kryje w sobie także błąd medyczny, za wystąpie-

nie którego odpowiedzialność ponoszą nie tylko świadczeniodawcy, ale również zalecane procedury, sprzęt oraz placówka funkcjonująca w określonym systemie ochrony zdrowia. Definicja „zdarzenia niepożądanego” wskazuje, że może ono wynikać nie tylko z winy człowieka czy zespołu ludzi, ale także z ergonomicznej niedoskonałości poszczególnych ogniw systemu [3].

Z kolei w Wikipedii (internetowej encyklopedii) znaleźć można definicję błędu medycznego, zgodnie z którą jest to „nieumyślne działanie, zaniedbanie, zaniechanie lekarza, lekarza-dentysty, pielęgniarki, położnej lub osoby wykonującej inny zawód medyczny powodujące szkodę pacjenta” [4].

Analizy, dotychczasowe obserwacje i doświadczenia krajowego systemu ochrony zdrowia dowodzą, że nasilanie działań restrykcyjnych wobec personelu medycznego i zwiększanie jego zakresu odpowiedzialności, a także podnoszenie pułapu wartości odszkodowań wypłacanych na skutek wyroków sądów orzekających w sprawach związanych z błędami personelu medycznego, nie prowadzi do zmniejszenia liczby zaniedbań. Jak wynika z kolei z procedur i stosowanych metod zwalczania zdarzeń niepożądanych w lotnictwie, przemyśle czy transporcie, spostrzeganie i branie pod uwagę przesłanek ergonomicznych w ocenie BM wyraźnie prowadzi do zmniejszenia ich liczby i ogranicza zakres szkód. Przy definiowaniu błędu medycznego należy brać także pod uwagę ocenę zdarzeń w świetle odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej. Wszystkie te problemy wskazują, że stworzenie precyzyjnej definicji błędów medycznych nie jest sprawą łatwą, nie wspominając o jeszcze bardziej złożonej kwestii, jaką są przyczyny ich występowania.

## Zapobieganie zdarzeniom niepożądanym oraz błędom medycznym

Jak mówi znana sentencja, „mylić się jest rzeczą ludzką”, wobec czego naturalne jest, że również lekarze myślą się i popełniają błędy. Można zatem i trzeba dążyć do zmniejszenia ich liczby i ograniczenia zakresu niepożądanych następstw. Działania zapobiegawcze, ze względu na złożoność przyczyn i występujące współzależności, jak i ich wielokierunkowość, nie są ani proste, ani łatwe w zastosowaniu. Powinny bowiem być ukierunkowane nie tylko

na wskazywanie winnych, ale przede wszystkim na ulepszenie systemu, w którym się pojawiają [5]. Postępowanie takie jest jak najbardziej racjonalne, ponieważ działalność usługodawców w ochronie zdrowia jest wielokierunkowa, wielodyscyplinarna i wieloczynnościowa (leki, aparatura i sprzęt, oprogramowanie, procedury, stan obiektu, kwalifikacje i wiedza personelu itp.).

Błędy medyczne występują najczęściej w warunkach szpitalnych, w których występują: ostry dyżur, praca nocna, presja czasu i w końcu – sytuacje konfliktowe [1]. Szukający pomocy pacjenci są przekonani, że właśnie szpital jest najważniejszym miejscem, w którym ich zdrowotne potrzeby zostaną w skuteczny i profesjonalny sposób ocenione i zaspokojone. Nic dziwnego zatem, że bezpieczeństwo pacjentów jest ciągle pierwszoplanowym wyzwaniem w odniesieniu do funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej [6].

Jedną z najnowszych ekspertyz w odniesieniu do problematyki błędów medycznych została przygotowana przez badaczy zrzeszonych w Komitecie Ergonomicznym przy Prezydium PAN. Ekspertyzę poprzedziło sympozjum nt. „Ergonomia a ryzyko błędów medycznych”, które odbyło się w Krakowie w 2009 r. Następnie w 2010 r. pod redakcją J. Pokorskiego, J. Pokorskiej i M. Złowodzkiego, z udziałem 42 autorów, Komitet wydał monograficzne opracowanie pt. „Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne” (Kraków, wyd. PAN, 2010), często cytowane w niniejszym artykule.

Redaktorzy tego opracowania podkreślają wzajemną współzależność czynników medycznych i niemedycznych, które warunkują występowanie zdarzeń niepożądanych oraz fakt, że w ich prewencji ergonomia odgrywa pierwszoplanową rolę. Przytaczają szacunkowe oceny (opracowane w USA i Danii), z których wynika, że takie podejście do zdarzeń niepożądanych pozwoliłoby zmniejszyć liczbę zgonów związanych z błędami medycznymi o ok. 40-60%.

W Polsce, jak dotąd, „podejście ergonomiczne” w ocenie błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych traktowane jest powierzchownie, wręcz ogólnikowo i bywa ograniczane do problemu zakażeń szpitalnych, niepożądanego działania leków, a w odniesieniu do sprzętu i aparatury – do wąskiego pojmowania roli pracowników ochrony zdrowia i znaczenia problematyki bhp w placówkach ochrony zdrowia. Zbyt często pracownicy ochrony zdrowia wykazują niewystarczającą znajomość podstaw ergonomii. Ich wdrażanie tymczasem, w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta, oraz niezawodności systemu opieki zdrowotnej, wymaga opracowania standardowego zestawu kryteriów ergonomicznych, dzięki czemu możliwa będzie z kolei systematyczna i kompleksowa ocena jednostek służby zdrowia, procedur i sprzętu, m.in. pod względem prawdopodobieństwa wystąpienia błędów medycznych, będących skutkiem niestosowania zasad ergonomii, zarówno przez personel medyczny, jak i pacjentów [1].

Taka ocena przyczyn zdarzeń niepożądanych może prowadzić jedynie do podkreślenia konieczności modyfikacji programów kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników systemu ochrony zdrowia. Jedynie kompleksowe ujmowanie tej problematyki może bowiem doprowadzić do skutecznej prewencji tego rodzaju zdarzeń. Przykładem

takiego podejścia może być ocena ZN w Stanach Zjednoczonych. Prawo w USA wyróżnia 7 kategorii zdarzeń niepożądanych: • w chirurgii; • związanych: ze środowiskiem szpitala; • z ochroną pacjenta; • z jakością opieki medycznej; • z narzędziami i aparaturą; • z wadami systemu ochrony zdrowia oraz • kryminalnych. Liczba i zróżnicowanie tych kategorii wyraźnie wskazuje na konieczność uwzględnienia ergonomicznych przesłanek oraz na zakres działań służb bhp [7].

## Działania związane z bezpieczeństwem pacjentów

Działania zmierzające do redukcji liczby błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych muszą być oparte na dokładnej ocenie przyczyn, okoliczności i warunków, w których wystąpiły. Wszystkie zdarzenia niepożądane i błędy medyczne powinny być rejestrowane, raportowane i analizowane, a te, które rzadko występują – również na szczeblu krajowym.

Przykładem właściwego działania o charakterze prewencyjnym wobec błędów medycznych może być wprowadzenie w 2011 r., dla wszystkich oddziałów i placówek zabiegowych w całej Polsce, zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, tzw. Kart Kontroli Systemowej, m.in. okołoperacyjnych kart kontrolnych. Ich stosowanie ma pomagać w zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym podczas zabiegów chirurgicznych, np. przeprowadzaniu operacji u niewłaściwego pacjenta bądź, w przypadku narzędzi parzystych, operowaniu w zdrowej części ciała.

Ważne jest także tworzenie w placówkach takich warunków i atmosfery, w których osoby zgłaszające niedociągnięcia lub zaniedbania będą miały poczucie zrozumienia i osobistego bezpieczeństwa [1].

Błędów popełnianym przez ludzi można zapobiegać m.in. za pomocą bezpośredniej obserwacji wykonywanych czynności i procedur, analizy wydarzeń *post factum* oraz samozgłaszania błędów i uchybień poprzez badania laboratoryjne [8].

W monografii „Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne” [1] R. Nizankowski dowodzi, że do 90% zdarzeń niepożądanych dochodzi w wyniku błędnego planowania, złej organizacji lub wad trybu świadczenia usług medycznych. A zatem, to systemy należy korygować i ulepszać, a nie wyłącznie eliminować z nich źle działających pracowników. Od 1988 r. w Polsce działa „Program akredytacji szpitali”, oparty na stosowaniu określonych standardów, gwarantujących pacjentom bezpieczeństwo. Niestety, nie wszystkie polskie szpitale w nim uczestniczą. W kraju działa również Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, któremu można by powierzyć ocenę zdarzeń niepożądanych w powiązaniu z akredytacją placówek [9].

Warto podkreślić, że zgodnie z polskim kodeksem karnym, nawet nieumyślnie popełniony błąd medyczny jest przestępstwem, wymagającym powiadomienia prokuratury. Ponadto, w trosce o bezpieczeństwo pacjentów, Ministerstwo Zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny oraz organizacje zawodowe i naukowe (np. izby lekarskie, stowarzyszenia pielęgniarów, położnych, farmaceutów), odpowiednio: wydają rozporządzenia i sprawują nadzór, ustalają standardy zawodowe, a także prowadzą liczne szkolenia dla personelu medycz-

nego. Wszystkie te działania mają na celu m.in. redukcję prawdopodobieństwa występowania błędów medycznych.

Także Unia Europejska i Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za pomocą swoich agend dążą do podniesienia poziomu bezpieczeństwa pacjentów, monitorując krajowe systemy ochrony zdrowia, wydając rekomendacje i zalecenia. Rada Europy postuluje konieczność tworzenia skutecznych systemów rozpatrywania błędów medycznych oraz oferuje możliwość korzystania z europejskich baz danych. Zachęca także rządy do promowania edukacji i szkolenia kadry zarządzającej, a także pozostałego personelu medycznego. Działania Rady Europejskiej (RE) mają istotne znaczenie dla niwelowania różnic w jakości i efektywności systemów ochrony zdrowia krajów członkowskich. W tym samym celu powołano, z kolei w UE, Grupę Roboczą ds. Bezpieczeństwa Pacjenta – Grupę Wysokiego Szczebla Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej [6].

To nowe spojrzenie i określone kierunki działań z pewnością wpłyną na zmniejszenie występowania błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych w ochronie zdrowia, zwiększając bezpieczeństwo leczonych pacjentów.

## Podsumowanie

Z powyższych rozważań wynika, że błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych nie uda się całkowicie wyeliminować – w niektórych sytuacjach są zbyt trudne do przewidzenia. Można i trzeba natomiast ograniczać ich liczbę. Doszukiwanie się przyczyn BM i ZN wyłącznie po stronie człowieka jest nieracjonalne i niewystarczające. Problematyka ta wymaga nowego podejścia, w którym działalność lekarzy i innych przedstawicieli personelu medycznego oceniana być musi w odniesieniu do środowiska i warunków miejsca pracy, z uwzględnieniem oprzyrządowania, prawidłowości działania – aparatury, urządzeń, narzędzi – oraz poziomu wiedzy i profesjonalizmu zespołów działających w systemie ochrony zdrowia.

Działania takich ciał krajowych, jak Komitet Ergonomiczny PAN, zwracają uwagę na konieczność oceny systemów, środowiska pracy, znajomości podstaw ergonomii i właściwego zarządzania służbą bhp w placówkach ochrony zdrowia. Tylko takie działania prowadzą do ograniczenia liczby zdarzeń niepożądanych i błędów medycznych.

## PIŚMIENNICTWO

- [1] *Błąd medyczny. Uwarunkowania ergonomiczne*, red. Janusz Pokorski, Joanna Pokorska, Maciej Złowodzki. Wyd. PAN, Kraków 2010 (pozycje piśmiennictwa [2- 3] oraz [5- 9] pochodzą z powyższego opracowania)
- [2] T. Kohn i inn. 1999, s. 58-70
- [3] J. Pokorski, 2008, s. 206
- [4] Polska Wikipedia, dostęp z listopada 2011, hasło: „Błąd medyczny”
- [5] K. Radziwiłł, 2010, s. 163-166
- [6] B. Kurtyba, 2010, s. 188-194
- [7] K. Bielecki 2010, s. 75-80
- [8] D. C. Nagel 1988, s. 35-42
- [9] R. Niżankowski 2010, s. 66-70
- [10] H. Kleszcz *Koniec tabu*. „Służba Zdrowia” nr 35-38, 2004