



Sygn. 2/ZPR/2024

Warszawa, dnia 15.01.2024 r.

### **Problematyka zdarzeń niepożądanych w medycynie** Opracowane przez Zarząd Porozumienia Rezydentów OZZL

Każdą dyskusję w zakresie zdarzeń niepożądanych należy rozpocząć od zrozumienia poniższego cytatu z Rekomendacji Rady Europy w zakresie bezpieczeństwa pacjenta z 2006 roku:

*“Trzeba zaakceptować, że ludzie będą popełniać błędy, a procesy i sprzęt czasami zawodzą. Należy zaakceptować, że w określonych okolicznościach i z różnych powodów ludzie mogą popełniać błędy.”*

Pochodzi on z dokumentu wyznaczającego działania, których wdrożenie pozwoliłoby poprawić bezpieczeństwo pacjentów. Do poprzedniego roku byliśmy jedynym krajem sygnującym, który nie podjął działań w kierunku wdrożenia rekomendacji.

#### **Wprowadzenie**

Błędy są bezpośrednio powiązane ze złożonością systemów w jakich funkcjonujemy i takim systemem jest ochrona zdrowia. Można założyć, że 1% czynności wykonywanych przez personel medyczny jest wykonywany błędnie. U jednego pacjenta na intensywnej terapii wykonuje się około 150-200 czynności każdej doby, co oznacza statystycznie 1.7 pomyłki każdego dnia<sup>[1,2]</sup>. Część z tych pomyłek nie będzie miała wpływu na zdrowie pacjenta (tzw. no-harm incident), a część będzie dostrzeżona i naprawiona nim dojdzie do uszczerbku na zdrowiu (tzw. near miss incident). Pozostałe pomyłki kończą się niestety uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta i to są właśnie zdarzenia niepożądane.

#### **Częstość i wpływ na pacjenta**

Szacuje się, że 10% hospitalizacji jest związana ze zdarzeniem niepożądany<sup>[4]</sup>. Szacuje się że zdarzenia niepożądane w 8% wiążą się ze zgonem pacjenta. Około 50% zdarzeń można uniknąć dzięki właściwej polityce bezpieczeństwa<sup>[4,5]</sup>. W Polsce mamy około 6.9 mln hospitalizacji rocznie<sup>[3]</sup>, czyli ponad 690 tys. zdarzeń niepożądanych każdego roku. Daje to 55 tys. zgonów, z czego dzięki polityce bezpieczeństwa można ocalić życie ok. 27 tys. ludzi.

#### **Kontakt**

E-mail: [pr@ozzl.org.pl](mailto:pr@ozzl.org.pl)



### **Koszt**

W Stanach Zjednoczonych w 2013 roku oszacowano, że koszt związany ze zdarzeniami niepożądanymi wyniósł 17.1 miliardów dolarów. Dwie najczęstsze kategorie – zakażenia okołoperacyjne i odleżyny - wiązały się z kosztem 6.5 miliardów dolarów<sup>[6]</sup>.

### **Wina i kara**

Szacuje się, że 80-90% [źródło] zdarzeń ma podłoże systemowe. Czyli nie jest winą pojedynczej osoby, a efektem kumulacji niedopatrzeń, wadliwych procedur i nieefektywności systemów zabezpieczających. Mimo to w Polsce w dalszym ciągu główną metodą dochodzenia roszczeń w wypadku błędów medycznych są postępowania sądowe. Jest to metoda skrajnie nieefektywna - procesy trwają 3-6 lat, ok 5% spraw kończy się aktami oskarżenia, a wyroków skazujących jest zaledwie kilka rocznie.

### **Personel**

Badania wskazują, że również personel medyczny cierpi na uczestnictwie w tych zdarzeniach. Może rozwinąć się tzw syndrom drugiej ofiary<sup>[7,8,10]</sup>, którego objawy to<sup>[9]</sup>:

- Nieprzyjemne wspomnienia (81%)
- Lęk (76%)
- Gniew (75%)
- Żal (72%)
- Dystres (70%)
- Strach przed błędami w przyszłości (56%)
- Wstyd (52%)
- Poczucie winy (51%)
- Trudności ze snem (35%)

Jak częste jest to zjawisko? W Niemczech przeprowadzono badanie wśród lekarzy do 35 r.ż. zatrudnionych w szpitalu, które wykazało, że syndromu doświadczyło 59%. Kobiety miały 2.5 razy wyższe ryzyko rozwinięcia syndromu<sup>[11]</sup>.

Syndrom ma istotne reperkusje dla zdrowia. Chirurdzy pozwani o błąd medyczny w przeciągu ostatnich dwóch lat mają 1.64 razy wyższe ryzyko próby samobójczej<sup>[12]</sup> (to na tle już wyższych współczynników ryzyka próby samobójczej u lekarzy – ok. 1.7 u mężczyzn i 3 u kobiet względem populacji ogólnej). Uczestnictwo w zdarzeniu niepożądanym jest związane z dwukrotnie wyższym ryzykiem wypalenia zawodowego i niemal dwukrotnie wyższym ryzykiem nadużywania substancji<sup>[13]</sup>.

### **Kontakt**

E-mail: [pr@ozzl.org.pl](mailto:pr@ozzl.org.pl)



# Porozumienie Rezydentów

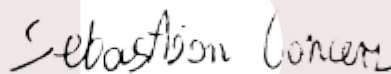
---

## OZZL

Jedynie 49% osób z syndromem otrzymało wsparcie i aż 15% nie otrzymało wsparcia mimo zabiegania o nie. Wsparcie głównie pochodzi od współpracowników (82%) i bliskich (60%), w mniejszym stopniu od przełożonych (42%) i jedynie w 4% od specjalistów zdrowia psychicznego (psycholog, psychiatra)<sup>[11]</sup>.

### **Konkluzja**

Zdarzenia niepożądane są poważnym i długo ignorowanym problemem w Polskiej ochronie zdrowia. Wiąże się z utratą zdrowia i życia zarówno pacjentów jak i personelu medycznego oraz z ogromnym obciążeniem finansowym budżetu. Problem ten można istotnie zmniejszyć poprzez wprowadzenie zbioru działań organizacyjnych, prawnych, finansowych, komunikacyjnych i edukacyjnych tworzących kulturę bezpieczeństwa. Szczególnie uwzględnić należy przygotowanie strategii bezpieczeństwa pacjenta, stworzenie systemu monitorowania i analizy zdarzeń niepożądanych, poprawę jakości kształcenia kadr medycznych oraz zadbanie o warunki pracy i bezpieczeństwo personelu.



**Sebastian Goncerz**

Przewodniczący  
Porozumienia Rezydentów  
Ogólnopolskiego Związku  
Zawodowego Lekarzy

### **Kontakt**

E-mail: [pr@ozzl.org.pl](mailto:pr@ozzl.org.pl)



### Źródła:

1. Moyen E, Camiré E, Stelfox HT. Clinical review: medication errors in critical care. *Crit Care*. 2008 Mar
2. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CL, Pizov R, Cotev S. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 1995 Feb
3. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku. Główny urząd statystyczny.
4. Christy L. Skelly; Manouchkathe Cassagnol; Sunil Munakomi. *Adverse Events*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
5. Rafter N, Hickey A, Condell S, Conroy R, O'Connor P, Vaughan D, Williams D. Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM*. 2015 Apr
6. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events - a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jul
7. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000 Mar
8. Susan D. Scott RN. *The Second Victim Phenomenon: A Harsh Reality of Health Care Professions*. MSN. 2011 May
9. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *J Patient Saf*. 2020 Jun.
10. Deborah Seys, Albert W Wu, Eva Van Gerven, Arthur Vleugels, Martin Euwema. *Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review*. Epub. 2012 Sep
11. Reinhard Strametz, Peter Koch, Anja Vogelgesang, Amie Burbridge, Hannah Rösner, Miriam Abloescher, Wolfgang Huf, Brigitte Ettl & Matthias Raspe. Prevalence of second victims, risk factors and support strategies among young German physicians in internal medicine (SeViD-I survey). *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2021 Mar
12. Balch CM, Oreskovich MR, Dyrbye LN, Colaiano JM, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Personal consequences of malpractice lawsuits on American surgeons. *J Am Coll Surg*. 2011 Nov
13. Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, Dierickx S, Euwema M, Sermeus W, De Witte H, Godderis L, Vanhaecht K. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. *Med Care*. 2016