



Błędy medyczne a skargi pacjentów

lek. Jakub Jurek^{a, b} (ORCID: 0009-0002-4445-5771)

lek. Wojciech Kaźmierski^a (ORCID: 0009-0001-8699-2914)

lek. Anna Lis^c (ORCID: 0009-0003-2577-5945)

lek. Paulina Lis^c (ORCID: 0009-0004-0652-4822)

lek. Katarzyna Camlet^d (ORCID: 0009-0000-2897-93940)

lek. Anna Ziobro^d (ORCID: 0000-0002-7031-6006)

lek. Kinga Kocur^e (ORCID: 0009-0003-7646-7184)

lek. Mateusz Ziomek^f (ORCID: 0009-0009-2082-1459)



Fot. Pressfoto/FreePik

Dzięki współczesnym środkom przekazu pacjenci mają coraz szerszy dostęp do wiedzy medycznej i są coraz bardziej świadomi swoich praw czy możliwości leczenia. Z drugiej strony te informacje są często trudne do pełnego zrozumienia i właściwego zinterpretowania przez osoby niemające fachowej wiedzy, co może prowadzić do różnego rodzaju nieporozumień, w tym do wysuwania roszczeń w stosunku do pracowników opieki zdrowotnej. W ostatnich latach obserwuje się rosnącą liczbę skarg pacjentów na błędy medyczne. Zapewnienie pacjentom sumiennej opieki i zrozumienie ich może pomóc zminimalizować te błędy oraz poprawić relacje na linii pacjent – świadczeniodawca.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, błąd lekarski, błąd w sztuce, skarga pacjenta

Medical errors and patient complaints

Thanks to modern media, patients have wider access to medical knowledge and are more and more aware of their rights and treatment options. On the other hand, this information is often difficult to fully understand and properly interpret by people who do not have professional knowledge, which may lead to various types of misunderstandings, including claims against health care workers. In recent years, there has been an increasing number of patient complaints about medical errors. Providing conscientious care to patients and understanding them can help minimize these errors and improve patient – provider relationships.

Keywords: medical error, medical error, malpractice, patient complaint

^a Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. sierż. Grzegorza Załogi w Katowicach.

^b Kontakt: x.jakub@protonmail.com.

^c Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

^d Szpital Powiatowy im. dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem.

^e Szpital Powiatowy im. św. Maksymiliana w Oświęcimiu.

^f Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy.

Wstęp

Współczesny świat medycyny zmienia się w olbrzymim tempie. Niewątpliwie jest to wynikiem istotnego postępu technologicznego, jaki obserwujemy na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, oraz większego dostępu do badań naukowych i ewolucji modelu leczenia opartego na faktach i dowodach. Dostęp do teorii medycyny w pewnym zakresie pozostaje dziś w zasięgu nie tylko osób wykonujących zawody medyczne, lecz także samych pacjentów, którzy – jak pokazuje praktyka – od kilku lat masowo kwestionują prawidłowość podejmowanych względem nich procedur diagnostycznych i leczniczych. Rozwój technologiczny i lepszy dostęp do informacji zdrowotnych sprawiają bowiem, że pacjenci są lepiej poinformowani o swoich prawach i możliwościach leczenia. Jest to zapewne pozytywne zjawisko, mogące się dodatnio przełożyć na cały proces terapeutyczny. Jednocześnie większa świadomość prowadzi do wzrostu oczekiwań wobec usług medycznych. Obecnie nauki medyczne i nauki prawne uzupełniają się, czego efektem jest stałe dążenie do niewystępowania błędów medycznych [1]. Wzajemne korzystanie z dorobku obu dziedzin wydaje się istotnym narzędziem służącym zwiększaniu bezpieczeństwa pacjentów w procesie leczenia.

Celem artykułu jest przedstawienie zarysu pojęcia błędu medycznego oraz problematyki skarg pacjentów na błędy medyczne.

Pojęcie błędu medycznego

Jak zauważają R. Latosiewicz, M. Szemeta i A. Niemcunowicz-Janica [2]: *lekarz, podejmując się wykonywania swoich zawodowych obowiązków, niezależnie od tego, jak skrupulatnie by je wykonywał, musi liczyć się z pojawieniem się zarzutów dotyczących prawidłowości lub nieprawidłowości jego działania ze strony pacjentów i ich rodzin. Zjawisko to jest szczególnie nasilone ostatnimi laty, kiedy to tylko w Zakładach Medycyny Sądowej kilkakrotnie, a czasami kilkunastokrotnie wzrosła liczba opiniowanych spraw. [...] Jednocześnie należy mieć świadomość, że zagwarantowane konstytucyjnie obywatelom „prawo do leczenia” nie jest tożsame z prawem „do bycia wyleczonym”. Mit możliwości „wyleczenia” utrwalają m.in. mnogie doniesienia medialne, które stwarzają błędne mniemanie, że każdą chorobę czy uraz da się skutecznie wyleczyć, a brak oczekiwanego efektu stanowi podstawę do składania skarg.* We współczesnych realiach świadczenia opieki zdrowotnej nie ulega więc wątpliwości, że lekarze i pozostali przedstawiciele zawodów medycznych muszą być świadomi pojęcia

błędu medycznego oraz klasyfikacji błędów, które mogą stać się podstawą składania przez pacjentów różnego rodzaju skarg. W przeciwnym razie niemożliwe będzie wprowadzenie skutecznych działań mających na celu minimalizację ryzyka zaistnienia błędów medycznych oraz wiążących się z nimi skutków.

Błąd medyczny nie jest pojęciem zdefiniowanym w przepisach prawa. Jest więc pojęciem o charakterze generalnym, niedookreślonym i może się odnosić do szerokiego katalogu sytuacji, zdarzeń, działań czy zaniechań, mieszczących się w granicach postępowania całego personelu medycznego w relacji z pacjentem i w związku z wykonywaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Odnosi się więc nie tylko do samych lekarzy, pielęgniarek i innych osób bezpośrednio wykonujących procedury medyczne, ponieważ jego zakres może obejmować całość postępowania medycznego w ramach podmiotu leczniczego. Niemniej nie ulega wątpliwości, że błędem medycznym jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną działanie lub zaniechanie, które może prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta lub nawet jego śmierci. Błędem medycznym może więc być np. podanie choremu nieodpowiedniej dawki leku, wprowadzenie niewłaściwej metody leczenia bądź też nierozpoznanie faktycznie występującej u pacjenta jednostki chorobowej.

Aby skonkretyzować pojęcie błędu medycznego, warto sięgnąć do dorobku orzecznictwa. Jak wskazał Sąd Najwyższy w jednym ze starszych wyroków, który do dziś jest często cytowany w orzecnictwie sądów powszechnych [3]: *błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępną.* W nowszej judykaturze można odnaleźć pogląd precyzujący wskazaną definicję błędu medycznego na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Mianowicie, poszukując definicji błędu medycznego, należy sięgnąć do przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [4], która nie używa wprawdzie sformułowania „błąd medyczny”, jednak zawiera przepis wskazujący, jakie warunki muszą zaistnieć, aby stwierdzić, że doszło do powstania zdarzenia medycznego, którego znaczenie w kontekście ustalenia odpowiedzialności za incydent zaistniały w procesie diagnostyczno-leczniczym należy uznać za zbliżone do znaczenia błędu medycznego. Zgodnie z brzmieniem przepisu art. 3 ust. 1 pkt 11 powołanej ustawy pojęcie zdarzenia medycznego zostało zdefiniowane jako zaistnienie w trakcie udzielania lub w efekcie

udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:

- zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta,
- śmierć pacjenta

– których z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć, gdyby udzielono świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowano inną dostępną metodę diagnostyczną lub leczniczą, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę [5]. W ocenie autorów elementy cytowanej normy prawnej, wskazujące na konieczność uwzględnienia w kwalifikacji prawnej takich przesłanek, jak eliminacja zdarzenia medycznego poprzez działanie w zgodzie z aktualną wiedzą medyczną czy z wykorzystaniem odpowiedniej metody diagnostycznej i leczniczej, odpowiadają przesłankom uznania zdarzenia faktycznego za błąd medyczny w znaczeniu semantycznym. Nie sposób bowiem zaaprobować ustalenia odpowiedzialności za błąd medyczny w sytuacji braku uchybień w całym procesie diagnostyczno-leczniczym. Podobnie między pojęciami zdarzenia medycznego i błędu medycznego istnieje zbieżność zakresu ochrony, wynikającego z obu tych terminów, co do znamienia skutku (zakażenia, uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia, śmierci pacjenta). Immanentną cechą błędu medycznego, o której należy pamiętać, definiując owo pojęcie, jest istnienie winy po stronie udzielającej świadczenia zdrowotnego, przy czym ta wina nie musi się realizować jako wynikająca z działania bądź zaniechania w znaczeniu karnoprawnym (w przypadku zarzutu stawianego konkretniej osobie jako sprawcy czynu zabronionego), lecz także jako zawinienie analizowane w myśl cywilnoprawnej zasady winy (odpowiedzialności podmiotu leczniczego jako strony stosunków prawnych). Ta teza znajduje ugruntowanie w orzecnictwie, które bezpośrednio wyjaśnia, że odpowiedzialność za błąd medyczny nie opiera się na zasadzie ryzyka (o czym więcej w kolejnym rozdziale), a właśnie na zasadzie winy. Aby można było w sposób jednoznaczny stwierdzić, że wystąpił błąd medyczny, należy zbadać, czy lekarz lub inny członek personelu medycznego dopuścił się zawinionego działania bądź zaniechania. Wysokie wymagania stawiane lekarzowi nie oznaczają automatycznie jego odpowiedzialności za wynik (rezultat) leczenia, ponieważ winę za błąd medyczny przypisać można

wyłącznie w przypadku wystąpienia jednocześnie elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania [5].

Błąd medyczny a niepowodzenie w leczeniu – rola świadomej zgody pacjenta

Pacjenci, z góry zakładając konieczność osiągnięcia sukcesu terapeutycznego, często nie rozumieją nieuniknionego w medycynie ryzyka wystąpienia tzw. niepowodzenia w leczeniu. To z kolei wydaje się jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania przez pacjentów nieuzasadnionych roszczeń i zarzutów co do prawidłowości prowadzenia procesu terapeutycznego oraz powstawania konfliktów na linii lekarz – pacjent. Pacjent z reguły nie jest profesjonalistą posiadającym specjalistyczną wiedzę, jaką dysponują przedstawiciele ochrony zdrowia. Dlatego warto pamiętać, że chorzy w kontakcie z ochroną zdrowia niekoniecznie są przygotowani na ryzyko wystąpienia niepowodzenia terapeutycznego, czyli na sytuację, gdy pomimo prawidłowo przeprowadzonego procesu diagnostycznego i zastosowania odpowiedniego schematu leczenia nie uzyskuje się oczekiwanych rezultatów.

Tymczasem pojęcia błędu medycznego nie należy utożsamiać z szeroko rozumianym niepowodzeniem leczniczym. Taki pogląd istnieje też w judykaturze [7]: *od błędu medycznego jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania, z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności, należy odróżnić powikłanie, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne. Lekarz nie odpowiada więc m.in. za nietypowy przebieg lub samoistny rozwój choroby prowadzący do pogorszenia stanu zdrowia, za nadzwyczajne i niedające się przewidzieć komplikacje zdrowotne oraz inne, niepozostające w związku z jego postępowaniem, ujemne dla pacjenta skutki i zdarzenia.* Warto pamiętać, że niepowodzenie w leczeniu, niewynikające z winy lekarza, może być np. związane z rodzajem/charakterem, istotą (naturą), przebiegiem i stopniem zaawansowania choroby, realnymi możliwościami wdrożenia skutecznego leczenia, ze schorzeniami współwystępującymi, z siłami witalnymi pacjenta, okolicznościami zachorowania i dostępnością do leczenia, reaktywnością organizmu samego chorego, a w końcu – ze zbyt późnym zgłoszeniem się do lekarza bądź z nieprzebraniem zaleceń przez pacjenta [8, 9]. W tym kontekście całkowicie uzasadniona jest konieczność

dążenia do uzyskania świadomej zgody na każdą interwencję medyczną oraz dostrzeżenia znaczenia świadomego współudziału chorego w całym procesie terapeutycznym.

Rozważania na temat roli świadomej zgody pacjenta jako elementu zrozumienia przez niego przebiegu procesu leczenia i przygotowania się na ewentualne powikłania bądź inne niepowodzenia w leczeniu) dają podstawę do przypisania szczególnego charakteru obowiązkowi wynikającemu z treści art. 31 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty [10]. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi (lub jego ustawowemu przedstawicielowi) przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania lub zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniu. W cytowanym przepisie ustawodawca nie bez powodu posłużył się pojęciem „przystępnej informacji” – przystępnej, czyli takiej, którą pacjent (bądź jego przedstawiciel ustawowy) będzie w stanie zrozumieć przed podjęciem decyzji o wyrażeniu zgody na proponowane leczenie. Niezależnie od tego, że na gruncie powołanego aktu normatywnego samo wykonanie procedury medycznej bez zgody pacjenta (bądź wbrew jego woli) stanowi działanie bezprawne, warto pamiętać, iż zachowanie należytej dbałości w komunikacji z pacjentem, której treścią są informacje o możliwych scenariuszach leczenia, stanowi ważny składnik prewencji formułowania przez pacjentów nieuzasadnionych roszczeń i skarg. Taka komunikacja przyczynia się również do zachowania prawidłowych relacji pomiędzy pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia i tym samym decyduje o skuteczności działań medycznych, będących przecież zwińczeniem funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej, służącego zachowaniu i przywracaniu zdrowia ludzkiego.

Rodzaje błędów medycznych

Biorąc pod uwagę kolejne etapy postępowania medycznego, można wyróżnić następujące trzy kategorie: błąd diagnostyczny, błąd terapeutyczny (leczniczy) i błąd prognostyczny (rokowniczy), zwany również błędem poznania [11]. Osobną kategorią jest błąd organizacyjny, który nie odnosi się do konkretnego etapu leczenia, lecz do całościowego funkcjonowania zespołu świadczącego opiekę zdrowotną.

Błąd diagnostyczny

Wśród błędów najczęściej popełnianych przez lekarzy są błędy diagnostyczne. Istotą błędu diagnostycznego jest wadliwa ocena objawów chorobowych, która w konsekwencji doprowadza do wyciągnięcia innych wniosków niż te, które wynikają w takich przypadkach z rzetelnej wiedzy medycznej. Jako przyczynę błędu diagnostycznego wskazuje się przeoczenie przez lekarza objawów choroby z powodu niedokładnie zebranego wywiadu lub badania przedmiotowego (tzw. błąd przez zaniechanie) albo nieprawidłowej interpretacji uzyskanych wyników badań (tzw. błąd rozumowania) [12]. Jak wyjaśnia Sąd Najwyższy, przykładem błędu diagnostycznego w znaczeniu ogólnym jest wykonanie przez lekarza badania fizykalnego bez uprzedniego przeprowadzenia wywiadu [13]: *Trudno sobie w ogóle wyobrazić sytuację, w której badanie fizykalne nie jest poprzedzone wywiadem i to wywiadem nie „byłoby jakim”, lecz takim, w którym lekarz docieka przebiegu i objawów zgłaszanej choroby oraz chorób przebytych, bowiem tylko taki wywiad wręcz warunkuje poprawność diagnozy i zastosowanie następnie właściwej terapii. U źródeł błędu diagnostycznego najczęściej leży przyjęcie niewłaściwych przesłanek postawionej przez lekarza diagnozy. Może to być spowodowane powierzchownością badania pacjenta lub wręcz zaniechaniem jego zbadania, nieprzeprowadzeniem specjalistycznych badań pomocniczych, złą interpretacją takich wyników lub obiektywną ich błędnością. Powierzchność ustalamy w relacji do ogólnego wymogu zachowania przez lekarza należytej staranności przy wykonywaniu zawodu.*

Błąd diagnostyczny może polegać na mylnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby (błąd pozytywny – „nadrozpoznanie”) bądź, częściej, na nierozpoznanie rzeczywistej choroby pacjenta, prowadzącym do pogorszenia jego stanu zdrowia (błąd negatywny) [14]. W orzecznictwie w sprawach dotyczących błędów medycznych można odnaleźć takie przykłady błędów diagnostycznych, jak wadliwe rozpoznanie u chorego gruźlicy, podczas gdy w rzeczywistości cierpiał on na chorobę gośćcową [15], czy też nieprawidłowe rozpoznanie złośliwego guza nerki, czego następstwem było usunięcie narządu u pacjentki, która chorowała na ksantomatyczne odmiedniczkowe zapalenie nerek i mogła zostać poddana leczeniu zachowawczemu [16]. Warto zauważyć, że zgodnie z linią orzecniczą nie każde postawienie błędnej diagnozy choroby niewystępującej u pacjenta zostanie uznane za błąd pozytywny, bowiem w pewnych warunkach klinicznych ustalenie zaistnienia takiego błędu można obalić. Do postawienia zarzutu błędu diagnostycznego pozytywnego w szczególności

brak jest podstaw wówczas, gdy błędne stwierdzenie choroby u osoby zdrowej było usprawiedliwione występującymi objawami, a zastosowane leczenie, którego niezwłoczne podjęcie w razie rzeczywistej choroby byłoby celowe, nie przyniosło dla tej osoby ujemnych następstw poza przemijającymi dolegliwościami [17].

Jeżeli więc postawienie diagnozy (w tym wstępnej) w danej sytuacji klinicznej znajduje uzasadnienie w stanie pacjenta i będących w aktualnym zasięgu wynikach badań oraz odpowiada konieczności przedsięwzięcia odpowiednich interwencji służących ratowaniu zdrowia i życia, to nie może być mowy o popełnieniu zawinionego błędu diagnostycznego pozytywnego, nawet gdy rozpoznanie postawione na podstawie późniejszej diagnostyki i ewolucji stanu klinicznego okaże się nietrafione.

Co ciekawe, błąd pozytywny co do zasady jest nieistotny z punktu widzenia odpowiedzialności karnej, ponieważ dopóki nie pojawią się negatywne następstwa wynikłe z niewłaściwie podjętych działań terapeutycznych (będących konsekwencją postawienia błędnej diagnozy), dopóty nie stwarza on zagrożenia dla dóbr prawnie chronionych, ponieważ diagnoza (choćby błędna) sama w sobie nie stanowi zagrożenia dla zdrowia i życia człowieka [18].

Przechodząc natomiast do analizy zagadnienia negatywnego błędu diagnostycznego, warto zauważyć, że może on polegać na: nierozpoznanie w ogóle pewnych objawów, a także na wadliwym przeprowadzeniu samych badań służących postawieniu diagnozy bądź w ogóle na pominięciu takich badań. Istotą błędu jest to, iż działanie lub zaniechanie jest sprzeczne z podstawowymi zasadami przyjętymi we współczesnej wiedzy lekarskiej [19]. Zatem i w tym przypadku nie każde nierozpoznanie istniejącej w rzeczywistości u pacjenta jednostki chorobowej będzie stanowiło podstawę do złożenia skutecznej skargi na popełnienie błędu diagnostycznego. Ważne jest, aby w każdej sytuacji klinicznej zachowane były standardy postępowania, a postawienie diagnozy wynikało z objawów pacjenta, przeprowadzonego i prawidłowo udokumentowanego badania fizykalnego oraz wyników badań dodatkowych, co nawet w sytuacji następczego ustalenia odmiennego rozpoznania stanowi niejako parasol ochronny przed zarzutami czynionymi przez pacjenta bądź członków jego rodziny, a także organów, w których kompetencji mieści się ocena prawidłowości postępowania medycznego.

Błąd terapeutyczny

Pojęcie błędu terapeutycznego, w odróżnieniu od błędu diagnostycznego powstającego na etapie rozpoznawania choroby, odnosi się do czynności podejmowanych już po postawieniu diagnozy, a służących przywracaniu zdrowia (leczeniu). Nie oznacza to jednak, że ten rodzaj błędu jest niezależny od błędu diagnostycznego. Przeciwnie – rezultatem postawienia błędnego rozpoznania może być właśnie wprowadzenie niewłaściwych metod terapeutycznych, a wtedy błąd terapeutyczny ma charakter wtórny (jako przykład można wskazać bezzasadne usunięcie organu wskutek postawienia błędnej diagnozy zajęcia tkanek przez proces nowotworowy bądź podjęcie decyzji o przeprowadzeniu porodu siłami natury w przypadku niezauważenia istniejących wskazań do wykonania cesarskiego cięcia).

Błąd terapeutyczny może również zaistnieć pierwotnie, tj. w sytuacji, kiedy postawiono właściwą diagnozę, a błędny jest wyłącznie sposób leczenia, co może dotyczyć naruszenia reguły związanej z wiedzą i praktyką medyczną [20]. Jak zauważa Szkolnicka [21]: *Zgodnie z piśmiennictwem prawniczym i medycznym błąd terapeutyczny zachodzi w przypadku niewłaściwej metody lub sposobu leczenia; stosunkowo często powiązany jest z wadliwą diagnozą, stanowiąc następstwo nieprawidłowego rozpoznania. Może polegać m.in. na zapisaniu pacjentowi nieodpowiedniego leku, a także na stosowaniu zarzuconej metody leczenia.* Błąd terapeutyczny zaistnieje więc choćby w przypadku nieostrożnego zastosowania antybiotyku, gdy stan pacjenta nie wymaga wdrożenia takiego leczenia.

Innym przykładem może być stosowanie środków terapii farmakologicznej niezgodnie ze wskazaniami określonymi dla poszczególnych grup wiekowych (np. podanie dziecku leku przeznaczonego do leczenia wyłącznie osób dorosłych), a także jednoczesne podanie kilku leków wchodzących ze sobą w niekorzystne interakcje. Podstawą unikania błędów terapeutycznych jest więc ciągle aktualizowanie wiedzy medycznej i udoskonalanie umiejętności praktycznych oraz stosowanie w praktyce najnowszych wytycznych. Należy pamiętać, że chociaż w sztuce medycyny, będącej nauką empiryczną, epizodyczne pojawianie się błędów terapeutycznych jest nieuniknione i trzeba to zaakceptować, to właśnie sięganie do medycyny opartej na dowodach wydaje się być kluczem do zachowania wysokiego standardu świadczeń zdrowotnych i unikania w możliwym stopniu błędów (a w konsekwencji – porażek) w procesie leczenia.

Błąd prognostyczny

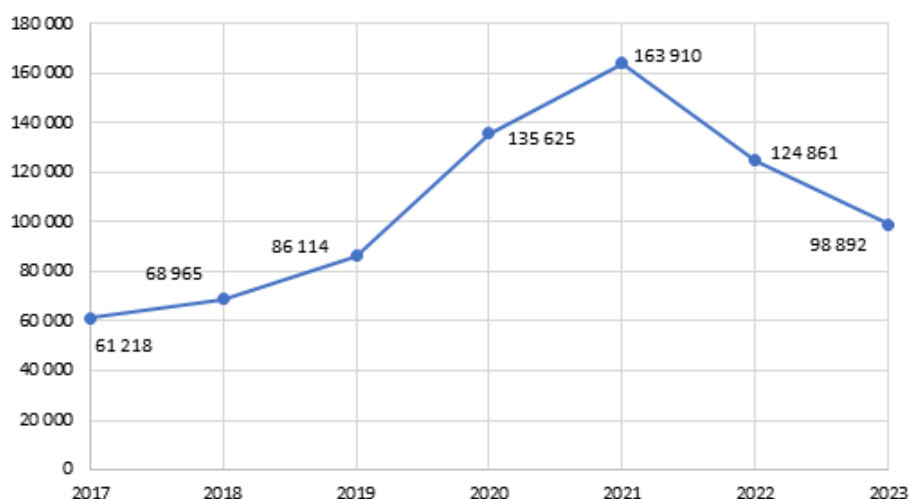
Błąd prognostyczny można zdefiniować jako wadliwe przewidywanie w zakresie rozwoju choroby lub odpowiedzi organizmu na zastosowaną terapię. Można odnieść mylne wrażenie, że błąd prognostyczny – patrząc nań przez pryzmat skutków, jakie może wywołać – stanowi mniej doniosłą kategorię błędów medycznych. Autorzy niektórych publikacji uważają, że błąd rokowania może w istocie nie wpływać ujemnie na proces leczenia. Trzeba jednak mieć na uwadze fakt, że jeżeli błąd co do prognozy stanu zdrowia łączy się z błędem diagnostycznym, wtedy może wywołać poważne i nieodwracalne skutki w postaci pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, np. co do zakresu niezdolności do pracy czy uprawiania sportu, a w konsekwencji spowodować określone komplikacje zdrowotne [14].

Błąd organizacyjny

Błąd organizacyjny, o którym w ostatnim czasie coraz częściej się słyszy, należy do innej kategorii błędów (odmiennie od tych, które mogą powstać na kolejnych etapach procesu diagnostyczno-terapeutycznego). Literatura definiuje błąd organizacyjny jako [22]: *sytuację, w której uszczerbek na dobrach pacjenta powstał nie w następstwie wadliwego przeprowadzenia procesu leczenia, lecz w związku ze złą organizacją pracy lekarzy i personelu medycznego.* W przypadku błędu organizacyjnego szkoda nie powstaje wskutek merytorycznego błędu lekarza, lecz w wyniku czynników od niego niezależnych, a więc ma charakter wtórny. Wadliwa organizacja pracy w zakładach opieki zdrowotnej ma ujemny wpływ na udzielaną pomoc medyczną: bezpośrednio może spowodować negatywne skutki dla zdrowia pacjenta, a pośrednio – stać się przyczyną popełnienia błędu terapeutycznego przez pracującego tam lekarza i w konsekwencji narazić pacjenta na utratę zdrowia lub życia. Przykładem błędu organizacyjnego jest niedbałe prowadzenie dokumentacji medycznej, a w rezultacie pomyłka w ustaleniu tożsamości pacjenta i wykonanie zabiegu na innym chorym, niż zaplanowano [23].

Skargi pacjentów na błędy medyczne

Odpowiedzialność, która ciąży na lekarzach i innych osobach wykonujących zawody medyczne, jest obecnie częstym tematem dyskusji w środowiskach medycznych. Liczne źródła wymieniają roszczeniowość pacjentów jako istotny



Rys. 1. Liczba sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2017–2023
Fig. 1. Number of signals sent to the Patient Rights Ombudsman in 2017–2023

czynnik stresogenny w pracy pielęgniarzy [24, 25] oraz lekarza [26]. Do dziedzin medycyny, które generują najwięcej skarg pacjentów, zalicza się specjalności zabiegowe, które są obarczone dużym ryzykiem zgonów i uszkodzeń ciała (wyższym niż w przypadku specjalizacji zachowawczych). Jako szczególności szczególnie ryzykowne wymieniana się chirurgię, neurochirurgię, ginekologię i położnictwo oraz pomoc doraźną. Nie oznacza to jednak, że problem skarg nie dotyczy osób zajmujących się leczeniem zachowawczym, bowiem oskarżenia pacjentów nie omijają nawet lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zwłaszcza gdy stanowią oni pierwsze ogniwo w łańcuchu kolejnych instytucji medycznych przekazujących sobie pacjenta, co kończy się niepomyślnym dla chorego skutkiem [27]. Wydaje się, że w podstawowej opiece zdrowotnej częściej niż w przypadku innych jednostek ochrony zdrowia występuje zjawisko formułowania skarg wiążących się z wystawianiem recept i skierowań (np. kwestionowanie trybu skierowania pacjenta do szpitala lub poradni specjalistycznej, poziomu refundacji leków w receptach).

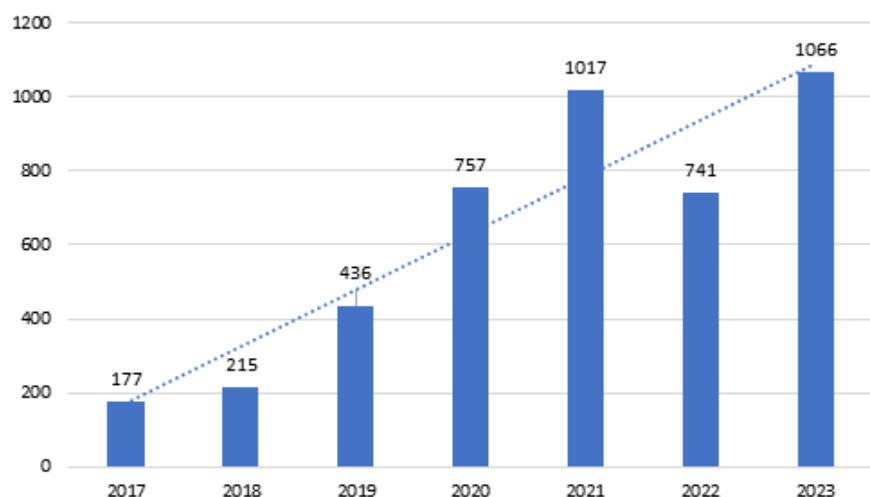
Jak wynika z raportu opublikowanego przez Rzecznika Praw Pacjenta, liczba skarg kierowanych do niego od 2017 r. przynajmniej do 2021 r. zachowywała tendencję wzrostową (rys. 1). W latach 2019–2021 odnotowano znaczny wzrost zgłoszeń pochodzących zarówno od pacjentów, jak i ich osób najbliższych. Owa tendencja we wskazanym okresie została przez Rzecznika Praw Pacjenta powiązana z sytuacją epidemiczną (spowodowaną rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2), a także z coraz większą rozpoznawalnością i sukcesywnym zwiększaniem się zaufania

obywateli do reprezentowanej przez niego instytucji. We wskazanym raporcie rzecznik podał, że wzrost wpływających sygnałów (skarg) w ujęciu procentowym w latach 2019–2021 kształtował się następująco: w 2019 r. wpłynęło o 24,87% więcej zgłoszeń w porównaniu z 2018 r., w 2020 r. – o 57,49% więcej w porównaniu z 2019 r., a w 2021 r. – o 20,85% więcej w porównaniu z 2020 r. Wraz ze wzrostem liczby zgłoszeń zwiększyła się liczba prowadzonych postępowań wyjaśniających w sprawach indywidualnych pacjentów, a w konsekwencji także liczba stwierdzonych naruszeń praw pacjenta (rys. 2). W 2021 r. Rzecznik Praw Pacjenta prowadził 2705 postępowań wyjaśniających (2236 zostało wszczętych na skutek indywidualnych skarg, a 469 – z urzędu), podczas gdy w 2019 r. były prowadzone 1683 postępowania (1389 wszczęto na wniosek, a 294 – z urzędu) [28].

Przytoczone dane wskazują na systematyczny wzrost liczby skarg składanych przez pacjentów do samego tylko Rzecznika Praw Pacjenta. W opublikowanym we wrześniu 2024 r. sprawozdaniu Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2023 r. ujawniono jednak zmianę tendencji dotyczącej liczby sygnałów o naruszeniach praw pacjenta, kierowanych do rzecznika, poczynając od 2022 r. W 2023 r. rzecznik przeprowadził 3794 postępowania wyjaśniające w sprawach indywidualnych, w tym ponad 92% na podstawie zgłoszonych do niego wniosków. Analizowana liczba spraw prowadzonych przez rzecznika nie jest jednak tożsama z liczbą sygnałów kierowanych do tego organu odnośnie do zaistnienia sytuacji, która miałaby uzasadniać naruszenia praw pacjenta. Należy bowiem mieć na względzie, że nie każdy sygnał zgłoszony rzecznikowi

stanowi podstawę do wszczęcia postępowania w przewidzianym trybie. Innymi słowy, nie każde zgłoszenie wywołuje skutek w postaci wszczęcia postępowania przez rzecznika. Postępowania wyjaśniające są wszczynane wyłącznie na podstawie tych informacji, których treść wystarczająco uprawdopodobnia naruszenie praw pacjenta. Rzecznik legitymuje się zatem uprawnieniem do podejmowania oceny, czy w realiach zgłaszanej sprawy celowe jest podjęcie czynności, czy też skarga nie zasługuje na reakcję organu.

Analizując liczbę sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta w latach 2017–2023 (niezależnie od tego, czy spowodowały one wszczęcie postępowania wyjaśniającego, czy też nie), można zauważyć, że systematyczny wzrost zgłoszeń kierowanych do rzecznika trwał do 2021 r. Od 2022 r. obserwuje się w tym zakresie tendencję spadkową. Spośród 1523 postępowań wyjaśniających, zakończonych w 2023 r., które w większości dotyczyły spraw indywidualnych, naruszenie prawa do świadczeń zdrowotnych stwierdzono 1066 razy, czyli o 325 razy więcej niż w 2022 r. Na przestrzeni lat 2017–2023 obserwowano wzrastającą tendencję w liczbie stwierdzonych naruszeń praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych, a jedynie w 2022 r. liczba stwierdzonych naruszeń była mniejsza niż w roku poprzedzającym. Oprócz sygnałów dotyczących naruszenia prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych do rzecznika trafiały zgłoszenia odnośnie do naruszenia prawa pacjenta do informacji, dokumentacji medycznej, ochrony zdrowia psychicznego, poszanowania intymności i godności, poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, jak również zgłoszenia dotyczące takich obszarów, jak: prawo do wyrażenia zgody bądź sprzeciwu, prawo do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych, prawo do tajemnicy informacji, prawo do przechowywania rzeczy w depozycie i prawo do opieki duszpasterskiej. Sygnały o nieprawidłowościach w zakresie ostatniej z wymienionych kategorii praw pacjenta stanowiły najmniej liczną grupę. W kwestii praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów rzecznik wszczął w 2023 r. 319 postępowań, czyli o 40 więcej niż w 2022 r. Jako przykłady stwierdzonych praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów rzecznik wskazał ograniczenia w dostępie do świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, nieprawidłowości w udostępnianiu dokumentacji medycznej, brak realizacji standardu teleporady, niezasadne i nadmierne ograniczenia odwiedzin



Rys. 2. Liczba stwierdzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta naruszeń praw pacjenta do świadczeń zdrowotnych w latach 2017–2023

Fig. 2. Number of violations of patients' rights to health care services identified by the Patient Rights Ombudsman in 2017–2023

pacjentów w szpitalach, nieprawidłowości w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych czy udzielanie świadczeń zdrowotnych w sposób niezgodny z aktualną wiedzą medyczną [29].

Wzrasta również liczba kierowanych do organów ścigania zgłoszeń, w których pacjenci (i ich rodziny) wnoszą o zbadanie sprawy pod kątem możliwości popełnienia przestępstwa przez osoby świadczące opiekę zdrowotną. W 2016 r., najpewniej z uwagi na rosnącą liczbę spraw karnych toczących się w przedmiocie błędów medycznych (w tym inicjowanych przez samych pacjentów), Minister Sprawiedliwości wprowadził funkcjonowanie w prokuraturach okręgowych i regionalnych wyspecjalizowanych działów zajmujących się prowadzeniem postępowań dotyczących błędów medycznych, których skutkiem jest śmierć człowieka bądź ciężkie uszkodzenie ciała [30]. W świetle przepisów Kodeksu karnego [31] przykładami czynów zabronionych, popełnianych przez osoby wykonujące zawody medyczne w związku z podejmowaną działalnością leczniczą, są:

- nieumyślne spowodowanie śmierci człowieka (art. 155);
- spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, rozumianego jako pozbawienie człowieka wzroku, słuchu, mowy lub zdolności płodzenia, bądź wywołanie 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 (art. 156);

- narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160).

Zakres kognicji sądów karnych w sprawach o błędy medyczne jest więc szeroki i może dotyczyć rozmaitych czynności związanych z wykonywaniem działalności leczniczej, lecz – jak podaje Naczelna Izba Lekarska – tylko jedna na 157 (0,6%) spraw o błąd medyczny prowadzonych przez prokuraturę kończy się skazaniem lub warunkowym umorzeniem postępowania karnego [32]. Dane te wskazują, że zdecydowana większość skarg (zawiadomień) kierowanych przez pacjentów do organów ścigania nie znajduje uzasadnienia wystarczającego do stwierdzenia winy w procesie karnym.

W sprawach cywilnych większość postępowań dotyczy roszczeń pacjentów wobec szpitali lub ich ubezpieczycieli, a nie wobec konkretnych osób fizycznych. W tych sprawach pacjenci (bądź ich następcy prawni) domagają się odszkodowania (rekompensaty kosztów poniesionych z tytułu poniesionej szkody), zadośćuczynienia za doznaną krzywdę lub renty. W przeprowadzonych badaniach statystycznych, opartych na analizie orzeczeń sądów powszechnych, zauważono, że większość spraw medycznych nie jest wygrywana przez pacjentów, a przez stronę pozwaną. Jeśli już pacjenci wygrywają procesy cywilne o błędy medyczne, to uzyskane przez nich kwoty odszkodowań są średnio dwukrotnie niższe niż określone w żądaniach pozwów [33]. Wyniki tych badań potwierdzają słuszność tezy, że większość roszczeń zgłaszanych przez pacjentów jest nieuzasadniona i może wynikać z nadmiernej roszczeniowości, braku zrozumienia

procesu diagnostyczno-leczniczego lub chęci uzyskania odszkodowania, choć oczywiście nie można *a priori* przyjmować, że żądania pacjentów są niesłuszne bądź motywowane wyłącznie roszczeniową postawą.

Podsumowanie

Błędy medyczne mogą zaistnieć na różnych etapach postępowania medycznego (diagnostyki, leczenia, ustalenia rokowania) oraz wskutek całościowego funkcjonowania ochrony zdrowia (błędy organizacyjne). Zarówno doniesienia literaturowe i linia orzecznicza sądów, jak i codzienna praktyka zawodowa kształtują przekonanie, że kierowanie przez pacjentów skarg przeciwko lekarzom, innym osobom wykonującym zawody medyczne oraz całym podmiotom leczniczym jest powszechnym zjawiskiem. Sama częstotliwość formułowania przez pacjentów skarg na błędy medyczne istotnie wzrasta. Wydaje się więc, że w świadczeniu usług ochrony zdrowia zetknięcie się ze skargą na pewnym etapie drogi zawodowej jest nieuniknione, zwłaszcza że istotna część skarg okazuje się nieuzasadniona. Zachowanie najwyższej staranności nie zagwarantuje zatem niewnoszenia roszczeń przez pacjentów. Oczywiście wzrostowa tendencja w liczbie odnotowywanych skarg pacjentów nie wynika wyłącznie z nadmiernej roszczeniowości społeczeństwa, lecz zapewne wiąże się z coraz lepszym dostępem do ochrony zdrowia i informacji o leczeniu. Sam proces dowodzenia błędu medycznego jest trudny z uwagi na brak precyzyjnego określenia tej problematyki przez przepisy prawa i ze względu na konieczność odróżnienia błędów od nieuniknionych niepowodzeń terapeutycznych. Należy jednak pamiętać, że wysoka staranność w świadczonej działalności medycznej jest kluczowa w kontekście minimalizowania ryzyka popełnienia błędu medycznego, a dbałość o świadome uczestnictwo pacjenta w procesie leczenia (w tym o uzmysłowienie choremu, że w medycynie niemożliwe jest uzyskanie gwarancji co do oczekiwanych rezultatów leczenia) może się istotnie przyczynić do poprawy relacji i ograniczenia liczby nieuzasadnionych skarg.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Wolińska M., *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, „Prokuratura i Prawo”, 2013, 5: 19–36.
- [2] Latosiewicz R., Szeremeta M., Niemcunowicz-Janina A., *Problematyka błędów medycznych – spojrzenie klinicysty i medyka sądowego*, [w:] E. Kruk, A. Wołoszyn-Cichocka, M. Zdyb [red.], *Odpowiedzialność w ochronie zdrowia*, C.H. Beck 2018/Legalis.

- [3] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. akt IV CR 39/54, OSNCK 1957/1/7.
- [4] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 581).
- [5] Wyrok Sądu Okręgowego w Łodzi z dnia 27 grudnia 2019 r., sygn. akt I C 488/18, POSP.
- [6] Wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 16 marca 2016 r., sygn. akt I ACa 1363/15, POSP.
- [7] Wyrok Sądu Rejonowego Szczecin – Centrum w Szczecinie z dnia 9 grudnia 2019 r., sygn. akt III C 415/18, SAOS.
- [8] Puch E., Nowak-Jaroszyk M., Swora-Cwynar E., *Błąd medyczny w teorii i praktyce – przegląd najważniejszych zagadnień*, „Medycyna Pracy”, 2020, 71: 613–630.
- [9] Fiutak A., *Odpowiedzialność karna za niepowodzenie w leczeniu*, „Medycyna Rodzinna”, 2010, 3: 36–40.
- [10] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1287).
- [11] Czapracka A., Marcinkowski J., Kaczmarek T., *Odpowiedzialność prawna i moralna lekarzy i lekarzy stomatologów z tytułu błędów medycznych*, „Orzecznictwo Lekarskie”, 2008, 5(1): 53–57.
- [12] Żaba C. i in., *Przeddiagnozowanie w rozpoznawaniu obrażeń czaszkowo-mózgowych jako błąd diagnostyczny*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, 2007, LVII: 134–137.
- [13] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 2008 r., sygn. akt IV KK 381/07, OSNKW 2008/7/56.
- [14] Wieczorek E., *Odpowiedzialność cywilnoprawna względem pacjenta za błąd w sztuce medycznej*, [w:] M. Podgórska [red.], *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania, 2017.
- [15] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 lutego 1972 r., sygn. akt II CR 609/71, OSPiKA 1972/10/182.
- [16] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 marca 2006 r., sygn. akt IV CSK 80/05, BOSN.
- [17] Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 grudnia 1970 r., sygn. akt II CR 543/70, IFK Platforma Księgowych i Kadrowych.
- [18] Guzik-Makaruk E., Truskolaska E., Wojewoda E., *Odpowiedzialność za błędy medyczne w Polsce i Republice Federalnej Niemiec*, Instytut Wymiaru Sprawiedliwości, 2021.
- [19] Wyrok Sądu Okręgowego w Tarnowie z dnia 24 października 2013 r., sygn. akt II Ka 405/13, POSP.
- [20] Przybylska K., Klamerek A., Matthews-Kozanecka M., *Błąd medyczny jako zagrożenie prawidłowego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo Polskie”, 2014, 2(52): 155–160.
- [21] Szkolnicka B., *Błędy terapeutyczne jako powód konsultacji z Ośrodkiem Informacji Toksykologicznej UJ CM w 2012 roku*, „Przegląd Lekarski”, 2013, 70(8): 528–532.
- [22] Kunert I., *Błąd organizacyjny w działaniach służby zdrowia jako przedmiot spraw o tzw. błędy medyczne z perspektywy praktyki prokuratorskiej*, „Prokuratura i Prawo”, 2019, 7/8: 164–180.
- [23] Skrenty Ż., *Organizacyjny błąd medyczny*, „Studia Lubuskie”, 2014, 10: 131–158.
- [24] Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I., *Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogenów związanych z ich środowiskiem pracy*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, 2014, 1: 23–26.
- [25] Czarniecka I., Podsiadły D., Ślusarz R., *Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek na oddziałach zabiegowych*, „Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu”, 2018, 3/4: 9–23.
- [26] Solecki L., Klepacka P., *Przyczyny oraz czynniki sprzyjające występowaniu zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy zatrudnionych w publicznych sektorach opieki zdrowotnej*, „Medycyna Środowiskowa”, 2017, 20(1): 7–16.
- [27] Trnka J. i in., *Podstawy błędu medycznego z uwzględnieniem pracy lekarza rodzinnego*, „Family Medicine & Primary Care Review”, 2007, 9(3): 880–883.
- [28] *Postępowania wyjaśniające prowadzone przez Rzecznika Praw Pacjenta w sprawach indywidualnych w latach 2019–2021. Raport*, Warszawa: Rzecznik Praw Pacjenta, 2022.
- [29] *Sporzadzanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w roku 2023*, Warszawa: Rzecznik Praw Pacjenta, 2024.
- [30] Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 7 kwietnia 2016 r. – Regulamin wewnętrzny urzędowania powszechnych jednostek organizacyjnych prokuratury (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1115, z późn. zm.).
- [31] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 17).
- [32] *Fakty i liczby*, NIL, 15.07.2022 r., [online:] <https://nil.org.pl/aktualnosci/6127-fakty-i-liczby> [dostęp: 27.06.2024 r.].
- [33] Tymiński R., Serocka M., *Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzeczniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny*, „Ginekologia i Perinatologia Praktyczna”, 2018, 3(1): 32–39.



CIOP  **PIB** **75** LAT

Zapraszamy do Sieci Branżowych Konsultantów ds. BHP

Sieć skupia wysokiej klasy specjalistów posiadających unikalne doświadczenie i praktyczne umiejętności związane z zapewnieniem wysokich standardów bhp w różnych branżach. Głównym celem działalności Sieci jest dzielenie się wiedzą, rozwiązaniami i dobrymi praktykami, a także aktywna współpraca z CIOP-PIB na rzecz budowy kultury bezpieczeństwa.

Więcej informacji:

tel. 22 623 37 34, e-mail: marzena.malinska@ciop.pl



www.ciop.pl/Konsultanci-BHP