

Błąd medyczny związany z wykonywaniem zawodu pielęgniarki

(Medical errors related to the nursing profession)

S Marczevska¹, Z Kopański^{1,2}

Streszczenie – Pielęgniarki w swojej codziennej pracy realizują bardzo wiele różnorodnych zadań. Jedne z nich wykonywane są automatycznie, inne wymagają podjęcia określonych decyzji. Ze względu na złożoność czynności, działań i decyzji wykonywanych przez pielęgniarki, istnieje realne ryzyko popełnienia błędu. W praktyce sądowo-lekarskiej, rzadziej niż czynności lekarzy, postępowanie pielęgniarek jest przedmiotem oceny sądowej w aspekcie zaistnienia błędu medycznego. Błąd związany z działalnością pielęgniarki w znaczeniu prawa jest najczęściej kategorią błędu wykonawczego. W Polsce stosunkowo rzadko podejmowane są analizy występowania błędów medycznych w ochronie zdrowia, co skłoniło autorów do podjęcia badań własnych. Celem opracowania jest zbudowanie świadomości istniejącego ryzyka popełnienia błędów medycznych, zbudowanie umiejętności wyciągania z błędów właściwych wniosków, skłonienie do doskonalenia własnych umiejętności i wykonywania czynności zgodnie z aktualnymi wytycznymi określonymi w standardach praktyki zawodowej i co najważniejsze zapewnienia bezpieczeństwa opieki świadczonej na rzecz drugiego człowieka.

Słowa kluczowe- błąd medyczny, pielęgniarka, aspekty prawno-etyczne.

Abstract – In their profession, nurses have to face a variety of tasks. Some of them can be performed automatically; others require specific decisions to be made. Because of the complexity of actions and decisions in charge of a nurse, the risk of errors is viable. In the judicial and medical practice, the actions of nurses rather than doctors are the object of more frequent inquiry as far as the occurrence of medical errors is concerned. Nursing-related errors, as defined in legislation, are most often cases of faulty performance. In Poland analyses of medical error occurrence in healthcare are relatively infrequent,

Afiliacja:

1. Collegium Masoviense Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu (korespondencja; e-mail: zkopanski@o2.pl).
2. Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

which is why the author were encouraged to undertake a study of their own. The purpose of this research is to popularise awareness of the risk of medical errors, support drawing proper conclusions from occurring errors as well as encouraging seeking professional perfection and abiding by current guidelines defined by medical practice standards. More importantly, it is also to contribute to security of a human being provided with medical care.

Key words - medical error, nurse, legal and ethical aspects.

I. WSTĘP

Świadczenia medyczne, na które składają się diagnostyka, terapia, profilaktyka to czynności nie tylko lekarzy, ale również personelu pielęgniarskiego.

Pielęgniarki w swojej codziennej pracy wykonują bardzo wiele różnorodnych zadań. Jedne z nich wykonywane są automatycznie, inne wymagają podjęcia określonych decyzji.[1] Ze względu na złożoność czynności, działań i decyzji wykonywanych przez pielęgniarki, istnieje realne ryzyko popełnienia błędu. W praktyce sądowo-lekarskiej, rzadziej niż czynności lekarzy, postępowanie pielęgniarek jest przedmiotem oceny sądowej w aspekcie zaistnienia błędu medycznego. Jednak zawsze należy posiadać świadomość istnienia zagrożenia, a to pomoże skutecznie go eliminować.

Lekarz popełni błąd, gdy:

1. Nie rozpozna,
2. Nieprawidłowo leczy,
3. Zaniedba lub zlekceważy objawy,
4. Podejmie się leczenia, mimo że nie posiada odpowiedniej biegłości,
5. Gdy nie zrobi dla chorego „wszystkiego, co mógł i powinien”

Błąd związany z działalnością pielęgniarki w znaczeniu prawa jest najczęściej kategorią błędu wykonawczego - czyli polega-

jącego na niepoprawnym wykonaniu zleceń diagnostycznych i terapeutycznych. Jest to wykonanie zabiegu w wyniku, którego powstanie szkoda nawet pod postacią przedłużonego pobytu pacjenta w szpitalu [1]. Nieprawidłowości te często wiążą się z niedoskonałością i zawodnością czynnika ludzkiego, na które rzutują określone nawyki, predyspozycje psychiczne takie jak zmęczenie, roztargnienie, lekkomyślność, niedbalstwo, a także rutyna. Niemalże znaczenie mają także warunki pracy, których wpływ na powstanie błędu lub zdarzenia niepożądanego zawiera się w dużym dziale tzw. błędów organizacyjnych.

II. SKARGI PACJENTÓW

Z jakimi roszczeniami przeciwko pracownikom medycznym, najczęściej występują pacjenci:

1. Nagła i niespodziewana śmierć po zabiegu operacyjnym, uważanym powszechnie za prosty lub w przebiegu schorzenia, uważanego za łatwe do wyleczenia,
2. Wystąpienie ciężkich powikłań, mieszczących się w granicach ryzyka leczniczego, z którymi chorzy lub jego rodzina nie liczyli się,
3. Udzielenie świadczeń zdrowotnych, na które według pacjenta nie wyraził on zgody,
4. Nie udzielenie pomocy choremu przez wezwanego lekarza, a zwłaszcza pozostawienie go w domu, gdy zdaniem rodziny wymagał on hospitalizacji,
5. Styl pracy personelu medycznego, sprawiający wrażenie lekceważenia i braku zainteresowania,
6. Nie przeprowadzenia lub przeprowadzenie zbyt pobieżne badań fizykalnych chorego, co budzi podejrzenie o niemożności postawienia w takiej sytuacji prawidłowego rozpoznania,
7. Nieprawidłowa ocena badań albo sprzeczność pomiędzy takimi samymi badaniami, dokonanymi przez różnych lekarzy,
8. Udzielenie informacji w ocenie pacjenta bulwersujących, przez niepowołane do tego osoby z personelu np. szpitala (salowe, pielęgniarki, sanitariusze) [1,2].

Najczęściej skarżą się chorzy, u których niepomyślnie zakończyło się leczenie. Zdecydowana większość skarg dotyczy leczenia chorób uważanych za banalne – mających niski odsetek powikłań, jak na przykład: grypa, choroby infekcyjne i nieżytowe u dzieci. Paradoksalnie rzadziej skarżą się chorzy w przypadku niepowodzeń terapii ciężkich urazów mózgowych, chorób nowotworowych, a więc takich, które w powszechnej świadomości cechują się wysoką śmiertelnością i od samego początku ich przebiegu zagrażają życiu [3, 4, 5].

Pacjent dokonuje oceny pracy szpitala, oddziału, personelu. Personel, zwłaszcza medyczny – lekarze, pielęgniarki, to osoby wnikliwie obserwowane, poddawane ocenie, niejednokrotnie krytycznej, łatwo mogą stać się osobami wysokiego uznania lub wręcz przeciwnie – mogą być oskarżani o nieudolność, nierzetelność lub popełnienie błędu.

Do obowiązków personelu medycznego zarówno lekarskiego jak i pielęgniarskiego należy sumienne, rzetelne, z należytą starannością wykonywanie obowiązków. Trudno jednak przewidzieć wszystkie oczekiwania pacjentów, ich zachowania i czynności, jakie podejmą w takich czy innych okolicznościach. Przykład: *W okresie wakacyjnym do jednego ze szpitali zakaźnych, na oddział pediatryczny przyjęta została dziewczynka w wieku niemowlęcym. U dziecka stwierdzono zmiany pęcherzowe na skórze o charakterze zapalnym, które powstały po kąpielach w morzu. Dziewczynka objęta została troskliwą opieką ze strony personelu, zwłaszcza pielęgniarskiego do obowiązków, którego należało wykonywanie szeregu zabiegów – kąpiele, smarowanie zmian skórnych, wykonywanie iniekcji, podłączenie kroplówek. Rodzice, którzy byli przy dziecku, podczas wypisu wyrazili swoją wdzięczność, dziękując za opiekę. Po tygodniu w gazecie o zasięgu ogólnopolskim zamieszczony został artykuł, napisany przez ojca – dziennikarza, ze zdjęciami wykonanymi podczas pobytu dziecka w oddziale, na temat dramatycznych warunków na oddziale, na którym leczone są dzieci. Artykuł krytyczny, stawiający w złym świetle szpital i personel oddziału.*[4]

III. WIEDZA PIELEŃNIAREK, A ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

Pielęgniarki w toku nauki i szkolenia zawodowego nabywają prawo do wykonywania czynności medycznych mniej lub bardziej skomplikowanych – samodzielnie lub na zlecenie lekarskie.

Widza pielęgniarek na temat posiadanych kwalifikacji, a co za tym idzie uprawnień do wykonywania określonych czynności stanowi podstawę podejmowanych przez pielęgniarkę decyzji o wykonaniu zadań. Umiejętności manualne, techniczne nie idą w parze z uprawnieniami. Jeśli pielęgniarka wykona czynność medyczną nie posiadając do tego kwalifikacji, wystąpi błąd – poniesie za to odpowiedzialność.

Okazuje się jednak, że znajomość przepisów, przez same pielęgniarki jest zenująco niska, tak w zakresie wykonywanego zawodu jak i zagadnień prawnych dotyczących odpowiedzialności karnej, cywilnej czy zawodowej. Z chwilą powstania błędu, pielęgniarki stają się zupełnie bezradne wobec oskarżeń kierowanych pod ich adresem z każdej strony. Nie wiedzą jak się bronić, gdzie szukać pomocy. Często, zanim sprawa zosta-

nie wyjaśniona zostają zwalniane dyscyplinarnie z pracy. Nie potrafią się bronić, nie posiadają środków finansowych na procedury odwoławcze, środowisko zawodowe nie zawsze podejmuje działania obronne. Wiedza pielęgniarek na temat zagadnień prawnych ogranicza się najczęściej do powierzchownej znajomości przepisów wynikających z regulaminów organizacyjnych i kodeksowych.

Pomimo to, problem odpowiedzialności zawodowej, który ma ścisły związek z popełnionym błędem czy zdarzeniem niepożądanym, często przez same pielęgniarki jest lekceważony. Jak inaczej wytłumaczyć poniżej przedstawione przykłady.

1. Powszechnie niewłaściwego prowadzenia dokumentacji medycznej, albo nawet jej braku w zakresie pielęgniarskim,
2. Nieczytelnego dokonywania wpisów przez lekarzy i nie egzekwowania czytelności przez pielęgniarki,
3. Wykonywanie czynności terapeutycznych w oparciu o luźne karteczki, zapiski pospiesznie dokonane w dyżurce, a przekazane przez lekarza przez telefon,
4. Wykonywanie zabiegów, do których pielęgniarka nie ma uprawnień nabytych w trakcie szkoleń specjalistycznych czy kursów – podłączanie krwi, wykonywanie szczepień ochronnych, wykonywanie defibrylacji itp.

W przypadku pomyślnego wyniku terapii nie ma to znaczenia i w zdecydowanej większości przypadków tak jest do chwili, gdy nie zdarzy się pomyłka, błąd lub powikłanie terapeutyczne.

Przykład: Pielęgniarka z długoletnim stażem pracy podała pacjentowi świebodzińskiego szpitala osocze przeznaczone dla innego pacjenta. U 82-letniego chorego doszło do wstrząsu i zatrzymania akcji serca. Dyrektor szpitala uznając zdarzenie za przestępstwo złożył doniesienie do prokuratury. W toku zbieranych i zabezpieczonych przez prokuraturę dokumentów, uznano iż doszło do złamania procedury szpitalnej, w której jest określone, że pielęgniarka, która nie posiada przeszkolenia specjalistycznego podłączyć może krew lub jej preparaty tylko w obecności lekarza oraz błędu polegającego na podłączeniu osocza innemu choremu – pomylenie pacjenta. Pielęgniarka została natychmiast zwolniona dyscyplinarnie z pracy. Sprawę błędu bada prokuratur [5]

Podstawą wykonania przez pielęgniarkę czynności medycznej jest zlecenie lekarskie odpowiednio udokumentowane. Zdarza się jednak, iż wykonanie czynności nie jest możliwe, ponieważ pielęgniarka nie posiada odpowiednich kwalifikacji, a co za tym idzie uprawnień do ich wykonania. W takim przypadku pielęgniarka ma prawo odmówić wykonania zlecenia i obowiązek poinformowania o tym lekarza i swojego przełożo-

nego, co dokumentuje. Jeśli mimo tego zlecenie zostaje utrzymane w mocy, zlecenie wykona. Za błąd lub nieprawidłowość w takim przypadku odpowiedzialność poniesie lekarz i pielęgniarka.

Przykład: W dużym szpitalu do rutynowych czynności pielęgniarskich włączono wykonywanie iniekcji dotętnicznych, które wchodziły w zakres zabiegów wykonywanych przez lekarza. Taką praktykę uzasadniano nadmiernym obciążeniem lekarzy oraz odpowiednim przeszkoleniem (wewnątrzszpitalnym) pielęgniarek, którym wydano certyfikaty. W jednym przypadku pielęgniarka poprawnie podała lek, ale nie wiedziała, że ropne zmiany na skórze pacjentki w miejscu wstrzyknięcia mogą zagrażać zakażeniem okolicznych tkanek. Zauważywszy je powinna wezwać lekarza, który najpewniej wstrzymałby wykonanie zabiegu w tej okolicy. U chorej doszło do rozległej ropowicy i bezpośredniego zagrożenia życia. Trwałym następstwem było poważne zniekształcenie oraz zanik mięśni uda. Zeznający przez sądem lekarze twierdzili, że sprawa ich nie dotyczy, a za wszystko winę ponosi pielęgniarka. W wydanej opinii zwrócono uwagę na fakt, iż brak było ze strony lekarzy właściwego nadzoru i dlatego też duża odpowiedzialność została przypisana lekarzom, aczkolwiek zasadniczą winą została obciążona pielęgniarka[5]

IV. PRZYGOTOWANIE ZAWODOWE PIELĘGNIARKI – UMIEJĘTNOŚCI, KWALIFIKACJE

Fachowość opieki pielęgniarskiej oceniana jest dwójako: czy poprawnie zostały wykonane wszystkie procedury oraz czy całodobowa opieka pielęgniarska była zgodna z obowiązującymi przepisami [6,7].

W pracy zawodowej pielęgniarki, podstawą bezpieczeństwa wykonywanych działań prócz staranności, dokładności i sumienności, ważna jest znajomość zagadnień dotyczących wykonywania zawodu – zakres obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień. Istotne znaczenie mają też cechy psycho-fizyczne oraz społeczne pielęgniarki. Pielęgniarka będąca samotną matką kilkorga dzieci nie odmówi wykonania żadnego zlecenia, jeśli w świadomości będzie miała groźbę utraty pracy.

Odmowa wykonania źle wpisanego, nieczytelnego lub niejasnego zlecenia, nie należy do łatwych. Pielęgniarka zajmująca takie stanowisko musi być przekonana o poprawności swoich decyzji, umiejętnie ich bronić nie tworząc sytuacji konfliktowych. Ponadto musi mieć pewność wsparcia po stronie swoich przełożonych.

Pielęgniarki w codziennej pracy zawodowej stykają się z różnymi wątpliwościami, bardzo istotnymi z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta[1,8,9]:

1. Czy powinna wykonać zlecenie, wpisane prawidłowo

- w dokumentację lekarską ale w jej ocenie przekraczające zakres jej kwalifikacji i umiejętności np. obsługa dializatora, obsługa aparatury wysokospecjalistycznej – sztuczna nerka, sztuczna wątroba itp.?
2. Czy powinna poddawać sprzęt resterylizacji, bo taka jest zasada przyjęta w oddziale?
 3. Czy powinna wykonać pacjentowi szczepienie przeciwko wściekliźnie, jeśli nie posiada przeszkolenia specjalistycznego?
 4. Czy powinna wykonać zlecony zabieg u chorego na innym oddziale niż jest zatrudniona, ponieważ posiada odpowiednie kwalifikacje do jego wykonania, a pielęgniarka pracująca na tym oddziale ich nie posiada, np. podłączenie krwi?
 5. Czy powinna pobrać krew od pacjenta przywieziona do izby przyjęć na poziom alkoholu, na polecenie policji?
 6. Czy ma obowiązek wykonywania zleceń lekarskich tylko w stosunku do pacjentów leżących w oddziale, którzy posiadają tzw. historię choroby, czy również u chorych, którzy zgłaszają się na oddział, ponieważ są umówieni na konsultację z lekarzem?

Przykładowe kategorie błędów popełnionych przez pielęgniarki, zebrane w losowo dokonanym przeglądzie dokumentacji medycznej – w ramach badań własnych.

1. *Chorego przyjęto do szpitala celem wykonania transfuzji krwi (hospitalizacja jednodniowa) Zabieg wykonała pielęgniarka, która nie posiadała uprawnień do dokonywania transfuzji krwi. Zabieg nie był wpisany w kartę zleceń lekarskich.*
2. *Niespokojnemu pacjentowi zlecono podanie Relanium. W karcie zleceń lekarskich brak jest określenia dawki leku, postaci, częstotliwości podania oraz drogi podania. Pielęgniarka podała lek dwukrotnie w ciągu doby.*
3. *Przed zabiegiem operacyjnym pielęgniarka wykonała pacjentowi premedykację. Wykonanie zabiegu nie było poprzedzone zleceniem lekarskim, wpisanym w kartę zleceń.*

Podział błędów medycznych - Szkoła krakowska [3,4,10]

1. Błąd decyzyjny (dawniej diagnostyczny i terapeutyczny),
2. Błąd wykonawczy,
3. Błąd organizacyjny,
4. Błąd opiniodawczy.

Podział błędów medycznych - Szkoła wrocławska [3,4]

1. Błąd merytoryczny – spowodowany brakiem przestrzegania wymogów aktualnej wiedzy medycznej,
2. Błąd formalny – spowodowany brakiem wymogów przestrzegania prawa medycznego,
3. Błąd organizacyjny,
4. Błąd techniczny – nieprawidłowe wykorzystanie aparatury lub zastosowanie niewłaściwych technik zabiegowych.

Przyczyny powstawania błędów związanych z wykonywanymi przez pielęgniarkę czynnościami zawodowymi można dzielić na:

1. Personalne – leżące po stronie pielęgniarki,
2. Organizacyjne – leżące po stronie zakładu pracy.

V. PRZYCZYNY PERSONALNE – LEŻĄCE PO STRONIE PIELĘGNIARKI

Powszechnym błędem pielęgniarki jest wykonywanie zabiegów terapeutycznych bez udokumentowanego zlecenia lekarskiego. Obowiązek ten wynika z Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r – w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2006 r. Nr 9, poz. 45), gdzie określone zostały zasady zlecenia leków i wykonywania zabiegów.[11, 12]

Jeśli zlecenie lekarskie nie zawiera określonych w Rozporządzeniu MZ wpisów, takich jak;

1. Nazwa leku,
2. Dawka,
3. Postać leku,
4. Częstotliwość podania,
5. Droga podania,
6. Autoryzację lekarza potwierdzającego zlecenie na daną dobę,

pielęgniarka ma prawo przy w/w brakach egzekwowania poprawności wpisów. Wyjątek stanowią sytuacje nagłe, interwencje oraz czynności ratujące życie – określone odrębnymi przepisami.

Indywidualna karta zleceń lekarskich, dotycząca konkretnego pacjenta, jest integralną częścią dokumentacji medycznej, jest również jedynym dokumentem w myśl obowiązujących przepisów w oparciu, o który pielęgniarka wykonuje zabiegi i czynności medyczne.

Znaną praktyką w szpitalach jest przepisywanie zleceń lekarskich do różnego rodzaju pomocników – zeszytów, notesów, na karteczki. Wpisy te stanowią podstawę wykonywania róż-

norodnych czynności – od pobierania krwi na badania diagnostyczne, zlecenie konsultacji, przetaczanie krwi, wykonywanie iniekcji dożylnych, domięśniowych, do wykonywania toalet włącznie. Przepisywanie zleceń to procedura, w którą zaangażowanych jest kilka osób. W zakresie bezpieczeństwa opieki, to prosta droga do pomyłek.

Pielęgniarka zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, uprawniona jest do wykonywania niektórych czynności samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Część z nich jest objęta klauzulą posiadania przez pielęgniarkę szkolenia lub przeszkolenia specjalistycznego.

Przeszkolenie specjalistyczne, to szkolenie organizowane, przeprowadzane przez ośrodki do tego uprawnione. W części szpitali obserwuje się zjawisko omijania tego obowiązku, traktując przeszkolenie tzw. stanowiskowe lub organizowane na terenie szpitala, jako równoznaczne. Pielęgniarka po tego typu przeszkoleniach wykonuje czynności nie posiadając wymaganych przepisami uprawnień.

Jeśli pielęgniarka wykona u pacjenta badanie EKG bez szkolenia specjalistycznego, a będzie ono wynikała ze zlecenia lekarskiego – nie popełni błędu. Jeśli zaś wykona EKG bez szkolenia i udokumentowanego zlecenia lekarskiego – popełni wykroczenie formalne. W przypadku błędu lub zdarzenia niepożądanego poniesie za to odpowiedzialność.

Oczywiście, że ryzyko wystąpienia błędu czy zdarzenia niepożądanego przy tego typu badaniach jest niewielkie jednak istotna jest zasada, która musi być przestrzegana w stosunku do wszystkich zabiegów.

Największym ryzykiem powstawania błędów w praktyce pielęgniarskiej, związanych z osobą pielęgniarki, jest terapia lekiem. Z badań przeprowadzonych na ten temat przez amerykańską agencję zajmującą się, jakością wynika, że 30% wszystkich podań leków obciążonych jest błędem medycznym w wyniku, którego powstaje szkoda pacjenta. Leki w szpitalach podają pielęgniarki. To od nich w sposób bezpośredni zależy bezpieczeństwo pacjenta związane z tą procedurą.

W Polsce brak jest danych na ten temat, tak jak brak jest danych na temat błędów medycznych czy zdarzeń niepożądanych. Szpital nie publikują statystyki na ten temat.

Do najczęstszych błędów dotyczących terapii lekiem należą:

1. Niewłaściwe odczytanie zlecenia,
2. Przeoczenie zlecenia,
3. Złe wyliczenie dawki leku,
4. Niewłaściwa droga podania leku,
5. Podanie leku przeterminowanego,
6. Zbyt szybkie podanie leku,
7. Podanie innego leku – najczęściej ze strzykawki leżącej obok,
8. Zastosowanie innego zamiennika,

9. Nieprzestrzeganie zasad aseptyki,

10. Pomylenie godzin podania leku,

11. Zła technika podania leku,

Najczęstsza, bo wykorzystywana w 80% przypadków droga podawania leków, to droga dożylna. Z punktu widzenia bezpieczeństwa terapii jest ona najbardziej niebezpieczna ze względu na ryzyko infekcję, szybkość działania podanego leku oraz reakcję ze strony układu sercowo – naczyniowego lub immunologicznego.[13]

VI. PRZYCZYNY ORGANIZACYJNE – LEŻĄCE PO STRONIE SZPITALA

Z badań przeprowadzonych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie, wynika, że spośród zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych zaledwie w kilku procentach przypadków, winna popełnienia błędu jest konkretna osoba.

Z błędem organizacyjnym mamy do czynienia wówczas, gdy poważny uszczerbek na zdrowiu pacjenta lub śmierć powstały na skutek niewłaściwego postępowania, w związku ze złą organizacją pracy. Za błąd organizacyjny uznamy niepoprawne decyzje kierowników zespołu np. ordynatorów, oddziałowych, kierowników zespołów operacyjnych, szefów pracowni diagnostycznych czy laboratoriów, dyrektorów, pielęgniarek naczelnych, a także kierowników wojewódzkich wydziałów zdrowia czy kierowników resortów. Wadliwe decyzje, które skutkują powstaniem błędów organizacyjnych, mogą dotyczyć m.in. wyposażenia oddziałów w sprzęt i aparaturę medyczną, dobór kadry itp.

Z punktu widzenia czynności zawodowych wykonywanych przez pielęgniarki, jeśli np. w szpitalu przyjęty został i jest akceptowany, system „karteczkowego” wykonywania zleceń, to można go uznać, jako błąd organizacyjny, który może spowodować powstawanie błędów medycznych.

Pracy pielęgniarki towarzyszy wiele okoliczności, na które nie do końca mają one wpływ, mając jednocześnie świadomość istniejących nieprawidłowości. Pielęgniarki są często przeciążone pracą nieadekwatną do zadań zatrudnienie. Pośpiech, przyjmowanie zleceń z opóźnieniem, od kilku lekarzy jednocześnie to tylko pojedyncze przykłady złej organizacji pracy, które wpływają na bezpieczeństwo opieki nad pacjentem.

Przykład: *Na oddziale internistycznym, 40-lóżkowym, na zmianie rannej pracowały dwie pielęgniarki tzw. odcinkowe. Jednej z nich lekarz, ze słowami „szybko, proszę sprowadzić pacjentki do pracowni”, wydał zlecenie podania Lignocainy doustnie w celu znieczulenia gardła przez badaniem endosko-*

powym. Lek ten, przygotowywany przez aptekę szpitalną, przechowywany był na oddziale w butelkach z ciemnego szkła, w szafce obok takich samych butelek z roztworem formaliny, którą to pielęgniarka podała pacjentkom. Pośpiech, zły sposób przechowywania substancji spowodowało, że doszło do pomyłki w efekcie, której trzy pacjentki trafiły na oddział toksykologii. Pielęgniarka natychmiast została zwolniona dyscyplinarnie. Sąd orzekający winę, obciążył pielęgniarkę wskazując, że należało sprawdzić podawany lek. Pielęgniarka nie zachowała należytej staranności, popełniła błąd [4].

W analizowanym przypadku, wina leży również po stronie oddziału, w którym niewłaściwe przechowywanie leków, pośpiech, mała liczba zatrudnionych pielęgniarek, przyczyniły się, najprawdopodobniej w sposób bezpośredni do powstania błędu.

Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską w zdecydowanej większości szpitali jest nieadekwatne do potrzeb. Brak wypracowanych standardów opieki, norm zatrudnienia dotyczących obsad pielęgniarskich na poszczególnych dyżurach i stanowiskach pracy, to kolejne przykłady błędów organizacyjnych sprzyjających powstawaniu błędów medycznych.

Odpowiednie zatrudnienie personelu pielęgniarskiego jest niezwykle ważne dla prawidłowego i bezpiecznego zorganizowania pracy w szpitalu.

W ostatnim czasie, w grupie zawodowej pielęgniarek, pojawiło się negatywne zjawisko, polegające na wieloletowości. Jeśli nie dotyczy ono tego samego miejsca pracy, prawo na to zezwala. Z punktu widzenia bezpieczeństwa opieki jest to jednak sytuacja bardzo niekorzystna.

Polega ona na podejmowaniu zatrudnienia przez pielęgniarki na kilku stanowiskach pracy,

w różnych zakładach pracy. Niepokojący jest fakt akceptacji takiego systemu pracy przez organizacje samorządowe, związkowe i same pielęgniarki. Jakie mogą być skutki takiego stanu rzeczy?

Zagrożenie bezpieczeństwa pacjenta:

1. Pielęgniarki pracują przeciążone - dwa etaty to średnio około 340 godzin miesięcznie,
2. Występuje pośpiech, spowodowany koniecznością dotarcia z jednego miejsca pracy na drugie - w regulaminowym czasie,
3. Następuje łączenie dyżurów, np. nocnego z dziennym i odwrotnie w efekcie, czego pielęgniarki pracują po 24 godziny na dobę,
4. Występuje obciążenie psychiczne, spowodowane świadomością zaniedbywania rodziny,
5. Łączenie zadań wynikających ze specyfiki pracy – jeden oddział geriatryczny, drugi pediatryczny.

Negatywne strony, z punktu widzenia zawodowego:

1. Dublowanie stanowisk pracy – blokada etatowa dla pielęgniarek poszukujących zatrudnienia,
2. Wykazywane zatrudnienie pielęgniarek na poziomie regionu i kraju nieadekwatne do istniejącej sytuacji,
3. Zmniejszył się zakres oczekiwań finansowych pielęgniarek w zakresie wynagrodzenia w określonym miejscu pracy.

Kolejnymi przykładem błędów organizacyjnych, w zakresie czynności zawodowych wykonywanych przez pielęgniarkę, które skutkować mogą błędami medycznymi, to:

1. Niesystematyczne rozkładanie dyżurów,
2. Niewłaściwe dobieranie osób do pracy w zespołach dyżurowych,
3. Niewłaściwy przepływ informacji w zespołach terapeutycznych,
4. Nieczytelne prowadzenie dokumentacji medycznej,
5. Zbyt rozbudowana dokumentacja medyczna,
6. Brak lekarza na dyżurze,
7. Nadmierna biurokracja,
8. Wykonywanie przez pielęgniarki czynności niewynikających z zakresu ich kompetencji – sekretarskich, salowej, administracyjnych,
9. Wydawanie zleceń przez telefon,
10. Niewłaściwe wyposażenie stanowisk pracy,
11. Złe oznakowania leków – podobne opakowania.

Brak programów adaptacji zawodowej, praktykowanej rotacji między oddziałami w związku z brakami kadrowymi, to kolejny przykład sytuacji sprzyjających powstawaniu błędów.

Przykład: *W czerwcu 2009 roku Hiszpanią wstrząsnęła śmierć dwudziestoletniej Arabki Dalilah i jej synka Ryana. Dalilah była pierwszą śmiertelną ofiarą wirusa H1N1 w Hiszpanii. Wokół jej śmierci nagromadziło się wiele wątpliwości. Kobieta, która była w siódmym miesiącu ciąży, począwszy od pierwszych objawów infekcji była pod opieką lekarza. Dostawała recepty na leki łagodzące objawy grypy i gdy trafiła wreszcie do szpitala, było już za późno. Kiedy lekarze uznali, że nie ma szans na przeżycie, podjęli decyzję o ratowaniu dziecka. Dziecko urodzone przez cięcie cesarskie pozostawało w inkubatorze, na oddziale intensywnej opieki, stan jego określano, jako stabilny i nie stwierdzono obecności wirusa. Dalilah zmarła następnego dnia, a po dwóch tygodniach zmarł również Ryan. Bezpośrednią przyczyną zgonu było podanie preparatu odżywczego dożylnie zamiast przez sondę nosowo-żołądkową.*

Pielęgniarka, która popełniła błąd była pierwszy dzień w pracy, bez odpowiedniego wsparcia i sama podjęła się wykonania zleceń.

VII. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZAWODOWA PIELĘGNIAREK

Odpowiedzialność za popełnione błędy, może być rozpatrywana w trybie prawa powszechnego (dotyczy wszystkich obywateli), jakim jest postępowanie cywilne oraz karne. Dodatkowym trybem odpowiedzialności jest odpowiedzialność zawodowa, która nie należy do prawa powszechnego [11,12]. Ponadto, pielęgniarki zatrudnione w zakładach pracy, mogą ponieść odpowiedzialność w trybie postępowania dyscyplinarnego prowadzonego przez pracodawcę.

Każdy z wymienionych trybów jest niezależny, rządzi się własnymi przepisami i może być prowadzony równolegle.

Odpowiedzialność zawodowa, w odróżnieniu od odpowiedzialności karnej czy cywilnej nie dotyczy wszystkich, jedynie określonych grup zawodowych. To odpowiedzialność za postępowanie/czyny związane z wykonywanym zawodem. Jest to szczególnie rodzaj odpowiedzialności związany również z przynależnością do określonej, samodzielnej i ważnej dla społeczności grupy zawodowej.

Odpowiedzialność zawodowa pracowników medycznych jest związana z postępowaniem sprzecznym z zasadami etyki (lekarskiej, pielęgniarskiej) lub z naruszeniem przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza, pielęgniarki, położnej. Orzeka o niej środowisko pracowników medycznych poprzez autonomiczne sądy.

Aktualne regulacje dotyczące odpowiedzialności zawodowej zawarte są w Ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (Dz. U. Z 2011 r. nr 174, poz.1038).

Uogólniając, ponoszenie odpowiedzialności zawodowej to konsekwencja naruszenia norm;

1. Etycznych lub/i
2. Prawnych związanych z wykonywanym zawodem.

Normy etyki zawodowej zawarte są w kodeksach etyki, który dla pielęgniarki został przyjęty w latach 90 przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Kodeks zawiera zasady zgodnie, z którymi pielęgniarka powinna postępować, a za naruszenie, których ponieść będzie konsekwencje. Czyn będący postępowaniem w sprawie odpowiedzialności zawodowej niezależnie od tego, że stanowić będzie przewinienie zawodowe, może jednocześnie wypełniać znamiona przestępstwa. Takim zachowaniem będzie np. udzielenie pomocy pacjentowi cierpiącemu na nieuleczalną chorobę nowotworową w działaniach doprowadzających do jego śmierci. Innym przykładem zachowania będącego przewinieniem zawodowym, a zarazem stanowiącym występki określony w art. 160 § 1 k.k. jest narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, na przykład w przypad-

ku podania pacjentowi krwi obcogupowej w efekcie czego doszło do wstrząsu i śmierci chorego.[14,15]

Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej obejmuje:

1. Czynności sprawdzające,
2. Postępowanie wyjaśniające,
3. Postępowanie przed sądem pielęgniarek i położnych,
4. Postępowanie wykonawcze.

W praktyce ustalenie błędu, zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie w konkretnej sytuacji, z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili podejmowania czynności leczniczo – diagnostycznych, było zgodne z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej, powszechnie przyjętymi zasadami etyki zawodowej oraz powszechnie przyjętymi zasadami praktyki medycznej?

Świadomość istniejącego ryzyka, uczenie się na błędach, wyciąganie z błędów właściwych wniosków, doskonalenie własnych umiejętności, wykonywanie czynności zgodnie z aktualnymi wytycznymi określonymi w standardach praktyki zawodowej, kształtowanie wartości, pomagają pielęgniarkom rozwijać osobiste zdolności i biegłość w rozwiązywaniu problemów, a co najważniejsze zapewniają bezpieczeństwo opieki świadczonej na rzecz drugiego człowieka.

W praktyce zawodowej pielęgniarka musi czasami podejmować trudne decyzje, konfrontować swoje umiejętności ze skomplikowanymi problemami, czasami świadomie łamać prawo, kierując się właściwie pojętym dobrem pacjenta. Uwikłana między teorią, a praktyką, między ideałami, wartościami, a rzeczywistym stanem świadczonej opieki – pielęgniarka zmuszona zostaje do podejmowania decyzji - czy i jakie działania powinny być w danej chwili podjęte w celu rozwiązania pojawiających się problemów? Wymaga to od niej wiedzy, moralnej odpowiedzialności, uczciwości oraz zobowiązania do osiągnięcia określonego celu, bezpiecznej opieki i wykonania czynności w sposób bezbłędny. [8,11,12,10]

VIII. WYKAZ NAJWAŻNIEJSZYCH AKTÓW PRAWNYCH

- Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039)
- Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (Dz. U. Z 2011 r. nr 174, poz.1038).
- Uchwała nr 9 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie uchwalenia „Kodeks etyki zawodowej dla pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r. nr 52, poz.417)
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2006 r. Nr 9, poz. 45)
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2007 r. nr 210, poz.1540)
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1993 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 1993 r. nr 9, poz.45)
 - Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych (Dz. U. z 1992 r. nr 52, poz.248)
- Sehny, Wykład. Błąd medyczny, a zdarzenia niepożądane. Kraków 22 marca 2011 r.
- [11] Bączyk-Rozwadowska K. Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu. Toruń; Wydawnictwo Dom Organizatora, 2007.
 - [12] Bączyk-Rozwadowska K. Odpowiedzialność cywilna za błąd w sztuce lekarskiej. Toruń; UMK, 2010.
 - [13] Kutryba B, Wąsikowska H. Bezpieczny pacjent, bezpieczny szpital. Menadżer służby zdrowia. 2003;3:2.
 - [14] Kowalik L. Poradnik według Antoniego Kępińskiego: Jak leczyć i poznawać człowieka. Kraków; Wydawnictwo Literackie, 2005.
 - [15] Fry ST., Johnstone MJ. Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Warszawa-Lublin; Makmed, 2009.

IX. PIŚMIENNICTWO

- [1] Marek Z. Błąd medyczny, odpowiedzialność etyczno-deontologiczna i prawna lekarza. Kraków; Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, 2007.
- [2] Zoll Z. Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenia w leczeniu. Warszawa; Wydawnictwo Prawnicze, 1998.
- [3] Materiały z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „*Błąd Medyczny*”, Warszawa 5-6 marca 2008 r.
- [4] Materiały z XII Konferencji. *Jakość w Opiece Zdrowotnej*. Kraków 12-13 maj 2008 r.
- [5] Materiały z XI Konferencji. *Jakość w Opiece Zdrowotnej*. Kraków 17-18 maj 2007.
- [6] Paszkowska M. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek w świetle ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. zdrowie.abc.com.pl
- [7] Krajewski R. Jak uzyskać zadośćuczynienie za błąd lekarski, forumprawne.org/prawo-cywilne/147281, Warszawa 2012 r.
- [8] Parkitna-Cegła Z. Błąd medyczny czy nieszczęśliwy wypadek w pracy pielęgniarki. Wrocław; Zakład Medycyny Sądowej AM, 1997.
- [9] Smela R.: Błąd w sztuce pielęgniarskiej. *Mag Pielęg Położ*. 2010; Nr 3: 3-11.
- [10] Skupień E. Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. Jana