Lucjan Szczepaniak

BŁĄD MEDYCZNY – PRZYCZYNY, SKUTKI I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

MEDICAL ERROR – REASONS, EFFECTS AND RESPONSIBILITY

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
Kapelania pw. NMP Nieustającej Pomocy

SUMMARY

The risk of errors is also associated with the art of medical treatment. It is a serious medical, ethical and legal problem. The effects of errors are above all inflicted on patients, however, the doctor and the society are also injured. The American syndrome of constant harassment of physicians because of committed errors is not yet a danger in Poland, but the lawsuits have a bad reputation. The prevention of errors depends on strengthening the attitudes which agree with medical ethics, professionalism, proper organization and hygiene of work. The best prophylactic, however, apart from professional competence is a proper collaboration of the doctor with the patient and, especially, honesty when an error is committed.

Key words: *medical error, doctor' error, malpractice*

1. BŁĄD LEKARSKI – WPROWADZENIE

Skuteczna opieka medyczna nad chorym wymaga zaangażowania ze strony lekarza, personelu pomocniczego, farmaceutów oraz pacjenta i jego rodziny. Każda z tych osób może się pomylić. Stąd też możliwość popełnienia tzw. błędu lekarskiego jest wpisane w ryzyko opieki medycznej. Jednak w czasach intensywnego rozwoju medycyny w XX wieku, której oddziaływanie wykroczyło daleko poza jednostkowe relacje lekarz – pacjent, zwrócono szczególną uwagę na skutki ludzkich błędów[1]. Badania przeprowadzone w krajach UE potwierdzają, że w opinii chorych stanowią one poważny problem, z wyjątkiem Finlandii, chociaż obiektywna ich ilość i jakość jest różna w poszczególnych państwach członkowskich. Wśród badanych osób 23% przyznaje się, że doświadczyło ujemnych skutków popełnionych błędów w ich terapii. Z każdym rokiem wzrasta stopień świadomości zagrożeń związanych z błędami medycznymi. Nie zaskakuje więc fakt, że aż 78% badanych w UE wykazuje przynajmniej minimalną wiedzę w tym zakresie. Chociaż europejczycy obdarzają dużym zaufaniem państwową służbę

[1] Por. L.L. Henry, *Disclosure of medical errors: Ethical considerations for the development of a facility policy and organizational culture change*, Policy Polit. Nurs Pract. 6(2005) nr 2, s. 127-134.

zdrowia, to cechuje ich ograniczone zaufanie wobec lekarzy i opiekunów medycznych. Dotyczy to zwłaszcza nowych członków wspólnoty[2]. Liczba popełnianych błędów lekarskich w ciągu roku jest zróżnicowana w poszczególnych krajach: USA – 100 tys., Wielka Brytania – 40 tys., Niemcy – 25 tys., Szwecja – 4 tys., Polska – brak danych[3].

Zauważono bowiem, że możliwość powszechnego wykorzystania nowoczesnych standardów diagnostycznych i terapeutycznych może wyrządzić ogromne szkody, w przypadku nawet najmniejszych zaniedbań lub pomyłek, do których niechętnie przyznaje się zmonopolizowana służba zdrowia. Ich konsekwencją są olbrzymie koszty materialne ponoszone przez społeczeństwo. Toteż w kształtowaniu relacji społeczeństwa do służby zdrowia znaczącą rolę odgrywają wstrząsy psychiczne, spowodowane ciężkimi nadużyciami popełnionymi przez lekarzy, chociażby takimi, jak: śmierć dzieci w tzw. *Bristol heart surgery affair*, gromadzenie i przechowywanie ludzkich tkanek oraz popełnionymi błędami przez medyków sądowych w czasie procesu Harolda Shipmana, lekarza – mordercy, który zabił 215 swoich pacjentów. Stąd też zrozumiałym jest, że niektórzy autorzy popadając w skrajną podejrzliwość, dopatrują się nawet swego rodzaju spisku lekarzy wobec społeczeństwa[4].

Znajduje to odzwierciedlenie w publikacjach medycznych, w których coraz częściej spotykane jest określenie *medical malpractice*, rozumiane jako działanie niezgodne z powszechnie przyjętymi zasadami wiedzy medycznej. Natomiast termin „błąd medyczny" *(medical error)* jest pojęciem węższym, chociaż nie zawsze jednoznacznym. Odnosi się ono zazwyczaj do sytuacji, kiedy nie udaje się osiągnąć zamierzonego celu terapeutycznego, pomimo braku istotnych przeszkód naukowych i klinicznych uniemożliwiających ten sukces[5]. Błąd medyczny niesłusznie utożsamiany jest z błędem lekarskim (dawniej określanym błędem w sztuce lekarskiej), który nie jest terminem prawnym, ale używanym tradycyjnie w środowisku lekarzy i prawników[6]. Romuald Krajewski, przewodniczący Naczelnego Sądu Lekarskiego uważa, że: „Termin błędy lekarskie ma wartość tylko medialną, merytorycznie jest pustosłowiem, ponieważ większość zdarzeń we współczesnej medycynie ma wielu autorów i powszechnie wśród fachowców proponuje się termin „błąd medyczny"[7]. Ze wzglę-

---

[2] European Commission, *Medical errors*, „Special Eurobarometr" (2006) nr 241, s. 25-26.

[3] M. Walczak, *Szokująca statystyka zgonów we wrocławskiej klinice*, „Polityka" (2001) nr 35, s. 22-23.

[4] O. Quick, *Outing medical errors: Questions of trust and responsibility*, „Medical Law Review" 14(2006), s. 22-43.

[5] Por. P.J. Veazie, *An individual-based framework for the study of medical error*, Int. J. Qual. Health Care 18(2006) nr 4, s. 314-319.

[6] A. Krawiec, *Gdy zdrowia nam zabraknie*, „Dziennik internautów" 30.04.2004. – http://di.com.pl/.

[7] http://www.rkrajewski.nil.org.pl.

dów praktycznych wśród błędów wyróżniane są: diagnostyczne, lecznicze, orzecznicze, techniczne, organizacyjne itd.[8]

Stwierdzenie błędu zawinionego, podlegającego odpowiedzialności karnej, zachodzi wówczas, jeśli: lekarz postępuje niezgodnie z aktualnie obowiązującym go stanem wiedzy, czyli zasadami sztuki lekarskiej; jego działanie spowodowało ujemny wpływ na chorego, a zwłaszcza pogorszenie jego stanu zdrowia lub utratę życia; istnieje związek przyczynowo-skutkowy, który mogą wykazać biegli sądowi, pomiędzy błędem a rozstrojem zdrowia, uszkodzeniami ciała i/lub śmiercią chorego. Stąd też od lekarza wymagana jest należyta staranność, umotywowane wiedzą działanie oraz ostrożność (*duty of care*). Niedopuszczalne jest zatem niedbalstwo (*negligence*), rozumiane jako naruszenie przez niego: obowiązku (*bresch*) oraz niewykonanie lub naruszenie tego obowiązku będące bezpośrednią przyczyną wyrządzonej krzywdy (*proximate cause*). Dla podkreślenia negatywnych skutków niedbalstwa, w niektórych stanach USA, używany jest termin prawny „rażące niedbalstwo" (*gross negligence*)[9].

W praktyce trudno jest wskazać wyraźną granicę pomiędzy nieumyślnym a umyślnym popełnieniem błędu lekarskiego, czyli: wypadkiem, niepowodzeniem, zaniedbaniem, niekompetencją, źle sprawowaną opieką lub pełnioną niezgodnie z obowiązującymi standardami, czy wreszcie wyrządzeniem jatrogennej krzywdy[10].

2. KONSEKWENCJE BŁĘDÓW MEDYCZNYCH

Śmierć chorego

Najtragiczniejszym skutkiem błędu lekarskiego jest śmierć chorego. Znana jest sprawa Betsy Lehman, dziennikarki „Boston Globe", zmarłej w 1995 r. na skutek popełnionych błędów i niezdrowej rywalizacji wśród lekarzy w uznanym ośrodku onkologicznym USA[11]. Jeszcze trudniejszym problemem jest śmierć 18-letniej Libby Zion z Nowego Jorku, spowodowana interakcjami pomiędzy podawanymi lekami w wyniku niedopatrzeń ze strony przemęczonych lekarzy i brakiem sumienności ze strony rezydentów[12]. Opieka medyczna w USA nie jest tak bezpieczna, jak powinna być. Z powodu błędów lekarskich umiera każdego roku 44-98 tys. pacjentów. Kosztuje to amerykańską gospodarkę 29 mld $ rocznie[13].

---

[8] T. Brzeziński, *Błąd lekarski*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 72-75.

[9] M. Jasik, *Tak jak w USA?*, OPM 4(2005), s. 57-59.79.

[10] Por. O. Quick, art. cyt., s. 24.

[11] Ch.E. Billings, D.D. Woods, *Błędy ludzkie w medycynie, przyczynek do dyskusji*, „Medycyna po dyplomie"10(2001) nr 8 (67).

[12] H. Kleszcz, *Błędy medyczne – koniec milczenia?*, „Biuletyn Lekarski" 79(2004) nr 3, s. 18-20.

[13] L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, *To err is human: Building a safer health system*, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 2000, s. 26.

W 1999 r. głośną na cały świat jest afera w *Bristol Royal Infirmary*, gdzie w wyniku zaniedbań i popełnionych błędów przez kardiochirurgów ginie 29 dzieci, a u 4 stwierdzono nieodwracalne uszkodzenia mózgu spowodowane jego niedotlenieniem[14]. W opinii biegłych sądowych mogły one przeżyć, a nawet wiele z nich odzyskać zdrowie, gdyby były leczone w innym szpitalu. Prawdopodobnie zmarło dużo więcej dzieci, a liczba ich przekracza 100.

Inwalidztwo

Błędne postępowanie, oprócz śmierci, może spowodować wiele innych nieszczęśliwych zdarzeń. Wśród nich najgroźniejszymi są: trwałe okaleczenia, a zwłaszcza omyłkowe amputacje zdrowych narządów, nieodwracalne uszkodzenia poszczególnych narządów, długotrwały rozstrój organizmu, czy też zaburzenia psychiczne. Jeśli błąd doprowadza do trwałego inwalidztwa, staje się przyczyną osobistej tragedii chorego, która stygmatyzuje całe jego życie. Najtragiczniejsze błędy dotyczą oczywiście dzieci, ponieważ ich skutki odczuwane są przez nie zazwyczaj do końca życia. Statystyki ujawniają, że pediatrzy popełniają błędy trzy razy częściej niż lekarze zajmujący się dorosłymi chorymi. Według badań co 50. dziecko leczone w szpitalu cierpi z powodu błędów[15]. Zachorowania i wypadki zdarzają się częściej u dzieci w wieku 2-3 lat niż u pozostałych dzieci i dorosłych[16]. Stąd też i prawdopodobieństwo popełnienia błędu wzrasta w tej grupie wiekowej[17].

Konflikt pacjenta z lekarzem

Najczęstszą skargą chorych, którzy ucierpieli w wyniku pomyłek lekarskich, jest brak zaufania, nie tylko do winnego lekarza, ale do całej służby zdrowia. Staje się to przyczyną tworzenia atmosfery zagrożenia ze strony niedbałych opiekunów medycznych. Potwierdzają to badania CBOS, według których, co trzeci ubezpieczony Polak czuje się ofiarą błędu medycznego bądź: uchybienia, niedopatrzenia, zaniechania, niekompetencji, przedmiotowego traktowania ze strony lekarza[18]. Najczęstsze skargi dotyczą więc: działalności szpitali i NFZ, trudności w dostępie do lekarza, złego funkcjonowania placówek, popełnionych błędów, odmowy wydania dokumentacji, korupcji, zakażeń wzw typu C i B oraz gronkowcem złoci-

---

[14] R. Baker, D.R. Jones, P. Goldblatt, *Monitoring mortality rates in general practice after Shipman*, Evid. Based Ment. Health 326(2003), s. 274-276.

[15] K.E. Walsh, M.R. Miller, R.J. Vinci, H. Bauchner, *Pediatric resident education about medical errors*, Ambul. Pediatr. 4(2006) nr 6, s. 514-517.

[16] Por. D.M. Woods, J.L. Holl, J.D. Klein, E.J. Thomas, *Patient safety problems in adolescent medical care*, J. Adolesc. Health 38(2006), s. 5-12.

[17] K.E. Walsh, R. Kaushal, J.B. Chessare, *How to avoid paediatric medication errors: a user's guide to the literature*, Arch. Dis. Child. 90(2005), s. 698-702.

[18] H. Kleszcz, art. cyt., s. 18-20.

stym[19]. Skargi wpływające do Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) zwiększają się każdego roku o 20%[20]. Dostępne badania wykazują, że chociaż lekarze deklarują wolę ujawniania błędów medycznych, to jednak czynią to niechętnie. Stąd też *The National Patient Safety Foundation*[21] zobowiązuje opiekę medyczną i odpowiedzialne za nią instytucje, do przestrzegania zasady ujawniania prawdy o błędach medycznych pacjentom i ich rodzinom z poszanowaniem ich uczuć[22].

Poczucie krzywdy ze strony chorego

Głównym źródłem poczucia krzywdy chorego i jego rodziny są oczywiście skutki popełnionego błędu: uszczerbek na zdrowiu, okaleczenie lub śmierć. Intensywność tego zranienia uwarunkowana jest jednak wieloma czynnikami: psychologicznymi, socjalnymi, kulturowymi i religijnymi. Znaczącą rolę odgrywają konflikty w rodzinie, a zwłaszcza jej rozpad, zła sytuacja materialna, zaburzenia psychiczne, uzależnienie od alkoholu i narkotyków[23]. Rozważając ten problem od strony kulturowej, należy zwrócić uwagę na rolę fałszywego przekonania dotyczącego wszechmocy medycyny zdolnej zapewnić życie wolne od cierpienia, a śmierć uczynić aktem bezbolesnym. Zatem w powszechnym rozumieniu diagnoza i leczenie zależą wyłącznie od perfekcji zawodowej, jakoby wymiar nadprzyrodzony życia nie istniał zupełnie. Wskutek narastającej laicyzacji społeczeństwa zanika odniesienie ludzkiego życia do Boga i jego spraw ostatecznych. Postawa ta szczególnie jest widoczna w przypadku choroby zagrażającej życiu dziecka. Dorośli nie przyjmują bowiem argumentu bezradności medycyny wobec niektórych chorób, czy tragedii wypadków. Stąd też niebezpieczne jest przekonanie, że każde dziecko powinno być uratowane, a prawo do śmierci, a nawet jej obowiązek, mają tylko ludzie w podeszłym wieku[24]. Istniejące już poczucie krzywdy dodatkowo komplikują nierozwiązane problemy religijne, a zwłaszcza osłabienie wiary w Boga lub jej zanik. Niemniej groźne jest przekonanie, że człowiekowi kochającemu Boga nic złego nie może się stać. A przecież nie ma ono uzasadnienia biblijnego, gdyż brak zaufania do Boga i pobudzanie do buntu przeciw Niemu, opisane jest już w Księdze Hioba w Starym Testamencie. Wobec

---

[19] Ch.E. Billings, D.D. Woods, art. cyt.

[20] A. Krawiec, art. cyt.

[21] National Patient Safety Foundation, *Talking to patients about health care injury: statement of principle.* 30.12.2002. – *http*://www.npsf.org/html/statement.html.

[22] K.M. Mazor, S.R. Simon, J.H. Gurwitz, *Communicating with patients about medical errors*, Arch. Intern. Med. 164(2004), s.1690-1697; por. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs, *Code of Medical Ethics: Current Opinions.* Chicago 2000.

[23] Por. L.M. Berger, *Income, family characteristics, and physical violence toward children*, Child Abuse Negl. 29 (2005), s. 107-133.

[24] T. Tołoczko, *Błąd lekarski – spojrzenie klinicysty*, „Prawo i Medycyna" 5(2000).

ogromnego cierpienia tego sprawiedliwego człowieka, jego żona nie wytrzymuje próby i w rozgoryczeniu ubliża mu: «Jeszcze trwasz mocno w swej prawości? Złorzecz Bogu i umieraj!» (Hi 2,9). W pewnej mierze można ją usprawiedliwić, gdyż brzemię cierpienia jest zawsze większe dla osoby, która kocha chorego niż dla niego samego. Potwierdza to doświadczenie pracy duszpasterskiej z rodzinami terminalnie chorych dzieci. Niewielu spośród rodziców umierających dzieci potrafi bezgranicznie zaufać Bogu, a i ci, którzy ufają, mają wątpliwości. Sprzeciw wobec śmierci dziecka jest wpisany w ich rodzicielską miłość. Czasami przekracza on granice rozsądku i zewnętrznie przypomina atak na Boga i tych, którzy Go reprezentują. W istocie nie jest buntem, ale doświadczeniem poczucia głębokiej krzywdy z powodu utraty ukochanej osoby. Wówczas jedynym skutecznym ukojeniem jest wspólne spojrzenie na Krzyż, na którym oddał życie Syn Boga i na Jego cierpiącą Matkę (por. J 19,25-27)[25].

Cierpienie lekarza

Rozważając problematykę odpowiedzialności za popełniony błąd, należy również zwrócić uwagę na cierpienie lekarza. W większości przypadków błąd jest nieumyślny, a często spowodowany zmęczeniem. Stąd też lekarz o wrażliwym sumieniu przeżywa wyrzuty sumienia, które zazwyczaj pozostają do końca jego życia[26]. Wielu lekarzy, którzy popełnili błąd, miewa myśli samobójcze, cierpi na stany depresyjne, napadowe bóle głowy, bezsenność, zmęczenie oraz spożywa prawie trzykrotnie więcej alkoholu. Zazwyczaj skarżą się oni na zaniżoną samoocenę i „nerwowość"[27]. Przeciwdziałanie popełnianiu błędów wymaga nie tylko daleko idącej profilaktyki, ale również szczerego podjęcia tego tematu w kształceniu lekarzy i pielęgniarek[28].

3. ZADOŚĆUCZYNIENIE ZA POPEŁNIONE BŁĘDY

Zadośćuczynienie moralne

Tylko jedna trzecia osób, poszkodowanych w wyniku popełnionego błędu medycznego, otrzymuje zadośćuczynienie ze strony służby zdrowia w formie oficjalnego przyznania się do winy i pisemnych przeprosin. Jest to przyczyną narastania nieufności wobec społecznej opieki zdrowotnej, a pośrednio również wobec

---

[25] L. Szczepaniak, *Kiedy cierpienie puka do twoich drzwi. Wywiad*, „Rodzina Radia Maryja" (2006) nr 2 (112), s. 7-9.

[26] A. Lazare, art. cyt., s. 1401-1404.

[27] E.A. Dauer, *Therapeutic jurisprudence perspective on legal responses to medical error*, J. Leg. Med. 24(2003), s. 37-50.

[28] K.M. Mazor, M.A. Fischer, H.L. Haley, D. Hatem, M.E. Quirk, *Teaching and medical errors: primary care preceptors' views*, Med. Educ. 39(2005), s. 982-990.

systemu prawnego. Badania przeprowadzone w USA ujawniają, że: 92% lekarzy gotowych jest wyjaśnić choremu, dlaczego popełnili błąd, 87% – pragnie poznać przyczyny błędu, natomiast 68% – przeprosić, a 66% – uznać szkody i wynagrodzić je[29]. Przyznanie się do winy jest bowiem wyrazem wrażliwości ludzkiego sumienia na popełnione zło. Wymaga to jednak ze strony lekarza świadomości popełnionego zła, szczerego żalu oraz podjęcia próby zadośćuczynienia. Takie postępowanie jest okazaniem szacunku dla godności skrzywdzonego chorego, ale również uszanowaniem godności lekarza. Jest również jednoznacznym komunikatem dla rodziny, że lekarz, pomimo błędu, wciąż troszczy się o ich chorego i zależy mu na jego zdrowiu. Przeprosiny i zadośćuczynienie powinny zatem nastąpić niezwłocznie po stwierdzeniu błędu. Każde opóźnienie staje się bowiem przyczyną pogorszenia relacji pomiędzy chorym lub jego rodziną a lekarzem. Niewątpliwie sytuacja staje się niezwykle trudna w przypadku połowicznego przyznania się do winy i nieszczerych lub aroganckich przeprosin. Wyjątkowa delikatność wymagana jest od lekarza, gdy chory zginął w wyniku jego błędu. Niektórzy autorzy uważają, że powinien on wziąć udział w jego pogrzebie i utrzymywać kontakt z osieroconą rodziną[30]. Sytuacja ta może być zbyt trudna emocjonalnie dla lekarza. Konfrontacja z całą rodziną naraża go również na agresję, która może wymknąć się spod kontroli. Zatem postępowanie musi być indywidualne, a decyzje podejmowane roztropnie po zasięgnięciu rady u osoby doświadczonej i obdarzonej autorytetem. Najgorzej jest jednak, gdy lekarz konsekwentnie nie przyznaje się do popełnionej winy, chociaż jest ona oczywista[31]. Wśród wielu przyczyn takiego postępowania należy wymienić: poczucie wstydu, strach przed utratą dobrego imienia wśród pacjentów i w środowisku lekarskim, obawa przed konsekwencjami prawnymi, zadośćuczynieniem finansowym oraz zemstą ze strony chorego lub jego rodziny[32].

Materialne wynagrodzenie krzywd

Prawnicy USA ufają skuteczności wymiaru sprawiedliwości swojego kraju. Pośrednio potwierdza to amerykański rekord zasądzonego odszkodowania za popełniony błąd w wysokości 50 mln $. Stąd też wymierzone kary uważają za wystarczający środek zapobiegający popełnianiu błędów. W USA od 1987 r. w Lexington i Kentucky realizowana jest przez *Veterans Administration (VA) Medical Center* polityka ujawniania błędów medycznych. Pokrzywdzeni informowani są, czy nie-

[29] K.E. Walsh, M.R. Miller, R.J. Vinci, H. Bauchner, *Pediatric resident education about medical errors*, Ambul. Pediatr. 4(2006) nr 6, s. 514-517.

[30] Por. A. Lazare, *Apology in medical practice an emerging clinical skill*, JAMA 296(2006) nr 11, s. 1401-1404.

[31] Tamże; R. Zimmerman, *Doctors' new tool to fight lawsuits: saying «I'm sorry»*, „Wall street Journal" 18.05.2004, A1.

[32] Por. S. P. Kalantri, *Medical errors and ethics*, Indian J. Anaesth. 47(2003) nr 3, s. 174-175.

oczekiwane pogorszenie stanu zdrowia spowodowane jest winą człowieka, czy też nieuchronnym rozwojem choroby. Stąd też administracja medyczna prowadzi działania zmierzające do wynagrodzenia nie tylko moralnego, ale również materialnego tych nadużyć. Badania ujawniają, że szczerość intencji administracji oraz prawidłowe relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem przyczyniają się do zmniejszenia ilości procesów o odszkodowanie i zaoszczędzenia milionów dolarów w ciągu roku. Stopniowo ta metoda zaczyna obowiązywać jako standardowe postępowanie w opiece medycznej USA. Ujawnianie pacjentom błędów lekarskich jest szczególnie ważną powinnością lekarską, do której zobowiązuje *American Medical Association Principles of Ethics.* Chociaż postawa ta jest zgodna z kodeksem etycznym, to jednak napotyka na opór środowiska lekarskiego, niechętnie ujawniającego swoje błędy ze względu na przekonanie, że ich ochrona prawna jest zbyt słaba, a ujawnienie prawdy zostanie wykorzystane przeciw nim w celu uzyskania maksymalnego odszkodowania[33].

Lekarzom w Polsce nie grozi jeszcze syndrom amerykański, polegający na nieustannym nękaniu z powodu popełnionych błędów. Nie jest to jednak powód do samozadowolenia, gdyż groźba ta może stać się realną w przypadku bagatelizowania pomyłek, a przede wszystkim złego traktowania chorego, zwłaszcza przy utrzymującej się niewydolności finansowej opieki zdrowotnej oraz braku właściwego ubezpieczenia. Wówczas perspektywa zapłacenia odszkodowania, chociażby w wymiarze 150 tys. zł, jest bardzo dotkliwą karą[34].

Odpowiedzialność karna

Badania przeprowadzone w 1990 r. w Nowym Jorku ujawniają, że 83% skarg dotyczących popełnionych błędów jest nieuzasadnionych[35]. Natomiast według badań przeprowadzonych w 2006 r., u 3% chorych nie stwierdzono żadnych objawów mających związek z błędem popełnionym przez lekarza, u 37% nie stwierdzono znamion błędu, a 72% skarg w ogóle nie dotyczyła błędów (370 roszczeń spośród 515)[36]. Stąd też lekarze w obawie prze nieuzasadnionymi oskarżeniami ubezpieczają się na ogromne sumy, co oczywiście podnosi koszty leczenia. Poszkodowani wyjaśniają, że nie kierują się chęcią wzbogacenia, jak przypuszcza się powszechnie, ale oczekują jedynie upomnienia lub odpowiedzialności prawnej lekarza oraz dyrekcji placówki[37]. Niestety nie potwierdzają tego ponure procesy sądowe i agresywna postawa prawników amerykańskich.

---

[33] L.L. Henry, art. cyt., s. 127-134.

[34] Por. M. Jasik, art. cyt., s. 79.

[35] M. Jasik, art. cyt., s. 57-59.79.

[36] D.M. Studdert, M.M. Mello, A.A. Gawande, T. K. Gandhi, A. Kachalia, C. Yoon, A. L. Puopolo, T.A. Brennan, *Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation*, N. Engl. J. Med. 354(2006) nr 19, s. 2024-2033.

[37] H. Kleszcz, art. cyt., s. 18-20.

W Polsce procesy lekarskie cieszą się również złą sławą, ale z nieco innych przyczyn, ponieważ: „[...] Opinie biegłych są na ogół niejasne i pokrętne. Jest to, [...] fałszywie rozumiana solidarność zawodowa, która szkodzi całemu środowisku. Biegły zamiast pomagać sądowi, czasem mu przeszkadza. Z drugiej strony procesy te cieszą się złą sławą na skutek zbytniego asekuranctwa samych sędziów, którzy powołują biegłych czasem zupełnie niepotrzebnie. Jest to zjawisko, które występuje na całym świecie i obserwujemy je od czasu, gdy znana jest literatura na temat procesów lekarskich, czyli od początku XIX wieku", wyjaśnia prof. Biruta Lewaszkiewicz-Petrykowska[38]. Być może osąd ten jest zbyt krzywdzący, ale odpowiedzialni za śmierć dzieci lekarze w *Bristol Royal Infirmary*: John Roylance, główny kierownik UBHT (*United Bristol Healthcare NHS Trust*) i kardiochirurg James Wisheart, zostają pozbawieni tylko prawa wykonywania zawodu przez GMC (*The General Medical Council*), natomiast Janardan Dhasmana otrzymuje zakaz operowania dzieci w ciągu trzech lat. W odczuciu społecznym konsekwencje etyczno-zawodowe są zbyt małą karą za błędy, które spowodowały śmierć dzieci[39]. Badania wykazują jednak, że karanie lekarzy i personelu pomocniczego, chociaż w pewnym sensie działa odstraszająco, jednak nie zapobiega następnym pomyłkom[40]. Skazanie bowiem lekarza nie przywróci utraconego życia lub zdrowia.

4. PROFILAKTYKA BŁĘDÓW MEDYCZNYCH

Analiza przyczyn popełnianych błędów

Zmniejszenie ilości błędów zależy od wielu czynników, a zwłaszcza: umacniania postaw zgodnych z etyką lekarską, rzetelnego zawodowego przygotowania i ciągłego doskonalenia, dobrej organizacji pracy w zespole, który jest zdolny do samokontroli, włączenia chorego w proces leczenia oraz dbałość o wypoczynek personelu medycznego. Badaniem przyczyn, skutków i profilaktyką błędów zajmują się coraz częściej interdyscyplinarne zespoły badawcze. Jednym z pierwszych i bardziej znanych raportów na ten temat jest: *To err is human* opracowany w 1999 r. w USA na zlecenie *The Institute of Medicine of the National Academy of Science*[41]. Powagę problematyki dostrzega również Kongres USA, przeznaczając w 2001 roku na ten cel 50 mln $. Podobne prace badawcze prowadzone są w Szwecji w ramach: *Health Economics Research Programme at the University*

---

[38] A. Krawiec, art. cyt.,

[39] BBC News, *Up to 100 babies died needlessly.*
– *http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/636589.stm.*

[40] Tamże.

[41] L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson, *To err is human: Building a safer health system*, Editors; Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine 2000.

of Oslo[42]. Coraz więcej uwagi poświęca się temu zagadnieniu również w Polsce, ale oprócz opracowań naukowych, stają się przede wszystkim tematem sensacyjnych artykułów prasowych. Niestety taka analiza problemu nie poprawia sytuacji. Przeciwnie, doniesienia prasowe ukazujące negatywne postawy, pogłębiają nieufność wobec służby zdrowia.

Poprawa organizacji pracy personelu medycznego

Kluczową rolę w zmniejszeniu liczby popełnianych błędów odgrywa kierownictwo służby zdrowia, które ma świadomość ogromnych kosztów związanych z wypłatą odszkodowań. Jego działanie powinno więc polegać na poprawie bezpieczeństwa pacjenta i egzekwowaniu go od personelu medycznego[43]. Wiele też zależy od szefa oddziału i jego umiejętności organizacyjnych oraz kompetencji zawodowych. Nawet najlepszy zespół lekarzy i pielęgniarek, dysponujący dobrym wyposażeniem, będzie popełniał poważne błędy, jeśli praca zostanie źle zorganizowana, a pracownicy będą wykonywać czynności, które odciągają ich od łóżka chorego.

Wśród przyczyn błędów popełnianych, na przykład, w szpitalnej opiece pediatrycznej, poważną rolę odgrywa: brak współpracy z najmłodszymi i pozbawionymi świadomości dzieci, które nie potrafią zasygnalizować objawów ubocznych, stosowanie leków wymagających dostosowania dawki do wieku, masy ciała lub jego powierzchni oraz podawanie lekarstw drogą pozajelitową[44]. Istotną rolę odgrywa również ilość personelu opiekującego się dzieckiem, jego kompetencje i czas poświęcany choremu.

Wpływ na zmniejszenie ilości błędów medycznych, w tym również ściśle lekarskich, posiada także coraz powszechniejsze stosowanie systemów informatycznych[45]. Program komputerowy może zmniejszyć ilość błędów popełnianych w trakcie obliczania dawki lekarstwa, zablokować jego podawanie przy pomocy sprzętu medycznego, rozwiązać problem liczenia narzędzi przed i po zabiegu operacyjnym, wyeliminować pomyłki związane z ręcznym programowaniem aparatury używanej do znieczulania i sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych[46]. To oczywiście tylko niektóre i niekoniecznie najważniejsze przejawy zastosowania rozwiązań informatycznych. Nie wystarczy jednak najlepszy sprzęt, jeśli człowiek nie potrafi lub nie chce go wykorzystywać. Dlatego znaczącą rolę w eliminowaniu

---

[42] University of Oslo Health Economic Research Programme, *Medical errors: Getting the incentives right*, Working Paper: (2003) nr 10, s. 1-26.

[43] Por. M.M. Mello, D. Hemenway, *Medical malpractice as an epidemiological problem*, Soc. Sci. Med. 59(2004), s. 39-46.

[44] Tamże.

[45] Por. B.P. Chaiken, D.L. Holmquest, *Patient safety: Modifying processes to eliminate medical errors*, „Nursing Outlook" 51(2003) nr 3, s. S21-24.

[46] Por. K.E. Walsh, R. Kaushal, J.B. Chessare, *How to avoid paediatric medication errors: a user's guide to the literature*, art. cyt., s. 698-702.

błędów mają członkowie zespołu medycznego, farmaceuci, sam chory, jeżeli potrafi współpracować z lekarzem oraz jego rodzina.

Od wielu lat lekceważony jest apel lekarzy i pielęgniarek o ograniczenie biurokracji medycznej. Niestety z każdym rokiem przybywa dokumentów, które należy wypełnić i pozwoleń, które powinno się uzyskać od: chorego, jego rodziny, dyrekcji szpitala, Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, czy władz lokalnych itd. Nawet niegdyś proste zapisanie recepty jest już czynnością czasochłonną. Formalizm jest jedną z cięższych chorób niszczących sprawność opieki nad chorym. Zatrudnianie sekretarek medycznych, jeśli są na to pieniądze, też nie poprawia sytuacji, ponieważ zazwyczaj są niekompetentne, to znaczy nie posiadają dostatecznej wiedzy medycznej, aby nie popełniać błędów w dokumentacji. Niewielki też odsetek spośród nich, umie obsługiwać komputery ze specjalistycznym oprogramowaniem. Stąd też większość traktuje ten sprzęt wyłącznie jak maszynę do pisania. Trzeba zatem pogodzić się, że jeszcze długo w wielu szpitalach lekarz będzie bardziej pracownikiem biura medycznego niż tym, który przede wszystkim rozmawia z chorym, leczy go i ma czas na naukę. Sytuacja ta jest niezwykle groźna i jest jedną z głównych przyczyn popełnianych błędów.

Troska ze strony samorządu lekarskiego

W Polsce, po roku 1989, nadzieje na zmniejszenie ilości błędów rozbudził tworzony od podstaw samorząd lekarski, zlikwidowany mocą ustawy 18.07.1950 r. przez władze PRL. Wraz z rozwojem niezawisłego sądownictwa zawodowego, liczba rozpatrywanych skarg jest coraz większa[47]. Każdego roku ilość spraw rozpatrywanych przez Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) wzrasta o 20%[48]. Niestety gorzej jest ze skutecznością tych sądów, które rzadko stwierdzają winę lekarza[49]. Stąd też poprawa w tej dziedzinie nie tylko postaw etyczno-zawodowych pracowników medycznych, ale również pomocy ze strony samorządu, którego zadaniem jest nie tyle osądzanie i karanie, ile usilne dążenie do poprawy warunków pracy. Ostatecznie, to od samorządu lekarskiego zależy, czy godzi się na chroniczne przemęczenie lekarza pracującego na kilku etatach, a więc również na poważne ryzyko popełnienia błędu. Sposobów przeciwdziałania jest wiele, zaczynając od rozmowy z lekarzem, przez oddziaływanie na jego pracodawców oraz udział w tworzeniu nowych ustaw regulujących te zagadnienia. Lekarz uzasadnia swoje postępowanie niskimi zarobkami, co zazwyczaj jest zgodne z prawdą, ale nie daje prawa do lekceważenia życia ludzkiego i narażanie chorego na utratę zdrowia. Nikt przecież nie zaakceptuje sytuacji, gdy kierowca samochodu,

---

[47] Por. W. Nasiłowski, J. Szczepański, art. cyt., s. 99.

[48] A. Krawiec, *Gdy zdrowia nam zabraknie*, „Dziennik internautów" 30.04.2004. – http://di.com.pl/.

[49] Tamże.

dopuszczając się ciężkich wykroczeń drogowych, usprawiedliwia swoje postępowanie pośpiechem z powodu starania się o większe zarobki.

Współpraca z chorym i organizacjami skupiającymi pacjentów

Zmiana paradygmatu medycyny sprawia, że dotychczasowe postawy paternalistyczne ustępują miejsca relacjom lekarz – pacjent. Ewolucja ta obserwowana jest również w Polsce, chociaż w stopniu jeszcze niezadowalającym. Bowiem zgodnie z tradycją lekarz powinien wykonywać zawód wolny, któremu obce są nawyki urzędnicze[50]. Staje się to zachętą dla pacjentów do większej dbałości o swoje prawa[51]. Stąd też społeczny ruch obrony pacjentów prowadzi swoje badania od 1995 r., dotyczy on sprawności zawodowej, niezawodności organizacji pracy oraz umiejętności pracy zespołowej[52]. Badania potwierdzają, że pacjenci domagają się ujawnienia wszystkich okoliczności błędów, ale także ich profilaktyki[53]. Najlepszą jednak profilaktyką jest rozwijanie partnerskiej współpracy pomiędzy lekarzem i jego pacjentem, co szczególnie akcentuje w swoim raporcie z roku 2006 *Institute of Medicine of the National Academies*[54].

5. WNIOSKI

Lekarz powinien być uczciwy wobec swojego pacjenta, a zwłaszcza w sytuacji popełnionego błędu[55]. Dotyczy to również pielęgniarki i pozostałego personelu pomocniczego. Nikt z ludzi nie jest zabezpieczony przed możliwością popełnienia błędu[56]. Seneka Starszy (ok. 55 przed n. Chr. – 40 r.) spostrzega, że: „Rzeczą ludzką jest błądzić" (*Errare humanum est*). Zatem możliwość pomyłki jest wpisana w naszą egzystencję i nierozerwalnie z nią związana. Natomiast zwykła rzetelność domaga się ujawniania błędów, aby przeciwdziałać im i naprawić wyrządzoną krzywdę. Lekarzowi wierzącemu Kościół przypomina, że: „[...] Prawda lub prawdomówność jest cnotą, która polega na tym, by okazywać się prawdziwym w swoich czynach, by mówić prawdę w swoich słowach, wystrzegając się dwulicowości, udawania i obłudy"[57].

---

[50] W. Nasiłowski, J. Szczepański, *Błąd lekarski rozpatrywany w granicach odpowiedzialności zawodowej*, Arch. Med. Sąd. Krym. 47(1997), s. 99-105.

[51] Por. Institute of Medicine of the National Academies, *Preventing medication errors*. Report brief, July 2006, s. 1-3.

[52] Ch.E. Billings, D.D. Woods, *Błędy ludzkie w medycynie, przyczynek do dyskusji*, „Medycyna po Dyplomie"10(2001) nr 8 (67).

[53] J. Wilson, R. McCaffrey, *Disclosure of medical errors to patients*, Medsurg Nurs. 14(2005) nr 5, s. 319-323.

[54] Institute of Medicine of the National Academies, dok. cyt., s. 2.

[55] N. Berlinger, A.W. Wu, *Subtracting insult from injury: addressing cultural expectations in the disclosure of medical error*, J. Med. Ethics 31(2005), s. 106-108.

[56] Por. KKK 1550; 1707.

[57] KKK 2468.

Odpowiedzialność moralna za błąd nabiera szczególnego ciężaru, gdy dotyczy on bezpieczeństwa, zdrowia i życia ludzkiego, zwłaszcza że skutki niektórych omyłek mogą dotyczyć olbrzymiej ilości osób. Stąd też błąd medyczny jest współcześnie zaliczany do najpoważniejszych problemów etyki lekarskiej[58]. Hipokratesowa zasada *primum non nocere* była zawsze ważna. Współcześnie kanon ten jest jeszcze ważniejszy niż w czasach Hipokratesa, bo nowoczesna medycyna jest o wiele bardziej skomplikowana i ryzykowna oraz jest wiele podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Ogrom współczesnej wiedzy medycznej sprawia, że opanowanie jej przez jedną osobę jest już niemożliwe. Dlatego dla praktykującego lekarza niezwykle istotna jest znajomość i posługiwanie się standardami postępowania medycznego. Nie wystarczą one jednak, gdy zabraknie postaw zgodnych z etyką lekarską.

Współcześnie wiele się mówi i jeszcze więcej pisze na tematy deontologiczne. Nie chodzi jednak o słowa, nawet najpiękniejsze, ale o niezłomną postawę. Łatwo bowiem analizować problematykę etyczną na sympozjach i zajęciach ze studentami. Ostatecznie to życie zweryfikuje postawę lekarza i zadecyduje, jak się zachowa w chwili podejmowania decyzji lub popełnionego błędu. Natomiast, jeśli lekarz jest wierzący, to powinien udowodnić, że chce pochylać się nad chorym, jak jego Mistrz Chrystus, okazując mu: szacunek, zrozumienie, akceptację, dobroć, współczucie i bezinteresowność[59].

Niewątpliwie konieczna jest również narodowa debata, podobna do zorganizowanych chociażby w USA, a dotycząca służby zdrowia, popełnianych przez nią błędów, ale także istniejących potrzeb[60]. Rodzina bowiem skrzywdzonego chorego oczekuje pełnego wyjaśnienia sytuacji, która spowodowała błąd lekarski. Brak poczucia winy ze strony lekarza uniemożliwia wybaczenie mu popełnionego błędu przez pokrzywdzonego oraz naprawienia krzywd[61]. Dla człowieka wierzącego modlitwa „Ojcze nasz" jest probierzem wzajemnych relacji: „Przebacz nam nasze winy, jak i my przebaczamy tym, którzy przeciw nam zawinili" (Mt 6,12). Przebaczenie tym, którzy zawinili oraz zadośćuczynienie moralne i materialne pokrzywdzonym, są koniecznym warunkiem pojednania.

ADRES AUTORA:

Ks. dr n. teol., lek. med. Lucjan Szczepaniak SCJ
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
30-864 Kraków, ul. Wielicka 265

---

[58] Por. Editorial, *The real ethical problem*, Int. J. Qual. Health Care 17(2005) nr 5, s. 379.

[59] Por. Jan Paweł II, *Kontemplujmy przykład Jezusa – Boskiego Samarytanina. Orędzie na VIII Światowy Dzień Chorego. 6.08.1999,* OsRomPol 20(1999) nr 9-10, nr 9.

[60] Por. W.E. Basanta, *Changing the culture of patient safety and medical errors a symposium introduction and overview,* J. Leg. Med. 24(2003), s. 1-6.

[61] N. Berlinger, A.W. Wu, art. cyt., s. 106-108.