BŁĄD MEDYCZNY JAKO ZAGROŻENIE PRAWIDŁOWEGO FUNKCJONOWANIA SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

MEDICAL ERRORS AS A THREAT TO PROPER FUNCTIONING OF THE HEALTH CARE SYSTEM

Katarzyna Przybylska[1], Andrzej Klamerek[2], Maja Matthews-Kozanecka[3]

[1] Katedra i Klinika Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[2] Katedra i Zakład Organizacji i Zarządzania w Opiece Zdrowotnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
[3] Katedra Nauk Społecznych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Transformacje w opiece zdrowotnej powodują, że błędów medycznych z roku na rok jest coraz więcej, a problemy związane z ich istnieniem ciągle narastają. W dzisiejszych czasach kadra zarządzająca szpitalem czy inną placówką medyczną powinna zapewnić taki system kontroli poprzez procedury i standardy, by ograniczyć do minimum popełnianie błędów medycznych. Korzyści wynikające ze stosowania standardów dla szpitala to: dokładna i pełna identyfikacja: pracowników, pacjentów, wyposażenia, leków i wyrobów medycznych. Gwarantuje to usunięcie błędów na etapie ich powstawania oraz stwarza możliwość samoczynnego monitoringu. Występują różne rodzaje błędów medycznych: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny, błąd techniczny czy błąd informacyjny i niekoniecznie za ich spowodowanie odpowiada lekarz, może to być również inny pracownik służby zdrowia. Konieczne jest zatem upowszechnianie podstawowej wiedzy z zakresu etyki, bioetyki, regulacji prawnych oraz ergonomii wśród personelu medycznego, zwrócenie uwagi na problemy i trudności, z jakimi może zetknąć się personel medyczny.

SŁOWA KLUCZOWE: błąd medyczny, usługa lecznicza, jakość świadczenia, system kontroli, ergonomia.

ABSTRACT

Transformations in health care result in an increased incidence of medical errors and an increase number of problems associated with them. Nowadays, management of the hospitals and other medical institutions should provide the control system through the procedures and standards in order to minimize the occurrence of medical errors. The benefits of standards for the hospital include accurate and complete identification of workers, patients, equipment, drugs and medical devices for identifying and eliminating errors at different levels. It is necessary to promote basic knowledge of ethics, bioethics, low and ergonomics among medical personnel.

KEY WORDS: medical error, medical service, quality of service, control system, ergonomics.

Wstęp

Jeszcze niedawno o „błędach medycznych" słyszeliśmy dość rzadko, niekiedy tylko czytaliśmy na ten temat krótkie informacje w prasie lub słyszeliśmy w rozmowach ze znajomymi, co nieoczekiwanego stało się w trakcie leczenia ich bliskich. Szpital jest miejscem, w którym leczy się ludzi, ale jest to również miejsce, gdzie czasami dochodzi do różnych nieprzewidzianych sytuacji dla pacjentów, a które mogą wiązać się z pewnym ryzykiem bądź też niebezpieczeństwem dla ich zdrowia i życia. Każde działanie podejmowane przez personel medyczny jest związane z ewidentnym ryzykiem. Jednakże chcąc zadbać o własne zdrowie, korzystamy ze świadczeń zdrowotnych w różnych placówkach, oddając swoje zdrowie w ręce specjalistów z wiarą i zaufaniem, że nam pomogą.

Obecnie świadczeniobiorcy usług medycznych w Polsce nie zawsze są zadowoleni ze świadczonej opieki zdrowotnej. Niezadowoleni są nie tylko pacjenci, również szerzej rozumiany personel medyczny, zarówno lekarze, pielęgniarki, położne, jak i sami zarządzający służbą zdrowia. Kolejne transformacje powodują, że problemów z roku na rok jest coraz więcej. Sytuacja, w której popełniono „błąd medyczny", jest zawsze trudna dla placówki zdrowotnej, a konsekwencje są niejednokrotnie szkodliwe tak dla systemu, jak i dla pacjenta. We współczesnym świecie zasady poszanowania godności ludzkiej, sprawiedliwości w dostępie do usług systemu opieki zdrowotnej, umożliwienie wyboru miejsca oraz sposobu leczenia, a nawet lekarza stały się kwestią bardzo istotną [1].

Początek XXI w. jest okresem wzmożonego zainteresowania tematem bezpieczeństwa człowieka – pa-

cjenta; z zagadnieniem tym wiąże się problem zapewnienia takiego systemu kontroli w placówce zdrowotnej poprzez procedury i standardy, który pozwoliłby uniknąć popełniania tzw. błędów medycznych i stwarzania zagrożeń dla zdrowia i życia pacjentów. Warto wspomnieć, że tzw. błędy medyczne niosą za sobą różne konsekwencje w postaci chociażby niekorzystnej opinii o szpitalu czy lekarzu, a w efekcie nawet o całej grupie zawodowej. To z kolei może przyczynić się do zmniejszenia zaufania i zainteresowania pacjentów daną placówką, co w rezultacie może spowodować spadek generowanych zysków. Właśnie dlatego w opiece zdrowotnej w Polsce powinien obowiązkowo istnieć system kontroli jakości świadczeń usług medycznych.

Błąd medyczny w systemie opieki zdrowotnej

Istnieje bardzo dużo nieścisłości dotyczących samego wyjaśnienia pojęcia „błąd medyczny". Jest on różnie rozumiany, w zależności od kraju, reprezentanta konkretnej dyscypliny naukowej czy nawet autorów publikacji naukowych. Kiedyś był kojarzony z „błędem w sztuce lekarskiej" i winą za jego popełnienie obarczano głównie lekarza. Dziś częściej mówi się o „błędzie medycznym" niż o „błędzie w sztuce lekarskiej". Można mówić o popełnieniu „błędu medycznego", kiedy lekarz narusza powszechnie obowiązujące zasady w danej dziedzinie naukowej, kiedy jego postępowanie jest sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i praktyki medycznej.

W piśmiennictwie można spotkać się z kilkoma rodzajami błędów medycznych: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny, błąd rokowania (prognozy lub informacyjny), błąd techniczny; można także przeczytać o błędach profilaktycznym i organizacyjnym, których niekoniecznie sprawcą musi być lekarz, może to być również inny pracownik służby zdrowia [2, 3, 4]. Błąd diagnostyczny występuje wtedy, gdy mamy do czynienia z naruszeniem wiedzy i praktyki medycznej, a ogólniej mówiąc, kiedy została postawiona błędna diagnoza. Błąd terapeutyczny występuje w sytuacji podejmowania czynności zmierzających do przywrócenia zdrowia bądź zapobiegania chorobie; może być konsekwencją błędu diagnostycznego i ma wówczas charakter wtórny, ale może mieć charakter pierwotny, w sytuacji kiedy postawiono właściwą diagnozę, a tylko błędny jest sposób leczenia i dotyczyć będzie również naruszenia reguły związanej z wiedzą i praktyką medyczną. Błąd prognozy prowadzi do powstania szkody w wyniku wystawienia błędnego zaświadczenia o np. stanie zdrowia czy zdolności do pracy, ale także w sytuacji przekazania pacjentowi błędnej informacji na temat jego stanu zdrowia, co w efekcie może doprowadzić np. do załamania psychicznego pacjenta. Błąd techniczny natomiast jest to nieprawidłowe wykonanie czynności diagnostyczno-leczniczej. Z błędem organizacyjnym mamy do czynienia wówczas, gdy nie jest on związany z wadliwym sposobem leczenia, lecz ze złą organizacją pracy lekarza i całego personelu medycznego; są to nieprawidłowości związane z funkcjonowaniem i organizacją pracy oddziałów czy zakładów leczniczych. Ważny jest fakt, iż błąd organizacyjny (a raczej wina) może być przypisany zarówno komuś z personelu medycznego, np. konkretnemu lekarzowi, jak i zakładowi leczniczemu. Błędem medycznym *sensu stricte* będzie z całą pewnością błąd diagnostyczny, terapeutyczny i rokowania [2, 5, 6]. Obecnie system opieki zdrowotnej zwiększył swój zasięg działania, współpracuje z reprezentantami wielu nauk, co tym samym wpływa na wzrost podmiotów odpowiedzialnych za prawidłowe jego funkcjonowanie. Należy pamiętać, iż błąd medyczny nie może być utożsamiany z „niepowodzeniem leczniczym", które od lekarza bądź zespołu nie musi być wcale zależne, natomiast może być wynikiem innych czynników zewnętrznych, na które nie mieli oni żadnego wpływu, a były one na tyle istotne, iż warunkowały powodzenie bądź niepowodzenie terapeutyczne. Kogo zatem obecnie w istocie dotyczy błąd medyczny: czy tylko lekarza? Oczywiście, że nie – dotyczy on całego szeroko rozumianego personelu medycznego: zarówno lekarza, pielęgniarki czy położnej, jak i rehabilitanta – dotyczy wszystkich osób wykonujących zawód medyczny. Odpowiedzialność całego zespołu wynika obecnie z charakteru udzielania świadczeń zdrowotnych: lekarz nie udziela ich sam, działa w zespole, czyli udzielanie tych świadczeń to działalność zorganizowana. Wynika to z holistycznego podejścia do pacjenta wymagającego zaangażowania wielu specjalistów. Pamiętać należy, że nie wszystkie tzw. błędy medyczne, o których się pisze bądź mówi w mediach, rzeczywiście nimi są. Rozróżnić bowiem trzeba błędy medyczne od tzw. zwykłego niedbalstwa i niestaranności, czyli niedopełnienia obowiązku należytej staranności, bądź też zachowania obowiązku ostrożności, które spoczywa na personelu medycznym tak samo jak na każdym innym człowieku. Z całą pewnością o błędach medycznych nie mówi się w sytuacji, kiedy mamy do czynienia np. z wadliwą identyfikacją pacjenta, użyciem niewysterylizowanych narzędzi, pozostawieniem ciała obcego w polu operacyjnym, niezachowaniem zasad aseptyki, złym wykonaniem iniekcji czy nieprawidłowym podaniem leku bądź jego zamianą. W tych zdarzeniach będzie się mówiło o niedbalstwie i niestaranności personelu medycznego (nie tylko lekarza), o błędach, które

nie wynikają z braku wiedzy, ale z braku zachowania odpowiednich zasad należytej staranności i ostrożności [4, 5].

Niektóre błędy należy postrzegać jako dowód niedoskonałości systemu, a nie ludzkiego charakteru. Właściwym działaniem powinno być określenie i wprowadzenie do całego systemu opieki zdrowotnej takich standardów i procedur, które zapobiegałyby różnym niepożądanym zdarzeniom. W Danii, na przykład, za niewłaściwą praktykę uznaje się już samo dopuszczenie do popełnienia samobójstwa przez człowieka w placówce medycznej [7]. Słowo „błąd" pojawia się w polskich ustawach o ochronie zdrowia wyłącznie w potocznym znaczeniu. W Kodeksie Etyki Lekarskiej pojęcie błędu jest potraktowane ogólnikowo. W artykule 52 mowa jest o okazywaniu szacunku względem innych lekarzy/kolegów czy o ostrożności w formułowaniu opinii na temat działalności zawodowej innych kolegów. Natomiast punkt 3 tegoż artykułu informuje, że jeżeli lekarz widzi błędy innych kolegów, powinien ich o tym poinformować. Dopiero w sytuacji kiedy rozmowa nie pomaga i została wyrządzona szkoda pacjentowi, fakt naruszenia przez kolegę zasad etyki czy popełnienia błędu powinien być przekazany izbie lekarskiej. W takiej sytuacji ten drugi lekarz powinien podjąć działania naprawcze mające na celu odwrócenie negatywnych skutków działalności kolegi. Zatem poinformowanie izby o popełnieniu błędu czy też naruszeniu zasad kodeksu etyki nie będzie brakiem lojalności względem kolegów, gdyż w ten sposób rzeczywiście dbamy o dobro pacjenta i interes grupy zawodowej (art. 1.3, art. 2.2, art. 52.4) [8].

W wyniku popełnienia błędu medycznego personel medyczny może być pociągnięty zarówno do odpowiedzialności karnej, cywilnej, jak i zawodowej. Odpowiedzialność karna będzie występowała w sytuacji, kiedy został popełniony błąd medyczny i dodatkowo wystąpił zły skutek dla pacjenta, tzn. uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia bądź śmierć. Dalej musi zachodzić związek przyczynowy między popełnionym błędem medycznym a wystąpieniem złego skutku i trzeba udowodnić, że dopuściła się go osoba z personelu medycznego udzielająca świadczenia zdrowotnego. Odpowiedzialności cywilnej będzie podlegała ta osoba, która oprócz tego, że dopuściła się błędu, doprowadziła również do powstania szkody na dobrach osobistych pacjenta. Zatem błąd był zawiniony i wystąpił bezpośredni związek przyczynowy pomiędzy zaistniałą szkodą a działaniem personelu medycznego. Niektóre osoby z personelu medycznego, jak np. lekarze, podlegają również odpowiedzialności zawodowej, która jest związana z naruszeniem zasad etycznych zawartych w Kodeksie i regulujących wykonywanie zawodu lekarza. Postępowanie sprzeczne z zasadami etyki, należytej staranności, a także postępowanie naruszające godność zawodu mogą doprowadzić do ukarania lekarza przez sąd lekarski. Jednakże w przypadku odpowiedzialności zawodowej należy koniecznie określić, czy mamy do czynienia z błędem medycznym czy ze zdarzeniem niepożądanym [4, 6].

W prawie karnym możemy również znaleźć artykuły dotyczące grożących konsekwencji za narażenie zdrowia i życia ludzkiego na niebezpieczeństwo poprzez popełnienie błędu medycznego czy przez dopuszczenie się niedbalstwa i niestaranności ze strony personelu medycznego [9]:

„Art. 155. Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

Art. 156.

§ 1. Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,
2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Art. 157.

§ 1. Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. (...)

Art. 160.

§ 1. Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5".

Błąd medyczny w Polsce i na świecie

W Polsce statystyki dotyczące błędów medycznych stanowią duży problem i trudno jednoznacznie określić wielkość tego niepożądanego zjawiska. Ministerstwo Zdrowia nie wprowadziło do tej pory do polskiego prawa większości rekomendacji Rady Europy z 2005 r.

dotyczących zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece medycznej i nie monitoruje się tych zdarzeń. Ilość procesów w sprawie o popełnianie tzw. błędów medycznych nieustannie rośnie. Spowodowane jest to coraz większą ilością wydawanych postanowień, w oparciu o które poszkodowanemu choremu i jego rodzinie przysługują roszczenia. Powodem takiego stanu rzeczy jest również zwiększona świadomość poszkodowanych. W 1991 r. wpłynęło 260 pozwów – 80 uznano za uzasadnione, w 1999 r. już 968 pozwów – uwzględniono 509, natomiast w 2010 r. 2159 – zasadnych było 740 spraw, a w 187 sprawach uwzględniono (w całości lub częściowo) roszczenia powodów. Jednak roszczenia z tego zakresu są złożone, każda sprawa jest zupełnie inna i tak naprawdę w Polsce, w porównaniu do krajów Unii Europejskiej, jest to stosunkowo nowy problem. Brak wystarczającej liczby biegłych i lekarzy sądowych powoduje, że procesy toczą się latami, a tym samym narusza się przysługujące pacjentom prawo zawarte w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw i Podstawowych Wolności. Nie prowadzono w Polsce dotychczas obiektywnych badań pozwalających ocenić ilość błędów medycznych. Członkowie Stowarzyszenia Pacjentów Primum Non Nocere prześledzili 650 skarg wybranych losowo i najwięcej z nich dotyczyło porodów i zakażeń wewnątrzszpitalnych, niewielką ilość stanowiły przypadki odesłania pacjenta z przychodni czy izby przyjęć szpitala do domu czy też bagatelizowania objawów rozpoczynającego się zawału, uszkodzenia nerwów krtaniowych, pozostawienia ciała obcego po zabiegu chirurgicznym czy uszkodzenia stawów skroniowo-żuchwowych [10].

Badania przeprowadzone przez Centrum Badań Opinii Społecznych (CBOS) w latach 2000 i 2001 dotyczące błędów medycznych i zaufania społecznego do lekarzy informują, że 25% respondentów było ofiarą różnego rodzaju błędów i pomyłek medycznych, 17% miało postawioną mylną diagnozę lub zastosowano błędne leczenie. Ale mimo tego duże zaufanie do lekarzy ma 80% pacjentów, niewielu, bo tylko 14%, ma bardzo małe i dość małe do nich zaufanie [11]. Badania wykazują, że 18% Polaków zgłasza problemy ze zdrowiem z powodu błędów medycznych. Ponad 20 tysięcy skarg w ciągu ostatnich dwóch lat złożono w Ministerstwie Zdrowia, izbach lekarskich i prokuraturze. Ilość ta rośnie z każdym rokiem o 20–30%, a ukrywanych jest od 50 do 96% błędów medycznych. Błędy lekarskie stanowią istotny problem w systemie opieki zdrowotnej i budzą wiele emocji nie tylko wśród pacjentów, ale i wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej: pracowników medycznych, rodziny, państwa, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych czy Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem pracownicy medyczni powinni analizować trudne przypadki i wprowadzać zmiany, by uniknąć popełniania błędów, jednak tylko w niektórych szpitalach prowadzi się analizę błędów i to wyłącznie na własny użytek.

W USA każdego roku z powodu błędów medycznych umiera około 100 tysięcy ludzi, a długotrwałe konsekwencje ponosi około 200 tysięcy pacjentów. Obliczono, że połowę tych błędów można by wyeliminować. Przełomem w zakresie zainteresowania się tematyką związaną z błędami medycznymi i minimalizacją ryzyka dla pacjenta w kontaktach z pracownikami medycznymi był opublikowany w 1999 r. w USA raport *To Err Is Human. Building a Safer Health System* („Mylić się jest rzeczą ludzką. Budowanie bezpiecznego systemu opieki zdrowotnej"), w którym wykazano, że powodem błędów medycznych nie jest niestaranność czy brak profesjonalizmu zespołu medycznego, ale przede wszystkim zła organizacja systemu opieki zdrowotnej oraz brak całościowego podejścia i wielofunkcyjnej oceny. Raport okazał się rewelacyjnym odkryciem, dokonywał analizy problemu i rozważał sposoby jego zapobiegania [12].

Błąd medyczny i jego następstwa

Błędy lekarskie mogą generować roszczenia. Wiadomo, że raz wydana niekorzystna opinia na temat lekarza bądź szpitala jest w przyszłości trudna do naprawienia. Dla lekarzy, którzy zmagają się z procesami sądowymi w sprawach dotyczących popełnienia np. błędu medycznego, są to sytuacje nieprzyjemne i często negatywnie wpływające na ich stan psychiczny. Stąd tak ważna jest profilaktyka i zapobieganie wszelkim niepożądanym zdarzeniom w służbie zdrowia. Studentów uniwersytetów i wyższych uczelni medycznych obowiązuje w toku studiowania przedmiot prawo medyczne, jak również etyka i bioetyka. W ramach tych zajęć studenci poznają podstawowe zasady etyczne i bioetyczne oraz podstawy prawa dotyczące wykonywania zawodu medycznego. Zagadnienia poruszane na tych zajęciach powinny uwrażliwić studentów na dylematy moralne, jakie mogę wystąpić w ich przyszłej pracy zawodowej, ukazać im specyfikę zawodu, zapoznać z prawami i obowiązkami, jakie ich dotyczą. Jednak problem może pojawić się wówczas, gdy studenci poznają tylko teorię niepodpartą żadnymi ćwiczeniami praktycznymi. Pracując na „kazusach", studenci mają większą możliwość podjęcia właściwego działania bądź przeciwdziałania skutkom niepożądanym w przyszłości. Podczas takich zajęć zwraca się także uwagę na odpowiedzialność, do jakiej powinien poczuwać się lekarz, a także pozostały personel medyczny, za swoje działania oraz jego konsekwencje. Czynione są starania, by ukształtować w młodych ludziach poczucie odpowiedzialności za

życie ludzkie, wykształcić właściwe zachowania i postawy [13]. Wielu z tych studentów w przyszłości będzie, prócz wykonywania zawodu, zarządzać zakładami opieki zdrowotnej czy innymi placówkami medycznymi, stąd mogliby wiele zmienić w imię dobra wspólnego: pacjenta i jednostki zdrowotnej. „Mylić się jest rzeczą ludzką", natomiast nieludzkie jest ukrywanie swoich błędów, kosztem innych ludzi. Dotyczy to wszystkich, także pracowników wykonujących zawody medyczne; każdy jest omylny i może popełnić błąd. Zupełne wyeliminowanie błędów jest niemożliwe, można jedynie starać się zmniejszyć ich ilość i ograniczyć ich negatywne skutki. Najważniejsze jest, aby zarówno lekarz, jak i każdy inny pracownik zespołu medycznego potrafił przyznać się do błędu, aby czuł się odpowiedzialny za swoje działanie i konsekwencje wynikające z błędu, szczególnie wtedy kiedy błąd medyczny popełniony np. przez lekarza ma negatywne skutki dla pacjenta. Bardzo ważną składową tego problemu jest zaufanie – jeżeli lekarz czy inny pracownik medyczny będzie się przyznawać do błędu, to może zostać nadszarpnięta reputacja zakładu leczniczego i samej osoby, a co za tym idzie – grupy zawodowej. Należy jednak przyjąć, że w dalszej perspektywie pacjenci będą bardziej ufni wobec tych zakładów, w których lekarze potrafili przyznać się do popełnionego błędu. Kiedy mówimy o błędach medycznych, należy podkreślić, że bardzo ważną rolę odgrywa również stosunek środowiska lekarskiego do tych, którzy mieli odwagę się przyznać. Niestety niepokojący jest fakt, iż na większą solidarność mogą liczyć ci, którzy tają swoje błędy niż ci, którzy się do nich otwarcie przyznają. Niestety, jak podają autorzy cytowanego piśmiennictwa, ci odważni zostają zwykle sami ze swoimi problemami, środowisko lekarskie rzadko wspiera taką osobę, częściej odwraca się od niej [4, 5]. Działania prewencyjne nie są proste ani łatwe w praktyce, bo nie chodzi o to, żeby znaleźć winnych i ich eliminować, ale żeby ulepszyć i korygować system, w którym pojawiają się błędy.

Sposoby umniejszenia błędów medycznych

Należy wspomnieć, że ergonomia może być skuteczną formą zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w służbie zdrowia, jednak lekarze niechętnie zajmują się tym tematem – preferują leczenie niż zapobieganie. Możliwe, że wynika to z nieznajomości ergonomii, z obawy przed koniecznością innego spojrzenia. Nauki ergonomiczne obowiązkowo powinny być na liście przedmiotów do zaliczenia w indeksie każdego studenta, przyszłego pracownika systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie systemu monitorowania błędów w służbie zdrowia może być doskonałym sposobem, żeby zminimalizować ich występowanie. Jest to korzystne zarówno dla pacjentów, jak i dla lekarzy – system powinien służyć poprawie bezpieczeństwa i jakości leczenia, a nie podważać wiarygodność zawodową lekarzy. Badacze skandynawscy udowodnili, że najmniej błędów jest popełnianych w tych szpitalach, które przyznają się do pomyłek, a skuteczną metodą minimalizacji błędów medycznych jest ich monitorowanie [14]. Największy w Europie zbiór zdarzeń niepożądanych posiada Wielka Brytania; są one zgromadzone w narodowym systemie raportowania i edukacji. Lekarz lub pielęgniarka, jeżeli popełnią pomyłkę, potrafią przyznać się do błędu i opisać, jak do niego doszło. Taki opis trafia do systemu rejestru pomyłek medycznych i jest analizowany przez służby medyczne. Jednym z podstawowych celów każdej placówki medycznej powinno być dążenie do minimalizacji ilości popełnianych błędów lekarskich poprzez podwyższanie jakości usług medycznych. Pierwszym krokiem jest określenie satysfakcji pacjentów z usług danego szpitala. Badania satysfakcji pacjentów można zacząć w każdej chwili, koszt i nakład pracy badań będą niewielkie, a szpital będzie mógł określić jakość swoich usług. Na podstawie tych badań i w oparciu o przyjęte założenia szpital może stworzyć własną politykę jakości, która wyznaczy cel i kierunek działań dla wszystkich pracowników. Jednym z działań może być wprowadzenie Systemu Zarządzania Jakością wg normy PN-EN ISO 9001:2009, co ujednolici sposób postępowania personelu medycznego i obsługi, spowoduje obniżenie kosztów oraz zapewni lepszą realizację potrzeb pacjentów. Wszystkie standardy w szpitalu powinny być podwyższane, aż dany szpital osiągnie pożądany efekt. Innym działaniem szpitala dbającego o wysoki poziom usług medycznych może być przystąpienie do Programu Akredytacji Szpitali. Program oparty jest na stosowaniu ustalonych standardów i norm. Certyfikat akredytacyjny potwierdza jakość usług szpitala, a także zapewnia pacjentów o ich bezpieczeństwie. W perspektywie niezbędnym warunkiem funkcjonowania szpitala, w którym niezmiernie rzadko zdarzają się błędy medyczne, musi być szersze i lepsze wykorzystanie technik gromadzenia danych. Korzystanie z kodów kreskowych czy znaczników RFID, zarówno przy realizacji projektów zmierzających do podniesienia bezpieczeństwa chorego w toku hospitalizacji, jak i w celu podniesienia skuteczności logistyki medycznej i ograniczenia kosztów administracyjnych będzie w szpitalu pożądane [14, 15, 16]. Kontrola poprawności podania leków, zbieranie wszystkich dostępnych danych o przebiegu leczenia, poprawa cyklu zaopatrzenia oraz przepływu danych medycznych są z pewnością działaniami zmierzającymi do poprawy jakości świadczonych usług. Korzyści wynikające ze stosowa-

nia standardów dla szpitala to dokładna i pełna identyfikacja: pracowników, pacjentów, wyposażenia, leków i wyrobów medycznych i wiele innych. Gwarantuje to usunięcie błędów na etapie wstępnym oraz stwarza możliwość samoczynnego monitoringu. Wpływa to na podniesienie efektywności pracy i poprawę organizacji pracy dzięki optymalnemu przepływowi produktów, informacji i lepszemu wykorzystaniu zasobów. Korzyści dla pacjenta to: większa pewność podania mu odpowiedniego produktu wiadomego pochodzenia, gwarancja przypisania mu właściwych wyników badań czy odpowiednich implantów medycznych itd. Przykładem odpowiedniego działania o charakterze zapobiegawczym wobec błędów medycznych jest wdrożenie w 2011 r. dla wszystkich oddziałów i placówek zabiegowych w Polsce, zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, tzw. Kart Kontroli Systemowej, m.in. okołooperacyjnych kart kontrolnych. Dynamicznie rozwijające się Centrum Monitorowania Jakości w ochronie zdrowia w tych wszystkich procesach mających na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia zdarzenia niepożądanego czy błędu medycznego odgrywa istotną rolę. Centrum opracowało standardy akredytacji dla placówek służby zdrowia świadczące m.in. o jakości opieki medycznej i wprowadzonych zasadach ergonomii [15, 16]. Konieczne jest upowszechnianie podstawowej wiedzy z zakresu ergonomii wśród personelu medycznego oraz zatrudnianie w placówkach medycznych promotorów zdrowia, posiadających praktyczną wiedzę z zakresu ergonomii, co też może w skuteczny sposób wpłynąć na zmniejszenie ilości błędów medycznych i zdarzeń niepożądanych, a w konsekwencji przyczyni się do poprawy funkcjonowania placówek zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Kaczmarek T, Marcinkowski JT. Anatomia skargi. Gaz Lek. 2005;1(168):30–31.
2. Muszala A. Encyklopedia bioetyki. Powlen, Radom 2007, 122–125.
3. Zajdel J. Kompedium prawa medycznego. Progress, Łódź 2008, 12–13.
4. Czapracka A, Marcinkowski JT, Kaczmarek T. Odpowiedzialność prawna i moralna lekarzy i lekarzy stomatologów z tytułu błędów medycznych. Orzecz Lek. 2008;5(1):53–57.
5. Nesterowicz M. Prawo medyczne. Wyd. 7. TNOiK, Toruń 2005, 152–161.
6. Zajdel J. Prawo w medycynie. Podręcznik dla lekarzy. Progress, Łódź 2007, 79–87, 191–192, 221–226.
7. Florek-Moskal M, Wojtasiński Z. Plaga błędów medycznych. Wprost. 2005, 23(1175):74, http//:www.wprost.pl/ar/77336/Plaga-bledow-medycznych/ (data dostępu: 30.11.2013).
8. Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r.
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. nr 89, poz. 555 z późn. zm.).
10. Sandauer A. Błędy Lekarskie Polska – inne państwa (raport). Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere, 2005, http//:www.sppnn.org.pl/arch2/dz_ch2005/ST.doc (data dostępu: 30.11.2013).
11. Centrum Badania Opinii Społecznej. Komunikat z badań: Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy, http/www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_027_01.PDF (data dostępu: 30.11.2013).
12. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (red.). To Err Is Human. Building a Safer health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academies Press, Washington 1999, 1–34.
13. Matthews-Kozanecka M, Fryś A, Rzymska I. Rola nauczania etyki w kształtowaniu postaw zawodowych przyszłych lekarzy dentystów – badanie ankietowe. Dent Forum. 2010;38,1:41–43.
14. Pokorski J. Ergonomiczne uwarunkowania błędów medycznych. Komitet Ergonomii Przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, Kraków 2008, 1–52.
15. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Standardy akredytacyjne, http://www.cmj.org.pl/akredytacja 2008 (data dostępu: 30.11.2013).
16. Kutryba B, Kutaj-Wąsikowska H. Programy bezpieczeństwa pacjenta. Zdr Zarz. 2003;5,6:18–23.

Adres do korespondencji:
Katarzyna Przybylska
e-mail: kasiaprzybylska@ump.edu.pl