

Programy otwartego ujawniania niepożądanych zdarzeń medycznych pacjentom i ich bliskim — przegląd rozwiązań w wybranych krajach

Agnieszka Gibalska-Dembek¹  <https://orcid.org/0009-0002-4304-978X>

Dorota Sys²  <https://orcid.org/0000-0002-6829-5947>

¹ Centum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o., ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa

² Zakład Statystyki Medycznej, Szkoła Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Adres do korespondencji: Agnieszka Gibalska-Dembek, Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o., ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa; agdembek@gmail.com

Abstract

The programs for open disclosure of adverse medical events to patients

The aim of this study is to present and compare programs for open disclosure of adverse medical events to patients by medical personnel. Australia, Canada, and the United States, based on apology laws, procedures, medical staff handbooks, training, and fair culture, have implemented solutions that focus on the needs of the patient after the adverse event. It has been proven that a proper patient communication process can reduce the number of claims brought against staff or medical institutions. However, there are barriers to communicating adverse events to patients. These are ingrained in the “deny and defend” strategy, which does not promote a culture of learning from mistakes. The paper also discusses the second victim syndrome, which is the second victim of an adverse event such as medical personnel experiencing emotional damage after an incident.

Key words: barriers to disclosure of medical adverse events, disclosure program, fair culture, just culture, medical adverse event, patient emotions, second victim, sorry works

Słowa kluczowe: bariery w ujawnianiu zdarzeń medycznych, emocje pacjenta, program ujawniania, zdarzenia niepożądane

Wstęp

Szacuje się, że w krajach o wysokich dochodach 1 na 10 pacjentów doznaje uszczerbku na zdrowiu podczas hospitalizacji, a w krajach o niskich i średnich dochodach notuje się 134 milionów zdarzeń niepożądanych, co oznacza 2,6 miliona zgonów rocznie [1]. Rzecznik Praw Pacjenta wskazuje, że w Polsce również ok. 10 proc. hospitalizowanych pacjentów doświadcza zdarzenia niepożądanego [2]. Badania dowodzą, że negatywne skutki zdarzenia dotyczą zarówno pacjenta, jako głównego poszkodowanego, personelu ochrony zdrowia, który może odczuwać poczucie winy czy strach przed konsekwencjami po zdarzeniu, jak i placówki ochrony zdrowia, na które w przypadku wniesienia sprawy sądowej przez pacjenta

spada obowiązek wypłacenia ewentualnego odszkodowania. Wyzwaniem staje się zatem zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych. Pierwszym krokiem do tego jest wprowadzenie w organizacjach ochrony zdrowia kultury przyjaznej zgłaszaniu tych zdarzeń.

Kultura zgłaszania zdarzeń niepożądanych nie rodzi się naturalnie, ze względu na charakter tych zdarzeń, dlatego w wielu środowiskach powstają regulacje związane z tą kwestią. W Unii Europejskiej obowiązek prawny zgłaszania zdarzeń mają placówki ochrony zdrowia w Danii, Norwegii i Szwecji. Dobrowolny system zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez pacjentów obowiązuje m.in. w Danii, Francji czy Szwecji [3]. Przykładem kraju pozaeuropejskiego, w którym istnieje obowiązek prawny zgłaszania niepożądanych zdarzeń medycznych, jest Australia; obowiązek ten

wprowadzono wraz z programem ich otwartego ujawniania pacjentom. W Stanach Zjednoczonych i Kanadzie obowiązują ustawy o przeprosinach, nakładające na pracowników ochrony zdrowia obowiązek przeprowadzenia rozmowy z pacjentem po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego. W Europie programy otwartego ujawniania wprowadziły m.in. Dania i Irlandia. Zgodnie z obowiązującym prawem w Polsce nie ma obowiązku rejestrowania czy zgłaszania niepożądanych zdarzeń medycznych. Nie istnieją także żadne uregulowania w zakresie obowiązku komunikowania ich pacjentom.

Programy otwartego ujawniania, o których mowa powyżej, opierają się na stworzeniu środowiska pracy przyjaznego zgłaszaniu i rejestrowaniu niepożądanych zdarzeń medycznych, ich ujawnianiu pacjentom lub/i ich bliskim, oraz zaopiekowaniu się tzw. *second victims*, czyli personelem zaangażowanym w zdarzenie. Spisane procedury, programy czy poradniki dla różnych szczebli personelu placówki medycznej to tylko część elementów, na które składają się te rozwiązania. Programy te często powiązane są z kulturą sprawiedliwego traktowania, której celem jest przekonanie pracowników do zgłaszania zdarzeń związanych z bezpieczeństwem, poprzez zbudowanie kultury bezpieczeństwa psychicznego, wzajemnego zaufania, uczenia się i odpowiedzialności [4].

Celem niniejszej pracy jest analiza procesów ujawniania zdarzeń niepożądanych wprowadzonych w Australii [5], Kanadzie [6] i Stanach Zjednoczonych opierających się na programach i ustawach o przeprosinach [7, 8]. W krajach tych, zwłaszcza w Australii, uregulowania te są wdrożone kompleksowo i są rekomendowane przez nadzór ochrony zdrowia. Analizie poddane zostaną główne założenia programów, zasady ujawniania zdarzeń pacjentom oraz najczęstsze obawy, jakie towarzyszą personelowi w tym procesie. Celem jest również próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego i jak placówka ochrony zdrowia powinna zaopiekować się personelem zaangażowanym w zdarzenie oraz czym jest *just culture* [9], czyli kultura ułatwiająca wprowadzanie programów ujawniających.

■ Perspektywa pacjenta

Złość i gniew to najczęściej wymieniane przez pacjentów emocje występujące po niepożądanym zdarzeniu medycznym [8, 10, 11]. Pacjenci i ich bliscy stają się nieufni i podejrzliwi wobec personelu medycznego. Odczuwają także strach przed konsekwencjami medycznymi zdarzenia w przyszłości [6]. Wiele badań wskazuje na chęć zemsty na personelu medycznym jako przyczynę wstępowania przez pacjenta na drogę sądową [12]. Badania wskazują także, że pacjenci chcą wiedzieć i zrozumieć, co się wydarzyło podczas procesu leczenia i co było przyczyną zdarzenia medycznego. Oczekują przeprosin i przedstawienia planu dalszej opieki medycznej [13]. Potrzebują także wiedzieć, jakie wysiłki zostaną poczynione na rzecz poprawy bezpieczeństwa w przyszłości, aby inni pacjenci nie musieli przeżywać tego samego cierpienia, co oni [13, 14]. Pacjenci oczekują, że przeprosiny będą uczciwe, szczerze i współczujące, z poszanowaniem ich autonomii. Chcą mieć także

możliwość swobodnej wypowiedzi i bycia wysłuchanymi przez personel medyczny [14].

Badanie naukowe przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych za pomocą wywiadów z 27 pacjentami, którzy doświadczyli zdarzenia niepożądanego, i 3 członkami rodzin pacjentów potwierdziło, że pacjenci i ich rodziny wyrażali silną potrzebę bycia wysłuchanymi i oczekiwali informacji, co szpital lub personel medyczny zrobił, aby zapobiegać takim zdarzeniom w przyszłości. Oczekiwali także, że lekarz prowadzący porozmawia z nimi i wyjaśni przyczyny zdarzenia. Co interesujące, 18 pacjentów kontynuowało opiekę w szpitalu, w którym doszło do zdarzenia, i tyle samo pacjentów dobrze oceniło przeprowadzony przez placówkę proces ujawniania zdarzenia. Na ocenę tę miała wpływ, według pacjentów, empatyczna komunikacja i proponowanie negocjacji w sprawie odszkodowania za zdarzenie [15].

■ Główne założenia programów ujawniania zdarzeń i ustaw o przeprosinach

Główne założenia programów ujawniania są następujące:

1. Ujawnienie zdarzenia niepożądanego pacjentowi lub/i jego rodzinie według określonego schematu.
2. Wyjaśnienie przyczyn zdarzenia.
3. Zaproponowanie zadośćuczynienia za doznaną szkodę [16].

Należy zauważyć, że wdrożenie tych programów poprzedzają szkolenia z zakresu umiejętności komunikacyjnych, przygotowanie do prowadzenia trudnych rozmów i aktywnego słuchania [11].

Program Australii

W Australii system ujawniania pacjentom zdarzeń niepożądanych pod nazwą *Australian Open Disclosure Framework – Better communication, a better way to care* został wprowadzony w 2003 r. przez Australian Commission on Safety and Quality in Health Care jako obowiązujący w tym kraju standard. Zakłada on:

- Tworzenie systemów i kultury skutecznego wykrywania i zgłaszania zdarzeń niepożądanych.
- Proponowanie pacjentowi lub/i jego rodzinie rozmowy ujawniającej.
- Przygotowanie personelu placówki do przeprowadzenia rozmowy ujawniającej (zebranie niezbędnych informacji i omówienie zdarzenia, wyznaczenie osoby do rozmowy z pacjentem, ustalenie osoby do stałego kontaktu z pacjentem).
- Rozmowa z pacjentem lub/i jego rodziną.
- Sporządzenie dokumentacji z rozmowy.
- Tworzenie systemów wsparcia dla tzw. *second victims*, czyli personelu, który uczestniczył w zdarzeniu niepożądanym [5].

W Australii obowiązują także ustawy o przeprosinach, które oddzielają wyrażenie wobec pacjenta przez personel medyczny żalu czy współczucia z powodu niepożądanego zdarzenia od przyjęcia odpowiedzialności za zdarzenie.

W praktyce sądy podczas rozpatrywania roszczeń wniesionych przez pacjentów nie uznają także przeprosin jako dowodu odpowiedzialności za zdarzenie medyczne [17].

Program Kanady

Stworzenie kanadyjskiego systemu ujawniania zdarzeń medycznych pacjentom zainicjował Kanadyjski Instytut Bezpieczeństwa Pacjentów w 2006 r. Dwa lata później program pod nazwą *Canadian Disclosure Guidelines, being open with patients and families*, czyli *Kanadyjskie wytyczne dotyczące ujawniania informacji, otwartość wobec pacjentów i ich rodzin*, stał się elementem systemu ochrony zdrowia w tym kraju [6]. Obowiązuje on na całym terytorium Kanady [18]. W dokumencie tym nie używa się terminu „błąd” w kontekście ujawniania zdarzenia [6]. Autorzy powołują się na opracowany przez badacza Jamesa Reasona *Swiss Cheese Model*, czyli model sera szwajcarskiego. Badacz ten dowodzi, że do błędów ludzkich dochodzi w wyniku kaskadowego szeregu nieprawidłowości systemowych, a organizacje powinny stwarzać mechanizmy obronne, aby ich unikać lub łagodzić skutki. W takim systemie nie jest ważne, kto popełnił błąd, tylko stawia się pytanie, dlaczego i jak to się stało, że zawiodły mechanizmy obronne i zabezpieczenia [19]. Głównym założeniem programu opisanego w kanadyjskich wytycznych jest wsparcie pacjentów i ich rodzin w sferze opieki medycznej, emocjonalnej, psychologicznej i praktycznej. Tak jak w polityce australijskiej, personel medyczny jest zobowiązany do rozmowy z pacjentem, podczas której następuje ujawnienie zdarzenia, wysłuchanie pacjenta i/lub jego bliskich, przedstawienie kolejnych kroków postępowania w zakresie wyjaśnienia wszelkich okoliczności zdarzenia i zaproponowanie wsparcia w zakresach podanych powyżej. Dokument opisuje także proces zwrotu kosztów związanych z procesem ujawniania, takich jak: koszty podróży, parkingu, posiłków, zakwaterowania, opieki nad dziećmi czy uzyskania dokumentacji medycznej, i nie jest to traktowane jako przyznanie się do odpowiedzialności za zdarzenie niepożądane [6].

Program ujawniania zdarzeń wspiera Accreditation Canada – organizacja pozarządowa, która opracowuje standardy usług zdrowotnych i społecznych opartych na dowodach naukowych. Zaleca ona placówkom medycznym wdrożenie programów wspierających pacjentów i ich rodziny opartych na procesie szkoleń. Procesem szkoleń zajmuje się Canadian Medical Protective Association, stowarzyszenie non-profit, którego członkami są kanadyjscy lekarze. Stowarzyszenie opracowało szkolenia dla medyków, a także zestaw praktycznych materiałów szkoleniowych na temat procesu ujawniania pacjentom lub/i ich rodzinom zdarzeń niepożądanych [18]. Są to materiały wideo, zajęcia e-learningowe czy pomoce dydaktyczne, takie jak lista kontrolna spotkania z pacjentem [20].

Większość kanadyjskich prowincji wprowadziła ustawodawstwo dotyczące przeprosin, które tak jak w ustawodawstwie australijskim rozróżnia przeprosiny od przyznania się do winy; w szczególności wyrażenie żalu czy przeprosiny wypowiedziane przez personel nie stanowią

wyraźnego lub dorozumianego przyznania się do winy ani odpowiedzialności w kontekście prawnym [18]. Nie mogą być brane pod uwagę przy ustalaniu winy i nie wpływają na zakres ochrony ubezpieczeniowej w przypadku, gdy pacjent wniesie o wypłatę odszkodowania [21]. Obowiązek ujawnienia pacjentowi zdarzenia niepożądanego reguluje także Kodeks Etyczny Kanadyjskiego Stowarzyszenia Medycznego [20].

Programy w USA

Zainicjowana pod koniec lat 90. w Veterans Affairs Medical Center w Lexington proaktywna polityka komunikacji z pacjentami po zdarzeniach, które potencjalnie mogły się zakończyć sprawą sądową, uznawana jest jako „punkt zerowy” inicjatyw na rzecz ujawniania zdarzeń pacjentom w Stanach Zjednoczonych [12, 22]. Opublikowany w 1999 r. artykuł S. Kramana i G. Hamm na temat wdrożenia w tym szpitalu polityki zarządzania ryzykiem, która zalecała informowanie pacjenta o zdarzeniu, wskazał po raz pierwszy, że szczerze i uczciwe podejście do pacjenta po zdarzeniu niepożądanym może skutkować mniejszą skłonnością pacjentów do składania pozwów przeciwko placówce [12]. Obecnie programy ujawniania niepożądanych zdarzeń medycznych funkcjonują w wielu placówkach ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych, najczęściej pod nazwami – *Disclosure Programs*, czyli programy ujawniania, *CRP – Communication and Resolution Programs*, czyli programy komunikacji i rozwiązywania problemów [22] oraz *DA&O Disclosure, Apology and Offer*, czyli ujawnienie, przeprosiny i propozycja. Programy te wprowadziły w swoich placówkach między innymi University of Michigan Health System, Veterans Affairs Health Administration czy COPIC Insurance [8]. Założeniem tych programów jest identyfikacja i analiza zdarzeń niepożądanych, pełne ich ujawnienie pacjentom lub/i ich bliskim, zaoferowanie zadośćuczynienia oraz wprowadzenie działań zapobiegającym podobnym zdarzeniom w przyszłości [8]. Wspomniany wyżej University of Michigan Health System po wdrożeniu programu w 2001 r. odnotował spadek liczby pozwów sądowych z 2,13 na 100 000 pacjentów do 0,75 na 100 000 pacjentów. Wskaźnik nowych roszczeń spadł z 7 na 100 000 pacjentów do mniej niż 5 na 100 000 pacjentów [8].

Organizacją, która promuje ujawnianie zdarzeń medycznych w Stanach Zjednoczonych, jest Koalicja Sorry Works! założona przez Douga Wojcieszaka. Zrzesza lekarzy, prawników, ubezpieczycieli i podmioty działające na rzecz praw pacjentów. Jej działania edukacyjne i wdrożeniowe w placówkach ochrony zdrowia opierają się na wspomnianym powyżej programie Veterans Affairs Medical Center w Lexington. Koalicja wspiera także prace legislacyjne na rzecz ustanawiania praw dotyczących przeprosin [23].

W Stanach Zjednoczonych, w większości stanów, obowiązują także ustawy o przeprosinach, które mają za zadanie zachęcenie personelu medycznego do ujawnienia niepożądanego zdarzenia medycznego i jednocześnie chronią personel medyczny przed skutkami prawnymi ujawnienia [8]. Trzydzieści stanów i Dystrykt Kolumbii wprowadziły

ustawy o częściowych przeprosinach. W siedmiu stanach obowiązują ustawy o pełnych przeprosinach [8]. Przepisy o częściowych przeprosinach chronią personel medyczny w zakresie wyrażenia współczucia pacjentowi czy złożenia kondolencji bliskim pacjenta. Te sformułowania są wyłączone z materiału dowodowego w przypadku wniesienia do sądu sprawy przez pacjenta. W ustawach o pełnych przeprosinach personel medyczny jest chroniony, nawet jeśli podczas rozmowy, oprócz przeprosin, gestów współczucia czy kondolencji, zostaną użyte sformułowania wskazujące lub sugerujące przyznanie się do winy [8, 10, 11].

■ Przeprosiny w procesie ujawniania zdarzeń niepożądanych

Ustawodawstwo Australii, Kanady i Stanów Zjednoczonych nie jednolicie, ale chroni wypowiedzi i gesty personelu medycznego użyte podczas rozmowy ujawniającej [8, 17, 21]. Jak wskazują badania przeprowadzone przez badaczy Uniwersytetu w Alabamie, nie zawsze przekłada się to na zmniejszenie liczby sporów sądowych. O ile wartość terapeutyczna przeprosin jest udowodniona i wykazano, że łagodzi gniew pacjenta, przywraca mu godność i szacunek, ma także wpływ na społeczne postrzeganie systemu ochrony zdrowia, o tyle wykazano także, że ujawnienie pacjentowi zdarzenia zgodnie z zapisami ustawy o przeprosinach może zwiększać liczbę pozwów. Zwłaszcza jeśli dochodzi do ujawnienia zdarzenia, o którym pacjent nie miał świadomości, a personel medyczny nie jest przygotowany do przeprowadzenia takiej rozmowy. Ustawy zatem mają charakter wspierający i ich zadaniem jest zachęcać personel medyczny do ujawniania zdarzeń, nie przygotowują jednak medyków do rozmowy w aspekcie komunikacyjnym. Stąd programy wdrożone systemowo lub na poziomie placówki medycznej dają lepsze efekty, gdyż wspiera je system szkoleń i wewnętrzne procedury. To zwiększa efektywność przeprosin i może zmniejszyć liczbę roszczeń [24]. Różnica w liczbie składanych przez pacjentów pozwów staje się wyraźna, kiedy w placówce wdrożony jest program ujawniania przygotowujący personel do rozmowy z pacjentem poprzez szkolenia, wewnętrzne procedury oraz systemy wsparcia zarówno dla pacjentów, jak i personelu [22].

■ Zasady prowadzenia rozmowy ujawniającej z pacjentem

Przyznanie, że doszło do zdarzenia niepożądanego, czyli ujawnienie zdarzenia, szczerze i uczciwe wyrażenie skruchy, udzielenie wyjaśnień pacjentowi, gotowość do zadośćuczynienia to niezbędne składowe rozmowy z pacjentem po zdarzeniu niepożądanym [6, 8, 11]. Do rozmowy powinno dojść najpóźniej 48 godzin po zdarzeniu. Wcześniej niezbędne jest powołanie zespołu, który dokona wstępnej analizy zdarzenia, wytypuje i przygotowuje osobę z personelu do rozmowy z pacjentem oraz udokumentuje przebieg spotkania [5, 6]. W trakcie rozmowy nie zaleca się używania terminologii medycznej, która może być

niezrozumiała dla pacjenta, a także uwzględnia się potrzeby językowe i kulturowe pacjenta. Rozmowa powinna się odbyć w miejscu, które zapewni poufność spotkania, i w czasie dogodnym dla pacjenta. Wyjaśnienie pacjentowi znanych na tym etapie okoliczności nie powinno zawierać spekulacji co do przyczyn zdarzenia ani odpowiedzialności za nie. Często personel medyczny dysponuje zbyt małą wiedzą na temat przyczyn zdarzenia. Pacjent lub/i jego rodzina powinni otrzymać informację, jak będzie wyglądało wyjaśnianie przyczyn zdarzenia oraz kiedy nastąpi kolejny kontakt z pacjentem i/lub jego bliskimi [5, 6, 7].

W australijskim programie otwartego ujawniania zdarzeń zaleca się stosowanie zwrotu „przykro mi” zamiast słów, które mogłyby zawierać elementy przyznania się do winy. Często na tym etapie ujawniania zdarzenia jest zbyt mało informacji, aby uznać odpowiedzialność i użyć słowa „przepraszam” [5]. Słowo to może zostać użyte w przypadku np. awarii sprzętu medycznego [17]. Podobnie jest w amerykańskim programie Sorry Works!. Tu również rozpoczyna się od zwrotu „przykro mi” rozumianego jako współczucie, że doszło do niepożądanego zdarzenia. Słowo „przepraszam” może zostać użyte dopiero w przypadku udowodnionej winy za zdarzenie [7]. W kanadyjskim programie dodatkowo nie zaleca się używania słów „wina”, „zaniedbanie” czy „niespełnienie standardu opieki” podczas rozmowy ujawniającej zdarzenie [6]. W języku polskim mamy dwa osobne wyrażenia, których możemy użyć w procesie ujawniania zdarzenia i mają one różne znaczenia. Słowo „przepraszam” ma w swojej definicji intencję wyrażania chęci przeproszenia kogoś za coś, poproszenia o przebaczenie, tłumaczenia się i usprawiedliwiania [26]. „Przykro mi” to zwrot stosowany przez mówiącego, który ocenia daną sytuację negatywnie i wolałby, żeby nie miała ona miejsca [27]. Może on oznaczać również współczucie, współodczuwanie przez personel sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent/bliscy, oraz przyjęcie jego/ich perspektywy.

W procesie ujawniania zdarzenia ważna jest reakcja pacjenta na słowa personelu medycznego. Czy odbiera on rozmowę jako szczerą i empatyczną, czy też jako próbę zjednania go w celu szybkiego zakończenia sprawy [8]. Nieprawidłowo przeprowadzona rozmowa ujawniająca, czyli pozbawiona elementu szczerości czy skruchy, może przynieść gorsze efekty niż brak przeprosin [11].

■ Bariery w ujawnianiu niepożądanych zdarzeń medycznych

Personel medyczny biorący udział w zdarzeniu niepożądanym może odczuwać potrzebę przeproszenia pacjenta, jednakże obawy o wykorzystanie przeprosin przeciwko niemu w sądzie czy innych organach odpowiedzialności, np. zawodowej, stanowią największą barierę programów ujawniania i ustaw [8, 10, 22, 28]. Paradoksem jest, że brak przeprosin jest jedną z przyczyn wnoszenia przez pacjentów spraw do sądów. Można zatem wnioskować, że rozmowa z pacjentem pozwala mu zrozumieć okoliczności zdarzenia, ma wpływ na jego pacjenta i może zapobiegać pozwom. Personel natomiast ma szansę uczyć się na własnych błędach [8].

Barierą w ujawnianiu niepożądanych zdarzeń medycznych może być także stanowisko prawników i firm ubezpieczeniowych sugerujących przyjęcie przez personel medyczny postawy zaprzeczającej i obronnej. Często rozmowy z pacjentem traktowane są jako przyznanie się do winy i nie są zalecane [16, 29]. Warto jednakże wskazać, że obawa przed postępowaniem sądowym zniechęca lekarzy do zgłaszania zdarzeń i może zwiększać koszty opieki nad pacjentem poprzez stosowanie medycyny defensywnej [14, 16], rozumianej jako stosowanie procedur medycznych ukierunkowanych na zapobieganie procesom sądowym zamiast na leczenie pacjenta czy zapobieganie chorobom [30]. Warto przy tym zauważyć, że taka sytuacja może być utrwalana w systemie ochrony zdrowia, gdyż studenci i stażyści obserwują i uczą się takich praktyk od starszych stażem specjalistów [16].

■ **Second victim jako druga ofiara niepożądanego zdarzenia medycznego**

Systemy wspierające personel medyczny po zdarzeniu niepożądanym są nieodłącznym elementem opisywanych w niniejszej pracy programów ujawniania zdarzeń medycznych pacjentom. Badaczem, który po raz pierwszy opisał syndrom *second victim*, był Albert Wu. Dowiódł on, że personel ochrony zdrowia po zdarzeniu niepożądanym może doświadczać szkód emocjonalnych – od łagodnej depresji po myśli samobójcze. Towarzyszyć temu mogą uczucia wstydu, poczucia winy, lęku, żalu, niepokoju, spadku koncentracji czy zwątpienia [11, 22, 31]. Może to wpływać na powodowanie kolejnych zdarzeń niepożądanych, ograniczenie zakresu praktyki, np. zaprzestanie dyżurowania w szpitalu, przejście wyłącznie do pracy w systemie opieki ambulatoryjnej czy całkowitą rezygnację z pracy. Skutkami przeżywania emocjonalnego niepowodzenia medycznego mogą być także problemy rodzinne [22, 31]. Częstość występowania tego syndromu jest zróżnicowana i w zależności od źródła kształtuje się na poziomie od 10,4% do 43,3%. Najbardziej podatną grupą na wystąpienie tych objawów są lekarze chirurdzy, anestezjologodzy, pediatrzy i ginekologodzy-położnicy. Jednakże problem ten dotyczy również lekarzy pozostałych specjalności, a także personelu pielęgnującego, farmaceutów i personelu pomocniczego. Skutki emocjonalne mogą być odczuwane przez pracowników ochrony zdrowia przez wiele tygodni do kilku lat po zdarzeniu. W zależności od ciężkości zdarzenia niepożądanego mogą oni doświadczyć nawet syndromu stresu pourazowego (PTSD) [31].

Badaczka Heather J. Carmack przeprowadziła wywiady z 34 lekarzami ze szpitala MidSouth Health w USA, który wprowadził program ujawniania zdarzeń. Dowiodła, że lekarze zgłaszali doświadczenie poczucia winy i wstydu nie tylko po zaistnieniu zdarzenia niepożądanego, ale także w czasie procesu ujawniania. Przyznanie się do błędu traktowali jako podważanie ego i mieli poczucie bycia drugą ofiarą zdarzenia. Odczuwali także strach przed konsekwencjami i możliwym osądem otoczenia. Jednocześnie wskazywali, że podczas ujawniania zdarzenia pacjenci byli

niezwykle wyrozumiali, co było czynnikiem ułatwiającym przeprowadzenie rozmowy [32]. Badacz Charles Denham wskazuje pięć praw *second victim*: (1) sprawiedliwe traktowanie, które zakłada wyjaśnienie zdarzenia i nieprzypisywanie winy pracownikowi *a priori*; (2) okazywanie szacunku i nieobwinianie osób zaangażowanych w zdarzenie niepożądane; (3) zrozumienie dla sytuacji, w jakiej znalazł się pracownik, i współczucie w związku z emocjami, jakie przeżywa, (4) wsparcie udzielone przez współpracowników oraz – jeśli sytuacja tego wymaga – wsparcie psychologiczne; (5) przejrzystość i możliwość udziału w wyjaśnianiu zdarzenia niepożądanego. Denham zaleca przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego, uświadamiającego, czym jest syndrom *second victim* oraz przygotowanie wewnętrznych dokumentów, tzw. list kontrolnych, które mogą pomóc w pierwszych chwilach po zdarzeniu [33].

W australijskim programie otwartego ujawniania zdarzeń opisano system pomocy, wsparcia i dostarczania niezbędnych informacji dla personelu medycznego, który brał udział w zdarzeniu. Należą do nich:

- programy wsparcia psychologicznego zarówno wewnątrz, jak i na zewnątrz organizacji;
- proces szkoleń z zakresu zarządzania zdarzeniami niepożądanymi i z zakresu umiejętności komunikacyjnych;
- zapewnienie sprawiedliwego wyjaśnienia przyczyn zdarzenia niepożądanego, w tym edukacja personelu co do unikania krytyki i obwiniania współpracowników;
- współuczestnictwo w wyjaśnianiu zdarzenia niepożądanego;
- informacja zwrotna o wynikach procesu wyjaśniania zdarzenia niepożądanego [5].

Podobne programy działają także w kanadyjskich i amerykańskich programach. Koalicja Sorry Works! zwraca uwagę na konieczność udzielenia personelowi medycznemu takiego samego wsparcia po zdarzeniu niepożądanym, jakie oferuje się pacjentom. Empatia, aktywne wysłuchanie, zapytanie o potrzeby i pozostanie w kontakcie to zalecenia Koalicji. Elementy te są włączone do programu szkoleniowego, jakie realizuje Sorry Works! [7]. Innymi programami wspierającymi personel medyczny w Stanach Zjednoczonych są forYou Team, realizowany przez University of Missouri Health Care, czy RISE (*resilience in stressful events* – odporność na stresujące wydarzenia), które to programy zakładają etapowy system wsparcia personelu medycznego po zdarzeniu niepożądanym – od przeszkolenia najbliższych współpracowników, w tym liderów, w umiejętności udzielania pomocy w pierwszych momentach po zdarzeniu po pomoc psychologiczną [34, 35]. Zaleca łączenie programów ujawniania zdarzeń z programami wspierania personelu medycznego po zdarzeniu [7, 22].

■ **Just culture jako element wspierający ujawnianie zdarzeń niepożądanych**

Ważnym elementem spajającym programy ujawniania zdarzeń medycznych pacjentom jest *just culture*, czyli kultura sprawiedliwego traktowania.

Sidney Dekker określa ją jako kulturę zaufania, uczenia się i odpowiedzialności. Jednym z jej celów jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa pracownikom zgłaszającym problemy związane z bezpieczeństwem [4]. *Just culture* zakłada równoważenie odpowiedzialności. Oznacza to, że z założenia błędy nie są przypisywane pracownikom i traktowane są jako błędy systemowe. I przez taki pryzmat są one analizowane. Jednak, co ważne, kultura sprawiedliwego traktowania nie zwalnia z winy osób, które lekceważą zagrożenia, łamią przepisy czy działają pod wpływem alkoholu czy innych środków zaburzających świadomość [36]. Amy C. Edmondson postrzega bezpieczeństwo psychiczne jako kluczowe w tworzeniu w organizacjach klimatu sprzyjającego wyrażaniu przez pracowników opinii i obaw oraz ujawniania błędów bez lęku przed karą czy obciążeniem winą. Tworzenie takiej kultury opiera się m.in. na postawie liderów, potrafiących zachęcać pracowników do otwartej komunikacji, umiejących słuchać i destygmatyzować porażki [37]. Idąc dalej, *just culture* to odejście od strategii „zaprzeczaj i broń”, która umacnia kulturę ukrywania błędów medycznych i może mieć negatywny wpływ na zdrowie pacjenta i morale pracowników, na rzecz „ujawnij i przeproś”, która sprzyja kulturze uczenia się na błędach i przywraca zaufanie pacjenta do personelu medycznego [38].

Programy otwartego ujawniania zdarzeń wskazują na konieczność rozwijania bezpiecznej i sprawiedliwej kultury jako niezbędnego elementu w tym procesie. Pracownicy ochrony zdrowia powinni być wspierani i zachęceni do zgłaszania zdarzeń [5]. Jednocześnie muszą mieć pewność, że zostaną sprawiedliwie i uczciwie potraktowani podczas wyjaśniania zdarzenia, a analiza zdarzenia zostanie wykorzystana do doskonalenia bezpieczeństwa w organizacji [39]. Wyzwaniem może być przeformułowanie błędu medycznego w organizacyjny, a nie indywidualny [32]. Oznacza to umiejętność oddzielenia działań zawinionych od niezawinionych oraz przyjęcie założenia, że personel medyczny nigdy nie będzie wolny od popełniania błędów [39].

■ Funkcjonowanie programów w praktyce

Analiza porównawcza ustaw o przeprosinach i programów ujawniania zdarzeń wykazała, że te drugie przynoszą więcej korzyści pacjentom, szpitalom i personelowi medycznemu [8]. Przy czym badanie przeprowadzone przez Benjamina Ho i Elaine Liu dowiodło, że ustawy o przeprosinach zmniejszają liczbę spraw dotyczących nieznaczących obrażeń wynikających z niepożądanego zdarzenia medycznego, a także zmniejszają wysokość odszkodowań [10]. Badanie na podstawie danych otrzymanych od ubezpieczyciela w stanie Massachusetts wykazało, że wdrożone

w placówkach ochrony zdrowia programy ujawniania nie doprowadziły do wzrostu liczby spraw sądowych [40]. Do innego wniosku doszli badacze Uniwersytetu w Alabamie, którzy wykazali, że ujawnianie zdarzeń niepożądanych pacjentom oparte jedynie na ustawie o przeprosinach, czyli bez programów ujawniających i szkoleń, może zwiększać liczbę pozwów pacjentów [25].

Istotną zmienną, która decyduje o wniesieniu przez pacjenta roszczenia, jest sposób przeprowadzenia rozmowy ujawniającej. Pacjenci cenią uczciwą i szczerą komunikację ze strony personelu. Badania pokazują dodatkowo, że pacjenci są w stanie odczytać, czy personel medyczny faktycznie odczuwa wyrzuty sumienia, poprzez postawę, jaką reprezentuje, i słowa, jakich używa w czasie rozmowy [41].

■ Podsumowanie

Dobrze przeprowadzona rozmowa ujawniająca zmniejsza gniew pacjenta, który jest najczęstszą emocją występującą po zdarzeniu, i zmniejsza motywację do wniesienia pozwu. Jeśli pacjent lub jego bliscy czują, że personel medyczny ukrywa lub zataja informacje o przebiegu zdarzenia, sprawa sądowa może być dla nich jedyną możliwością uzyskania tych informacji. Jednocześnie sprawa sądowa utrudnia proces komunikacji pomiędzy personelem a pacjentem, gdyż podczas procesu, z oczywistych względów, występują w niej jako przeciwnicy, a nie partnerzy. Prawidłowo przeprowadzony proces ujawnienia zdarzenia pacjentowi może w pełni zabezpieczyć potrzebę zrozumienia, co się wydarzyło.

W opisanych programach ujawniania zdarzeń medycznych zwraca się także uwagę na personel medyczny, który może doświadczać po zdarzeniu medycznym syndromu *second victim*, którego objawami są: niepokój, poczucie winy, wstyd, wyrzuty sumienia, bezsenność czy depresja. W konsekwencji personel medyczny może zacząć stosować medycynę defensywną, może wycofać się z pracy w opiece szpitalnej, a nawet całkowicie zrezygnować z wykonywanego zawodu. Każdy z opisanych programów zakładał pomoc systemową dla personelu medycznego poprzez szkolenia z zakresu udzielania pomocy przez pracowników sobie wzajemnie poprzez profesjonalną pomoc psychologiczną.

Całość programów ujawniania zdarzeń medycznych pacjentom opiera się na wdrożeniu kultury sprawiedliwego traktowania, w której stwarza się w organizacji atmosferę zaufania i otwartości, dzięki czemu pracownicy chętnie zgłaszają błędy i tym samym przyczyniają się do poprawy bezpieczeństwa pracy i uczenia się na błędach. Przy czym kultura ta nie toleruje lekkomyślności czy rażącego niedbalstwa.

Piśmiennictwo

1. World Health Organizations, Patient Safety, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety (dostęp: 14.04.2023).
2. Ponad 520 zgłoszeń do rejestru zdarzeń niepożądanych RPP, Portal Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/pacjent/szczeniemia/aktualnosci/304037,ponad-520-zgloszen-do-rejestru-zdarzen-niepoznaczonych-rpp> (dostęp: 17.03.2023).

3. Witczak I., *Zdarzenia niepożądane oraz błędy medyczne występujące w procesach diagnostyczno-terapeutycznych usług zdrowotnych*, [w:] *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne*, red. I. Witczak, Ł. Rypicz, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich, Wrocław 2020.
4. Dekker S., *Just Culture: Restoring Trust and Accountability in Your Organization*, Third edition, CRC Press, Taylor and Francis Group, Burlington 2017.
5. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, *Australian Open Disclosure Framework – Better Communication, a Better Way to Care*, 2014, <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/australian-open-disclosure-framework-better-communication-better-way-care> (dostęp: 17.04.2023).
6. Canadian Patient Safety Institute, *Canadian Disclosure Guidelines: Being Open and Honest with Patients and Families*, Edmonton, Alta, 2011, <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines.pdf> (dostęp: 17.04.2023).
7. Wojcieszak D., *Sorry Works! Toll Kit Book*, Sorry Works, Glen Carbon.
8. Dawis E., *I'm Sorry I'm Scared of Litigation: Evaluating the Effectiveness of Apology Laws*, „The Forum: A Tennessee Student Legal Journal” 2016; 3 (1): Article 4.
9. Dekker S., Adamczyk-Garbowska M., Garbowski M., *Just culture: kultura sprawiedliwego traktowania: między bezpieczeństwem a odpowiedzialnością*, Wydawnictwo Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2018.
10. Ho B., Liu E., *Does Sorry Work? The Impact of Apology Laws on Medical Malpractice*, „Journal of Risk and Uncertainty” 2011; 43 (2): 141–167.
11. Ross N.E., Newman W.J., *The Role of Apology Laws in Medical Malpractice*, „The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law” 2021 (dostęp: 24.03.2023).
12. Kraman S., Hamm G., *Risk Management: Extreme Honesty May Be the Best Policy*, „Annals of Internal Medicine” 1999; 131 (12): 963.
13. Russell D., *Disclosure and Apology: Nursing and Risk Management Working Together*, „Nurs Manage” 2018; 49 (6): 17–19.
14. Schulz J., *Reforming Clinical Negligence in England: Lessons about Patients' and Providers' Values from Medical Injury Resolution in New Zealand and the United States of America*, „Future Health” 2022; 9 (3): 230–237.
15. Moore J., Bismark M., Mello M., *Patients' Experiences With Communication-and-Resolution Programs After Medical Injury*, „JAMA Internal Medicine” 2017; 177 (11): 1595–1603.
16. Bell S.K., Smulowitz P.B., Woodward A.C., Mello M.M., Duva A.M., Boothman R.C., *Disclosure, Apology, and Offer Programs: Stakeholders' Views of Barriers to and Strategies for Broad Implementation*, „Milbank Quarterly” 2012; 90 (4): 682–705.
17. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, *Saying Sorry: A Guide to Apologising and Expressing Regret During Open Disclosure*, https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2021-09/saying_sorry_-_a_guide_to_apologising_and_expressing_regret_during_open_disclosure.pdf (dostęp: 14.04.2023).
18. Wu A.W., Boyle D.J., Wallace G., Mazor K.M., *Disclosure of Adverse Events in the United States and Canada: An Update, and a Proposed Framework for Improvement*, „Journal of Public Health Research” 2013; 2 (3): 186–193.
19. Reason J., *Human Error: Models and Management*, „British Medical Journal” 2000; 320 (7237): 768–770.
20. Canadian Medical Protective Association, <https://www.cmpa-acpm.ca/en/home> (dostęp: 14.04.2023).
21. Apology Act, 2006, https://www.bclaws.gov.bc.ca/civix/document/id/complete/statreg/00_06019_01 (dostęp: 14.04.2023).
22. Wojcieszak D., *Review Of Disclosure And Apology Literature: Gaps And Needs*, „Journal of Healthcare Risk Management” 2020; 40 (1): 8–16.
23. Wojcieszak D., Banja J., Houk C., *The Sorry Works Coalition: Making the Case for Full Disclosure*, „Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety” 2006; 32 (6): 344–350.
24. Hüner B., Derksen C., Schmiedhofer M., Lippke S., Riedmüller S., Janni W., Reister F., Scholz Ch., *Reducing Preventable Adverse Events in Obstetrics by Improving Interprofessional Communication Skills – Results of an Intervention Study*, „BMC Pregnancy Childbirth” 2023; 23 (1): 55, doi:10.1186/s12884-022-05304-8.
25. McMichael B.J., Van Horn R.L., Viscusi W.K., *“Sorry” Is Never Enough: How State Apology Laws Fail to Reduce Medical Malpractice Liability Risk*, „Stanford Law Review” 2019; 71 (2): 341–409.
26. Słownik Języka Polskiego PWN, <https://www.sjp.pwn.pl> (dostęp: 17.04.2023).
27. Wielki Słownik Języka Polskiego PAN, <https://wsjp.pl/> (dostęp: 17.04.2023).
28. Harrison R., Walton M., Smith-Merry J., Manias E., Iedema R., *Open Disclosure of Adverse Events: Exploring the Implications of Service and Policy Structures on Practice*, „Risk Management and Healthcare Policy” 2019; 12: 5–12.
29. Rohrich R.J., *It's Okay to Say “I'm Sorry”*, „Plastic & Reconstructive Surgery” 2021; 148 (5S): 48S–50S.
30. Pasowicz M., *Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości*, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne, Oficyna Wydawnicza AFM, Medycyna Praktyczna, Kraków 2013.
31. Ozeke O., Ozeke V., Coskun O., Budakoglu I.I., *Second Victims in Health Care: Current Perspectives*, „Advances in Medical Education and Practice” 2019; 10: 593–603.
32. Carmack H.J., *A Cycle of Redemption in a Medical Error Disclosure and Apology Program*, „Qualitative Health Research” 2014; 24 (6): 860–869.
33. Denham C.R., *TRUST: The 5 Rights of the Second Victim*, „Journal of Patient Safety” 2007; 3 (2): 107–119.
34. Armstrong Institute for Patient Safety and Quality, *ForYOU Team*, <https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou> (dostęp: 17.04.2023).
35. University of Missouri Health Care, *Caring for the Caregiver: The RISE Program*, https://www.hopkinsmedicine.org/armstrong_institute/training_services/workshops/Caring_for_the_Caregiver/ (dostęp: 17.04.2023).
36. Hughes S., *The Development of a Just Culture in the HSE*, <https://www.hse.ie/eng/about/who/nqpsd/qps-incident-management/just-culture-overview.pdf> (dostęp: 17.04.2023).
37. Edmondson A.C., Malcherek M., *Firma bez strachu: jak zbudować kulturę organizacyjną, w której bezpiecznie jest wyrażać pomysły, zadawać pytania i przyznawać się do błędów*, MT Biznes, Warszawa 2021.

38. Rathert C., Phillips W., *Medical Error Disclosure Training: Evidence for Values-Based Ethical Environments*, „Journal of Business Ethics” 2010; 97 (3): 491–503.
39. Petschonek S., Burlison J., Cross C., Martin K., Laver J., Landis R.S. et al., *Development of the Just Culture Assessment Tool: Measuring the Perceptions of Health-Care Professionals in Hospitals*, „Journal of Patient Safety” 2013; 9 (4): 190–197.
40. Giraldo P., Sato L., Castells X., *The Impact of Incident Disclosure Behaviors on Medical Malpractice Claims*, „Journal of Patient Safety” 2020; 16 (4): e225–e229.
41. Brittany N., *Strategic Apologies in Medical Malpractice Mediation*, „Pepperdine Dispute Resolution Law Journal” 2020; 20 (1): 60–77.