

ZESPÓŁ STRESU ZWIĄZANEGO Z BŁĘDEM MEDYCZNYM W TEORI I PRAKTYCE – PRZEGLĄD NARRACYJNY

MEDICAL MALPRACTICE STRESS SYNDROME IN THEORY AND PRACTICE –
NARRATIVE REVIEW

Karolina Kruczaj¹, Ewa Krawczyk¹, Magdalena Piegza^{1,2}

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach / Medical University of Silesia in Katowice, Tarnowskie Góry, Poland
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze / Faculty of Medical Sciences in Zabrze

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii, Studenckie Koło Naukowe / Department of Psychiatry, Student Science Club

² Oddział Kliniczny Psychiatrii / Department of Psychiatry

STRESZCZENIE

Coraz powszechniejsze wśród pracowników ochrony zdrowia oskarżenia o niedopełnienie obowiązków zawodowych stanowią silne źródło stresu, który może prowadzić do rozwoju zespołu stresu związanego z błędem medycznym (*medical malpractice stress syndrome* – MMSS). Jest on często porównywany do zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD), a lekarze są określane jako drugie ofiary (*second victims*) błędów medycznych. Celem publikacji jest zwrócenie uwagi na MMSS, jego objawy, podobieństwo do PTSD i konsekwencje oraz metody zapobiegania mu i radzenia sobie z nim. Ponadto w celu zobrazowania skali zjawiska zwrócono uwagę na liczbę pozwów o błąd medyczny wśród specjalizacji lekarskich, których ten problem dotyczy najczęściej. Praca ma charakter przeglądu narracyjnego. Poddano analizie informacje zawarte w medycznych bazach artykułów i czasopism naukowych (PubMed, ResearchGate, Biblioteka Nauk), wydawnictwie termedia oraz serwisie Journals.viamedica z lat 1988–2023. Psychiczne objawy MMSS obejmują gniew, frustrację, lęk, poczucie winy, problemy ze snem, utratę wiary w siebie i nastrój depresyjny. Następnie pojawiają się także objawy somatyczne, w tym sercowo-naczyniowe. Zespół ten może prowadzić do zlecenia pacjentom zbędnych badań, odwlekania decyzji terapeutycznych lub przedwczesnego odejścia z zawodu. W ostatnich latach pacjenci są bardziej świadomi przysługujących im praw, przez co liczba pozwów sądowych o błąd medyczny rośnie, szczególnie w takich specjalizacjach jak ginekologia i położnictwo, neurochirurgia i radiologia. Obawy przed prawnymi skutkami błędów medycznych wpływają na wybór specjalizacji przez absolwentów uczelni medycznych, którzy często unikają specjalizacji związanych z wysokim ryzykiem popełnienia błędu. W radzeniu sobie z MMSS konieczne jest wsparcie społeczne oraz współpraca obciążonego błędem medycznym lekarza z prawnikami i nierzadko psychiatrami, a profilaktyka MMSS obejmuje znajomość reakcji na stres oraz postępowanie, które zmniejszy ryzyko popełnienia błędu medycznego i jego sądowych konsekwencji. Rozpowszechnienie MMSS wśród lekarzy i wpływ ryzyka pozwu o błąd lekarski na wybór specjalizacji medycznej w Polsce wymagają dalszej oceny. Med Pr Work Health Saf. 2023;74(6):513–26.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, zespół stresu pourazowego, zespół stresu związanego z błędem lekarskim, stres związany z postępowaniem sądowym, radzenie sobie z błędem lekarskim, drugie ofiary

ABSTRACT

Accusations of medical malpractice, increasingly common among healthcare professionals, are a massive source of stress which can lead to the development of medical malpractice stress syndrome (MMSS). The symptoms of this syndrome are often compared to those in post-traumatic stress syndrome (PTSD), and the doctors are referred to as “second victims” of medical mistakes. The aim of the publication is to highlight MMSS, its symptoms, its similarity to PTSD, its consequences, and methods of prevention and management. In addition, attention was paid to the number of medical malpractice lawsuits among medical specialties mostly affected by this problem to illustrate the scale of the phenomenon. The publication is a narrative review. Medical databases (PubMed, ResearchGate, Biblioteka Nauki), termedia and Journals.viamedica service from the years 1988–2023 were reviewed. The MMSS manifests itself with symptoms such as anger, frustration, anxiety, guilt, sleeping disorders, loss of self-confidence, and depression. Later, somatic symptoms, such as cardiovascular, also appear. The MMSS may lead to unnecessary ordered examinations, delayed therapeutic processes, or premature retirement from the profession. Recently, patients have become more aware of their rights, resulting in an increase in malpractice lawsuits, particularly in specialties such as gynecology and obstetrics, neurosurgery, and radiology. Concerns about the legal consequences of medical errors may affect future specialization choices. Graduates tend to avoid specialties with a high risk of medical malpractice. Coping with MMSS requires social support and cooperation between doctors and lawyers or psychiatrists. Prevention of MMSS includes awareness of stress reactions and procedures decreasing the risk of committing medical malpractice. The prevalence of MMSS among physicians and the impact of the risk of medical malpractice lawsuits on the choice of medical specialty in Poland require further examinations. Med Pr Work Health Saf. 2023;74(6):513–26.

Key words: medical malpractice, post-traumatic stress disorder, medical malpractice stress syndrome, litigation stress, medical malpractice management, second victims

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Karolina Kruczaj, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Studenckie Koło Naukowe, ul. Pyskowska 49, 42-612 Tarnowskie Góry, e-mail: karolina.kruczaj@gmail.com
Nadesłano: 31 lipca 2023, zatwierdzono: 30 listopada 2023

WSTĘP

Zawód lekarza jest ściśle związany z ciągłymi poszukiwaniami źródła problemu, który doprowadził do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta. Temu procesowi towarzyszy wiele sytuacji, w których istnieje duże ryzyko popełnienia błędu w sztuce lekarskiej. Klinicyści coraz częściej zgłaszają odczuwanie braku pełnej kontroli nad podejmowanymi decyzjami. Do stresu związanego z koniecznością nadążania za szybkim postępem w dziedzinie nauk medycznych dołącza się również stres związany z rozwojem technologii w dziedzinie telekomunikacji i jej wpływu na praktykę lekarską [1,2].

W związku z rosnącą świadomością pacjentów w zakresie ich praw i stale obecnym stresem związanym z możliwością nagłośnienia medialnego ewentualnego niepowodzenia w diagnostyce czy leczeniu chorych lekarze odczuwają większą niż kiedyś presję i niepewność związaną z ryzykiem popełnienia błędu w sztuce. Przy założeniu, każdy lekarz postępuje zgodnie z zasadami etyki i aktualną wiedzą medyczną oraz kieruje się w swojej pracy profesjonalizmem, na zachowanie oprócz specyfiki danej specjalizacji i zasobów osobowościowych konkretnego lekarza wpływa wiele czynników zewnętrznych, takich jak pozycja w hierarchii ośrodka medycznego, globalna sytuacja ekonomiczna i polityczna państwa, ustawodawstwo, kryzys społeczny wizerunku lekarza i wiele innych [3].

Oskarżenie o błąd i proces sądowy są silnie stresującymi doświadczeniami, które mogą skutkować wykluczeniem z zawodu i końcem kariery. Obawa przed posądzeniem o odpowiedzialność za niepożądane zdarzenie i jej prawnymi konsekwencjami wiąże się z poczuciem utraty kontroli i bezradności [3,4].

Celem niniejszego artykułu jest zwrócenie uwagi na coraz częściej występujący wśród lekarzy w Polsce stres związany z błędem medycznym, jego symptomatykę, podobieństwo do zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder* – PTSD) oraz konsekwencje społeczne i zawodowe, a także zaprezentowanie metod zapobiegania mu i radzenia sobie z nim. Zwrócono również uwagę na liczbę pozwów o błąd medyczny wśród lekarzy określonych specjalności, których najczęściej ten problem dotyczy, aby wskazać skalę zjawiska.

Autorzy niniejszego przeglądu postanowili sprawdzić, do jakich konsekwencji zdrowotnych i społecznych może prowadzić doświadczenie stresu związanego z błędem medycznym wśród pracowników ochrony zdrowia, szczególnie lekarzy określonych specjalności.

Zwrócili uwagę na zawodowy aspekt przeżywania tego stresu i – czerpiąc z doświadczeń innych krajów – zaproponowali praktyczne wskazówki dotyczące radzenia sobie z nim. Zespół stresu związanego z błędem medycznym (*medical malpractice stress syndrome* – MMSS) przedstawiono w wymiarach medycznym, społecznym i zawodowym.

Z uwagi na niewielką ilość danych na temat rozpowszechnienia MMSS w poszczególnych specjalizacjach lekarskich, a także to, że większość lekarzy pozwanych o błąd medyczny doświadcza psychicznych i fizycznych objawów reakcji stresowej, autorzy skupili się na liczbie pozwów lekarskich w zależności od specjalizacji w ostatnich latach, co może pośrednio odzwierciedlać skalę problemu MMSS. Zwrócili także uwagę na spadek zainteresowania naborem na specjalizacje, w których w ostatnich latach obserwuje się większą liczbę pozwów, co może mieć implikacje w postaci braku specjalistów z tych dziedzin.

Zespół stresu związanego z błędem medycznym (MMSS) – definicja

W ostatnich latach zaobserwowano pojawienie się wśród lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia wielu objawów nazywanych wspólnie MMSS [3]. Jest on opisywany głównie w amerykańskiej literaturze medycznej i nie jest często omawiany w piśmiennictwie krajowym, dlatego w obliczu rosnącej liczby pozwów lekarskich autorzy tego opracowania uważają za istotne zwrócenie uwagi środowiska medycznego na ten niekorzystny aspekt funkcjonowania zawodowego.

Zespół stresu związanego z błędem medycznym jest nowo opisanym zespołem objawów, z ich szerokim spektrum i długoterminowym wpływem na zdrowie. Pomimo prawdopodobnie częstego występowania jest rzadko dyskutowany i często ukrywany przez lekarzy doświadczających traumatycznego wydarzenia [2]. W literaturze jest często porównywany do PTSD; funkcjonuje także określenie *litigation distress*, czyli stres związany z postępowaniem sądowym [2,3,5,6].

Błąd w sztuce lekarskiej – charakterystyka pojęcia

Według orzeczenia Sądu Najwyższego z dnia 1 kwietnia 1955 r. (sygn. akt IV CR 39/54) błąd w sztuce lekarskiej jest definiowany jako „czynność lekarza w zakresie diagnostyki i terapii, niezgodna z nauką medyczną w zakresie dla lekarza dostępnym”. Innymi słowy jest to nieumyślne działanie, zaniedbanie lub zaniechanie lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej czy

innego pracownika wykonującego zawód medyczny, które skutkuje powstaniem szkody u pacjenta [7]. Błąd w sztuce może dotyczyć każdego etapu leczenia.

Dokonano podziału błędów medycznych, wyróżniając:

- błędy diagnostyczne – niewłaściwe rozpoznanie jednostki chorobowej,
- błędy popełniane w laboratoriach diagnostycznych,
- błędy terapeutyczne – dotyczące nieprawidłowego leczenia pacjenta (farmakoterapii, leczenia operacyjnego aż po rehabilitację poszpitalną).

Ponadto jako błędy medyczne są również kwalifikowane zaniedbania dotyczące opieki poszpitalnej i psychologicznej pacjenta, a także błędy organizacyjne i techniczne. Dodatkowo wyszczególniono możliwość popełnienia przez lekarza błędu jatrogennego – powodującego szkody jatrogenne [8].

Bezpośrednio po zaistnieniu zdarzenia poszkodowany lub jego rodzina ma prawo do złożenia skargi lub pozwu sądowego przeciwko lekarzowi bądź innemu pracownikowi medycznemu na drodze oficjalnej lub nieoficjalnej. Jak wskazują dane, prawie połowa spraw jest rozwiązywana jeszcze przed wejściem na oficjalną drogę sądową bądź umarzana z powodu zbyt małej liczby dowodów [9]. Z aktualnych opracowań statystycznych wynika, że w Polsce, podobnie jak w Europie i na całym świecie, liczba skarg w trybie odpowiedzialności zawodowej i spraw w sądach oraz orzekanych kar sukcesywnie wzrasta o 10–30% rocznie (średnio o 14%) [10].

Liczbę popełnianych błędów i zaniedbań w działaniach medycznych w Polsce szacuje się na ok. 45 tys. rocznie. Według statystyk Prokuratury Krajowej w 2017 r. prokuratury w całym kraju prowadziły 5678 postępowań dotyczących błędów medycznych. Jest to o ok. 45% więcej niż w 2016 r. [11]. W 2022 r. zauważono spadek liczby wszczynanych przez prokuraturę postępowań dotyczących błędów medycznych i wzrost liczby spraw trafiających do sądu. W 2021 r. prokuratury wszczęły 1751 postępowań – 46% mniej niż w 2020 r. i o >600 mniej niż w 2017 r., 216 spraw (tj. o 35% więcej) trafiło na wokandę sądu w porównaniu z 2017 r. [11].

Należy zwrócić uwagę, że postępowanie sądowe o błąd lekarski może być najbardziej stresującym doświadczeniem w karierze zawodowej lekarza, co samo w sobie może łączyć się z wywołaniem PTSD lub innych zaburzeń związanych z reakcją na silny stres. Źródłem dodatkowego obciążenia są obawy o utratę środków do życia i reputacji oraz brak wiedzy o zasadach postępowania sądowego [2,4,5]. Mimo że pozwy sądowe w praktyce lekarskiej są zjawiskiem częstym, większość

lekarzy jest słabo przygotowana do radzenia sobie z ich psychologicznymi skutkami [4].

Autorzy niniejszego artykułu przeprowadzili przegląd literatury w celu uzyskania odpowiedzi na pytania, czym charakteryzuje się i objawia MMSS oraz jakie są jego konsekwencje, metody zapobiegania mu i radzenia sobie z nim.

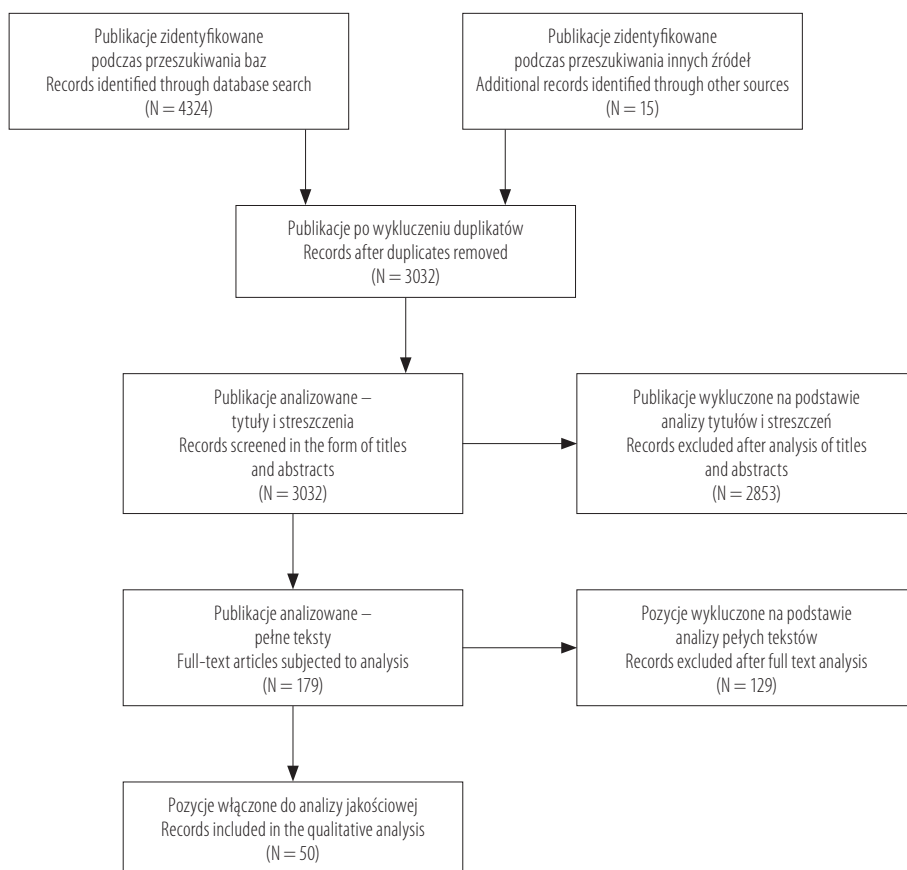
Ponadto skupili się na zdobyciu informacji na temat rozpowszechnienia błędów medycznych w poszczególnych specjalizacjach lekarskich i wyboru specjalizacji przez absolwentów kierunku lekarskiego w ostatnich latach.

METODY PRZEGLĄDU

Niniejszy artykuł ma charakter przeglądu narracyjnego. Autorzy pracy dokonali niezależnie przeglądu piśmiennictwa z lat 1988–2023, przeszukując medyczne bazy danych (PubMed, ResearchGate, Biblioteka Nauk), wydawnictwo termedia oraz serwis Journals.viamedica. Osoby dokonujące przeglądu nie mają bezpośredniego pośredniego zarówno pokrewieństwa, jak i powinowactwa z żadnym z autorów prac wykorzystanych w niniejszym artykule. W wyszukiwaniu literatury zastosowano słowa kluczowe w języku angielskim wraz z ich polskimi tłumaczeniami oraz możliwymi kombinacjami: „medical malpractice stress syndrome”, „litigation stress”, „medical malpractice”, „posttraumatic stress disorder”, „medical malpractice management” i „second victims”. Przegląd prowadzono pomiędzy 6 lutego a 10 czerwca 2023 r., biorąc pod uwagę publikacje w językach angielskim i polskim. Uwzględniono prace przeglądowe (*systematic review*) oraz pogładowe i oryginalne (badania jakościowe i ilościowe) dostępne dla czytelnika w pełnej wersji.

Po dokładnej selekcji prac autorzy niniejszej publikacji wspólnie wybrali 35 pozycji (20 prac przeglądowych, 7 prac badawczych, 4 prace oryginalne oraz 4 pozycje będące rozdziałami w książkach i dziennikach medycznych), które ich zdaniem najdokładniej charakteryzują MMSS, jego objawy, podobieństwo do PTSD, skutki zdrowotne i społeczne, a także problematykę błędów medycznych wraz z ich rozpowszechnieniem wśród poszczególnych specjalizacji medycznych. Skupili się także na wpływie ryzyka popełnienia błędu na wybór specjalizacji przez absolwentów studiów medycznych. W wyborze publikacji uwzględniono te, które poruszają praktyczne metody zapobiegania i radzenia sobie z błędami medycznymi.

Podczas doboru publikacji odrzucono pozycje, które poruszały kwestie o zbliżonej tematyce, lecz opisujące zja-



Rycina 1. Diagram selekcji publikacji naukowych opublikowanych w latach 1988–2023 włączonych do przeglądu narracyjnego
Figure 1. Search diagram of scientific publications published in the years 1988–2023 included in the narrative review

wiska niezwiązane bezpośrednio z tematem pracy, w tym problematykę wypalenia zawodowego u lekarzy, oraz artykuły dostępne jedynie w formie streszczeń lub fragmentów.

Skorzystano także z przeznaczonych dla lekarzy materiałów edukacyjnych z zakresu radzenia sobie z błędami medycznymi, a także z wybranych aktów prawnych i danych pochodzących z Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Wszystkie 15 pozycji dodatkowych pełniło funkcję pomocniczą w merytorycznym opracowaniu artykułu. Schemat selekcji prac naukowych i źródeł dodatkowych niezbędnych do przygotowania niniejszego artykułu przedstawiono w sposób graficzny (rycina 1).

Przy tworzeniu przeglądu narracyjnego autorzy pracy wykorzystali SANRA (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*) i 7-punktową listę kontrolną [12,13].

WYNIKI PRZEGLĄDU

Zespół stresu związanego z błędem medycznym (MMSS) – objawy i konsekwencje

Wczesne objawy MMSS mają najczęściej charakter depresyjny oraz somatyczny. Zarówno psychiczne, jak

i fizyczne objawy MMSS mogą stanowić nowo powstałą jednostkę chorobową lub przejawiać się poprzez pogorszenie istniejących schorzeń [2–5].

Dotychczas przeprowadzono niewiele badań dotyczących samego MMSS. Negatywne odczucia związane z reakcją stresową u lekarzy doświadczających pozwu o błąd w sztuce medycznej zwróciły już jednak uwagę badaczy w latach 80. ubiegłego wieku.

Wówczas Charles przeprowadziła badania ankietowe wśród lekarzy w formie kwestionariusza samooceny reakcji na proces o błąd medyczny. Kwestionariusze wysłano pocztą lekarzom, których dane znalazły się podsumowaniu werdyktów sądowych w Cook County w 1985 r. oraz indeksie procesów o błąd w sztuce dla północnego Illinois (Stany Zjednoczone). Łącznie uzyskano 64 ankiety (wskaźnik odpowiedzi 60%). Większość (97%) ankietowanych stanowili mężczyźni, a wśród specjalizacji dominowała chirurgia (39%) i choroby wewnętrzne (25%) [14].

Większość badanych (97%) doświadczyła fizycznych oraz emocjonalnych objawów w odpowiedzi na bycie pozwany o błąd medyczny. Najczęściej zgłaszane objawy dotyczyły uczucia wewnętrznego napięcia (86%),

obniżenia nastroju (80%), frustracji (78%) i złości (70%). Wykazano brak istotnych różnic w raportowanych objawach pomiędzy lekarzami, którzy wygrali proces, a tymi, którym się to nie udało. Stwierdzono także, że w porównaniu z niepozwanymi lekarzami, którzy zostali pozwani o błąd w sztuce, niezależnie od fazy procesu oraz jego rezultatu, przyznawali się do odczuwania znacząco większej liczby niepożądanych objawów oraz do wprowadzania zmian w postępowaniu klinicznym, takich jak zaprzestanie wykonywania procedur wysokiego ryzyka czy unikania leczenia trudnych pacjentów [14].

W 2023 r. opublikowano raport z oceny wpływu błędów medycznych, a także otrzymanego od przełożonych wsparcia na nasilenie stresu związanego z błędem w sztuce lekarskiej u pracowników Szpitala Ogólnego Weteranów w Taichung (Taichung Veterans General Hospital, Taiwan). W badaniu uczestniczyło 98 osób, zarówno lekarzy, jak i pracowników niebędących lekarzami, którzy znaleźli się w sytuacji, w której popełniono błąd medyczny w okresie od października 2015 r. do grudnia 2017 r. Większość (78,8%) badanych stanowiły kobiety. Autorzy przeprowadzili badanie retrospektywne z zastosowaniem 3 rodzajów kwestionariuszy oceniających reakcje na stres: *Zrewidowanej skali wpływu zdarzeń (Impact of Event Scale – Revised)*, *Stanfordzkiego kwestionariusza ostrej reakcji stresowej (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire – SASRQ)* oraz kwestionariusza zawierającego pytania dotyczące występowania fizycznych oraz psychicznych objawów MMSS.

W kwestionariuszu oceny występowania objawów MMSS >70% ankietowanych wskazało odczuwanie frustracji i napięcia. Ponad połowa personelu odczuwała wyczerpanie, zmęczenie, lęk i wzmożone napięcie mięśniowe z 15 fizycznych objawów MMSS. Wykazano, że pracownicy <40 r.ż., płci żeńskiej, niebędący lekarzami i popełniający błędy związane z ciężkimi obrażeniami u pacjentów stanowią grupy największego ryzyka doświadczania silnych reakcji stresowych.

U personelu, który w przypadku popełnienia błędu otrzymał wsparcie od przełożonych, zaobserwowano istotnie niższy całkowity wynik SASRQ [15].

Lekarze cierpiący na MMSS najczęściej odczuwają wstyd, lęk, poczucie winy, rozdrażnienie, poczucie utraty zaufania do swoich kompetencji i osamotnienie oraz mają znacznie obniżoną samoocenę. Pojawiają się również negatywne emocje, takie jak gniew, złość, frustracja i nienawiść do siebie [2,3,14,15]. Dominuje nadmierne zamartwianie się, które może zajmować >50% czasu

czuwania, oraz pojawiają się problemy z kontrolowaniem emocji [4].

Silne objawy lękowe wpływają na codzienne funkcjonowanie lekarza w sferze zarówno zawodowej, jak i osobistej. Częstą reakcją jest odcięcie się emocjonalne od rodziny, przyjaciół i środowiska zawodowego [3,4]. Sytuacja, w której znalazł się poszkodowany, i wszelkie odczuwane przez niego przytłaczające emocje mogą wynikać z sugestii prawników, aby nie dzielić się szczegółami sprawy w rozmowach z osobami postronnymi, lub z poczucia bycia negatywnie ocenianym, atakowanym lub unikany przez współpracowników, a także z uczucia wstydu lub depresji [2–4].

Z czasem u osoby cierpiącej na MMSS pojawiają się objawy somatyczne związane z przewlekłym stresem, takie jak zaburzenia snu, utrata apetytu, przewlekłe zmęczenie, wzmożone napięcie mięśni, bóle w klatce piersiowej i objawy żołądkowo-jelitowe. Często obserwowane są także zaostrzenia wcześniej leczonych schorzeń lub pojawienie się nowych. Początek lub pogorszenie wcześniej zdiagnozowanej choroby somatycznej występuje u ok. 2–15% lekarzy posądzonych o błąd lekarski [2–4,14]. Najczęściej dochodzi do zaostrzenia choroby wieńcowej lub cukrzycy oraz problemów gastroenterologicznych, takich jak nasilenie objawów choroby wrzodowej żołądka czy problemów z trawieniem [2,4].

Opisano przypadek 51-letniego lekarza, który doznał silnego stresu w wyniku oskarżenia o nadużycie zawodowe skutkujące śmiercią jednego z pacjentów. Oskarżony trafił do szpitala w związku z dolegliwościami sugerującymi zawał mięśnia sercowego, które były poprzedzone silnym lękiem i myślami samobójczymi. Rozpoznano kardiomiopatię takotsubo. Etiopatogeneza tego schorzenia nie jest w pełni wyjaśniona, jednak może być ona związana z silnym stresem ze względu na znacznie podwyższone stężenie katecholamin. Czynność serca lekarza wróciła do normy, ale objawy psychopatologiczne, takie jak lęk, niepokój, zmęczenie, nastrój depresyjny, drażliwość, zaburzenia snu, upośledzenie koncentracji i myśli samobójcze, utrzymywały się. Psychiatra oskarżonego zdiagnozował u niego MMSS [2].

Osoby cierpiące na MMSS często tracą zainteresowanie pracą i hobby. W niektórych przypadkach zauważalne jest też osłabienie libido i pogorszenie się życia seksualnego [4]. W przypadku długo utrzymujących się objawów MMSS zwiększa się ryzyko wystąpienia zespołu depresyjnego lub wypalenia zawodowego. Niepokojące jest to, że lekarze często wykazują tendencję do samoleczenia zamiast zasięgnąć porady innego

lekarza lub specjalisty. Pojawiają się również próby ucieczki od problemów, nierzadko racjonalizacja, unikanie, zaprzeczanie czy wyparcie jako mechanizmy obrony struktury osobowości. Osoby chore zaczynają sięgać po używki, takie jak alkohol czy inne substancje psychoaktywne, co może skutkować uzależnieniem. W cięższych przypadkach mogą pojawiać się myśli samobójcze, a nawet próby samobójcze [2–4]. Osoby, które zostały w przeszłości posądzone o błąd medyczny, w dalszej praktyce zawodowej starają się unikać sytuacji, które mogłyby zakończyć się postępowaniem sądowym. Oskarżony lekarz odczuwa wątpliwości dotyczące swoich umiejętności i kompetencji oraz trudności w podejmowaniu decyzji medycznych. Pojawia się przeświadczenie o dostarczaniu złych usług medycznych i zawroźdzeniu pacjentów [2–4,14]. Efektem niepewności jest prowadzenie bardzo szczegółowej dokumentacji medycznej i zlecenie zbędnych badań diagnostycznych, co może mieć charakter kompulsywny, a taka „praktyka obronna” skutkuje nieuzasadnionym wzrostem kosztów opieki medycznej [3–5,15,16]. U wielu lekarzy pojawiają się także myśli także o zmianie ścieżki zawodowej [2,4].

Zespół stresu związanego z błędem medycznym występuje również w środowisku pielęgniarskim. Mimo że osoby z tej grupy są znacznie rzadziej ofiarami pozwów niż lekarze, to znacznie częściej są wzywane do stawienia się przed sądem jako świadkowie obrony, przez co często odgrywają główną rolę w obronie lekarzy i podlegają takiemu samemu stresowi. Przyczyną jest to, że ich zeznania mogą w znacznym stopniu przesądzić o wyroku i dalszym losie lekarza. Pielęgniarki opisując uczucia przeżywane podczas procesu, wspominają o obwinianiu się o niezauważenie jakiegoś istotnego momentu związanego ze stanem pacjenta ze względu na częstą z nim interakcję [5,15,17].

Zespół stresu związanego z błędem medycznym (MMSS) jako forma PTSD

Wielu autorów zwraca uwagę na liczne podobieństwa między MMSS a PTSD [5,6,18]. Według Davisa i Jamesa [6,19] objawy psychopatologiczne towarzyszące pozwowi o błąd lekarski najbardziej pasują do diagnozy PTSD. Podobnie Fileni i wsp. [18] ocenili, że lekarze radiolodzy i radioterapeuci zaangażowani w postępowanie cywilne lub karne prezentują objawy psychologiczne i somatyczne bardzo podobne do objawów do PTSD.

Zespół stresu pourazowego (inaczej zaburzenie stresowe pourazowe) zgodnie z najnowszą Międzynarodową

Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11, jest zaliczany do grupy „Zaburzenia pourazowe i związane ze stresem” i kodowany jako 6B40 – zespół stresu pourazowego oraz 6B41 – złożony zespół stresu pourazowego [20,21]. Zespół ten stanowi rodzaj psychicznej reakcji na skrajnie zagrażające lub przerażające zdarzenie (lub serię zdarzeń), związane z realnym zagrożeniem utraty zdrowia lub życia, które przekracza możliwości adaptacyjne jednostki [2,20–23]. Z definicji wynika, że PTSD może także być skutkiem kumulatywnego efektu stresów w pewnym czasie, niekoniecznie pojedynczej ekspozycji na traumatyczne wydarzenie [6]. Oprócz powszechnie znanych objawów PTSD w DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wprowadzono dodatkowo kryterium pogorszenia funkcji poznawczych i nastroju [20].

Większość objawów opisywanych w PTSD pojawia się także w przebiegu MMSS. Lekarze, którzy doświadczyli stresu związanego z pozwem sądowym, cechują się tendencją do ponownego przeżywania bolesnych i niepokojących wspomnień związanych z zeznaniami, w szczególności z rozprawą [6]. Część objawów MMSS, podobnie jak w przypadku PTSD, jest związana z nadmierną aktywacją części współczulnej autonomicznego układu nerwowego. Są to m.in. lęk, nadmierne pobudzenie psychoruchowe, zaburzenia snu czy zaburzenia ze strony układu sercowo-naczyniowego [6,20–22]. Również w przypadku MMSS mogą pojawić się pogorszenie funkcjonowania i obniżenie nastroju oraz zespoły psychopatologiczne spełniające kryteria zaburzeń depresyjnych czy zaburzeń adaptacyjnych (odpowiednio, 27–39% i 20–53% pozwanych lekarzy) [3].

***Second victim* – lekarze jako „drugie ofiary” błędów medycznych**

Odnosnie do lekarzy uwikłanych w procesy związane z popełnieniem błędu w sztuce lekarskiej wprowadzono pojęcie *second victim*, które identyfikuje pracownika ochrony zdrowia jako „drugą ofiarę” błędu w sztuce medycznej. Termin ten został przedstawiony po raz pierwszy przez Wu w 2000 r. i rozbudowany przez Scott i wsp. w 2009 r. [24,25]. „Wiele błędów jest wbudowanych w istniejące procedury i urządzenia, ustawiając nieświadomego lekarza i pacjenta na katastrofę. Podczas gdy pacjenci są pierwszymi i oczywistymi ofiarami błędów medycznych, lekarze są również pokrzywdzeni: są drugimi ofiarami” [24,26]. Często drugie ofiary czują się osobiście odpowiedzialne za niepowodzenia diagnostyczne i terapeutyczne, kwestionując przy tym zakres swojej wiedzy i umiejętności klinicznych [24,25].

Denham podaje także, że drugimi ofiarami mogą stać się pielęgniarki, farmaceuci i inni członkowie zespołu opieki zdrowotnej, którzy są również podatni na błędy i ich skutki. Biorąc pod uwagę hierarchię szpitalną, mają oni mniejszą swobodę radzenia sobie ze swoimi błędami – są milczącymi świadkami błędów i cierpią z powodu lojalności wobec pacjenta, instytucji i zespołu [27].

Rozpowszechnienie pozwów o błąd w sztuce lekarskiej

Zdaniem Donlen i Puro obecna sytuacja związana ze zwiększoną odpowiedzialnością medyczną ma zauważalnie negatywny wpływ na praktykę zawodową lekarzy w całych Stanach Zjednoczonych [28].

W 2011 r. opublikowano wyniki badania ilościowego populacji 40 916 amerykańskich lekarzy dotyczące liczby pozwów o błąd w sztuce składanych w latach 1991–2005. Okazało się, że aż 36% lekarzy o specjalnościach niskiego ryzyka i 88% o specjalnościach z grupy wysokiego ryzyka, mających 45 lat zostało chociaż raz w życiu pozwanych za błąd w sztuce. Procent ten wzrasta znacząco w przypadku lekarzy mających 65 lat (wiek przejścia na emeryturę większości lekarzy) do odpowiednio 75% i 99%. Ponadto autorzy opisywanej pracy podają, że ok. 55% internistów przed ukończeniem 45 r.ż. będzie dotyczyło roszczenie z tytułu błędu w sztuce lekarskiej, przed ukończeniem 65 r.ż. aż 89%. Dla porównania 80% lekarzy specjalizujących się w chirurgii (w tym chirurgii ogólnej) i 74% – w położnictwie i ginekologii będzie oskarżonych o błąd w sztuce przed ukończeniem 45 r.ż. Pozew o taki błąd jest często opisywany jako „koszt praktykowania medycyny” [29].

W Polsce również obserwuje się zwiększanie liczby pozwów o błąd medyczny. W 2001 r. 25% ankietowanych przyznało, że padło ofiarą błędu lub pomyłki lekarskiej, w 2014 r. odsetek ten wzrósł już do 33% [30,31]. Według danych udostępnionych przez Portal Orzeczeń Sądów 25% wszystkich przypadków spraw sądowych toczących się w latach 2000–2017 w Polsce dotyczyło świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej, 20% – ortopedii i traumatologii, kolejne były świadczenia z ginekologii i położnictwa (11% spraw) [32].

Mimo że w każdej specjalizacji istnieje ryzyko popełnienia błędu w sztuce, można z łatwością wyróżnić kilka specjalizacji, w których odsetek pozwów o błąd jest zdecydowanie wyższy od pozostałych. Jedną z nich jest ginekologia i położnictwo. W 2015 r. American Collage of Obstetricians and Gynecologist przeprowadziło badanie wśród amerykańskich lekarzy specjalizujących

się w ginekologii i położnictwie. Badanie miało charakter anonimowej ankiety, w której kobiety stanowiły 56,1% ankietowanych; 42,7% badanych pracowało w przychodniach (*group practice*), 17,8% – w szpitalach, 15,7% – prowadziło prywatną praktykę lekarską, a 14,5% – było wykładowcami akademickimi. Wykazano, że aż 73,6% wszystkich ginekologów co najmniej raz w swojej karierze zostało pozwanych lub otrzymało skargę na wykonane przez siebie czynności medyczne, a prawie 40% osób badanych już podczas trwania specjalizacji spotkało się z roszczeniem o błąd w sztuce. Ponadto okazało się, że prawie 50% ginekologów zastanawia się nad zmianą specjalizacji w obawie o pozwy [33,34].

Coraz częściej do sądów trafiają również pozwy o błąd w sztuce związany z opieką okołoporodową. W związku ze zmianami w polskim prawie, które miały miejsce w ostatnich kilku latach, znacząco różnie liczba spraw sądowych związanych zarówno z narażeniem życia i zdrowia dziecka, jak i ze śmiercią matki. Najczęstszymi przyczynami pozwów są decyzje medyczne dotyczące bezpośrednio samej akcji porodowej oraz terminacji ciąży w związku ze śmiercią płodu lub jego ciężkimi wadami wrodzonymi. Porównywalny odsetek spraw stanowią również przypadki błędów w diagnostyce stanu matki i płodu, które skutkują niedostatecznie wczesnym rozpoznaniem wady lub innej choroby, a w konsekwencji znacznie opóźniają leczenie [33].

Wysokie jest także ryzyko pozwu w przypadku neurochirurgów. Najczęstsze (56%) roszczenia dotyczą operacji przebiegających na rdzeniu kręgowym, 39% roszczeń dotyczy operacji w obrębie głowy i mózgu, a 5% – innych zabiegów. Ustalono, że najczęstsze przyczyny to błędy w diagnostyce krwawień wewnątrzczaszkowych lub tętniaków oraz wiążące się z nimi niepowodzenia podczas operacji. Warto zauważyć, że w 2005 r. w Stanach Zjednoczonych z powodu błędów popełnionych podczas operacji neurochirurgicznych wypłacono najwięcej odszkodowań (w porównaniu z innymi specjalizacjami) [35].

Rosnąca liczba pozwów wiąże się z negatywnymi skutkami nie tylko dla lekarzy, ale również dla pacjentów. Coraz częściej w związku z obawami o potencjalne konsekwencje neurochirurgii rzadziej podejmują się ryzykownych procedur, takich jak operacje tętniaków mózgu, kręgosłupa czy dzieci. Znacznie obniża to jakość świadczonych usług medycznych i szansę na lepsze życie dla pacjentów, którzy potrzebują danego leczenia [35].

Na duże ryzyko pozwów o błąd w sztuce narażeni są także specjaliści z dziedziny chirurgii plastycznej. Nierzadko pozwy te nie dotyczą samej fizycznej szkody, ale wynikają z niezadowolenia z efektów zabiegu. Oznacza to, że chirurdzy plastyczni często są narażeni na dodatkowy stres, który nie wynika bezpośrednio z uchybień w ich pracy. Dlatego chirurgia plastyczna jest jedną ze specjalizacji tzw. wysokiego ryzyka, która w Stanach Zjednoczonych zajmuje 5 miejsce w rankingu potencjalnego narażenia na roszczenia pacjentów i sprawy sądowe [36]. W Wielkiej Brytanii prawie 13% lekarzy tej specjalizacji każdego roku ma do czynienia z sytuacją kończącą się pozwem lub sprawą sądową [37].

Ze zwiększonym ryzykiem pozwu o błąd w sztuce mają do czynienia także radiolodzy. W 2007 r. przeprowadzono wśród włoskich radiologów i radioterapeutów badanie w formie anonimowego kwestionariusza dotyczące postrzegania przez ankietowanych stresu związanego z błędem medycznym, ich opinii na temat przyczyn błędów, a także oceny satysfakcji zawodowej i ogólnego stanu zdrowia. W badaniu brało udział 206 radiologów i 108 radioterapeutów, większość (79,9%) stanowili mężczyźni. Wśród badanych najwięcej było osób w wieku 46–50 lat i z ponad 26-letnim doświadczeniem zawodowym. Kwestionariusz obejmował 2 części. Pierwsza dotyczyła danych demograficznych i doświadczenia zawodowego oraz zawierała serię stwierdzeń na temat błędów medycznych i ich przyczyn w radiologii. Druga oceniała satysfakcję z pracy i poziom samopoczucia psychofizycznego ankietowanych w czasie badania.

Aż 1/3 ankietowanych była pozwana za błąd lekarski, co skutkowało zmniejszeniem satysfakcji z pracy i pogorszeniem samopoczucia. Większość ankietowanych (92%), w tym statystycznie istotnie częściej pozwani w przeszłości, przyznała, że radiolodzy i radioterapeuci są grupą narażoną na ryzyko postępowania sądowego. Podobnie statystycznie istotnie więcej lekarzy wcześniej pozwanych uważało, że pozew o błąd medyczny dotyczy tylko mniej doświadczonych lekarzy.

Badani radiolodzy stanowili grupę dobrze zaznajomioną z przyczynami błędów medycznych, jednak dysponowali ograniczoną wiedzą na temat praktyk zarządzania ryzykiem klinicznym. Rzadko mieli do czynienia z procedurami wysokiego ryzyka, przez co często ignorują uzyskanie świadomej zgody pacjenta [18].

Ryzyko popełnienia błędu medycznego jest związane z pracą ratownika medycznego. Najczęściej wynika z niewłaściwego rozpoznania na podstawie mylnie interpretowanych objawów czy niedopatrzenia podczas

wykonywania podstawowego badania fizykalnego, czyli z błędu diagnostycznego. Do błędu terapeutycznego może dojść podczas podania niewłaściwego leku i/lub w nieodpowiedniej dawce. Należy również wspomnieć o zdarzeniach niepożądanych związanych z samym przebiegiem akcji ratunkowej, podczas której – ze względu na swoje warunki i ekstremalne sytuacje – może dojść do zainfekowania rany, co może skutkować zakażeniami zagrażającymi zdrowiu, a nawet życiu poszkodowanego. Jeśli w wyniku nieprawidłowych działań dojdzie do śmierci poszkodowanego, pełna odpowiedzialność spoczywa na kierowniku zespołu medycznego, a sprawy najczęściej kończą się procesem sądowym i wielomiesięcznym sporem o odszkodowania dla rodziny pacjenta [38,39].

Wybór drogi zawodowej przez młodego lekarza i perspektywy

Dostęp do nowoczesnej opieki medycznej w przyszłości może być zagrożony z powodu unikania przez lekarzy wyboru specjalności o wyższym ryzyku błędów lekarskich. Coraz częściej studenci, wybierając przyszłą specjalizację, biorą pod uwagę potencjalne ryzyko prawnej odpowiedzialności za błędy, które mogą się wydarzyć. W Polsce zauważono spadek zainteresowania studentów specjalizacjami wysokiego ryzyka, takimi jak chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne czy ginekologia. Miejsca na tych specjalizacjach pozostają wolne, chętnych na nie niestety brakuje.

Przeanalizowano dane dotyczące liczby miejsc specjalizacyjnych w trybie rezydenckim przyznanych przez Ministra Zdrowia oraz liczby osób zakwalifikowanych na poszczególne specjalizacje w postępowaniach rekrutacyjnych z jesieni 2021 r., wiosny 2022 r. i jesieni 2022 r. (tabela 1). Skupiono się na specjalizacjach zabiegowych (chirurgia ogólna, klatki piersiowej, dziecięca, naczyniowa, neurochirurgia, kardiochirurgia) i związanych z dużym ryzykiem popełnienia błędu (choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia, medycyna ratunkowa).

Analiza danych wykazała, że w przypadku wszystkich wymienionych specjalizacji każdorazowo pozostawał duży odsetek niezapełnionych miejsc. Spośród specjalizacji zabiegowych najwyższy (>70%) był on w przypadku chirurgii klatki piersiowej, a spośród specjalizacji niechirurgicznych największa liczba wolnych miejsc pozostała na medycynie ratunkowej (>90% w rekrutacji zarówno jesiennej w 2021 r., jak i wiosennej w 2022 r.).

Informacje te dają podstawy do wnioskowania, że w perspektywie kolejnych lat dostęp do specjalistów

Tabela 1. Miejsca specjalizacyjne w trybie rezydenckim, osoby przyjęte na specjalizację oraz wolne miejsca na wybrane specjalizacje w postępowaniach kwalifikacyjnych – jesień 2021, wiosna i jesień 2022 roku
Table 1. Summary of medical specialisation places in residency mode, the persons admitted to specialisations and free vacancies of selected specialisations in the selection procedures – autumn 2021, spring and autumn 2022

Specjalizacja Medical specialisation	Postępowanie kwalifikacyjne Qualification procedure											
	jesień 2021 autumn 2021			wiosna 2022 spring 2022			jesień 2022 autumn 2022					
	miejsca w trybie rezydenckim seats in residential mode [n]	osoby przyjęte na specjalizację people admitted to specializations [n]	wolne miejsca na specjalizację vacancies for specializations [%]	miejsca w trybie rezydenckim seats in residential mode [n]	osoby przyjęte na specjalizację people admitted to specializations [n]	wolne miejsca na specjalizację vacancies for specializations [%]	miejsca w trybie rezydenckim seats in residential mode [n]	osoby przyjęte na specjalizację people admitted to specializations [n]	wolne miejsca na specjalizację vacancies for specializations [%]	miejsca w trybie rezydenckim seats in residential mode [n]	osoby przyjęte na specjalizację people admitted to specializations [n]	wolne miejsca na specjalizację vacancies for specializations [%]
Chirurgia ogólna / General surgery	247	135	45,3	97	32	67,0	199	131	34,1			
Chirurgia klatki piersiowej / Thoracic surgery	23	4	82,6	14	4	71,4	27	7	74,0			
Chirurgia naczyniowa / Vascular surgery	21	16	23,8	14	7	50,0	24	20	16,6			
Chirurgia dziecięca / Pediatric surgery	38	18	52,6	40	7	82,5	49	23	53,1			
Chirurgia onkologiczna / Oncological surgery	43	11	74,4	32	0	100	58	27	53,4			
Neurochirurgia / Neurosurgery	21	18	14,2	7	4	42,8	18	16	11,1			
Kardiochirurgia / Cardiac surgery	39	14	64,1	14	3	78,5	24	10	58,3			
Medycyna ratunkowa / Emergency medicine	263	23	91,2	72	6	91,6	74	34	54,0			
Choroby wewnętrzne / Internal medicine	520	306	41,1	148	62	58,1	352	269	23,5			
Położnictwo i ginekologia / Obstetrics and gynecology	296	242	18,2	51	25	50,9	250	205	18,0			

z wymienionych dziedzin medycyny może być trudniejszy niż dotychczas [40–45].

Według Donlen amerykańscy studenci unikają m.in. wyboru specjalizacji pediatrycznych z powodu wydłużonego okresu odpowiedzialności za popełnione błędy [28]. Warto wspomnieć, że w przypadku błędu, w wyniku którego ucierpiałby noworodek, okres, w którym można wnieść pozew o odpowiedzialność cywilną, wynosi od roku do maks. 23 lat ($M = 12,3$ roku). W przypadku 6-letniego pacjenta okres ten wynosi od roku do 17 lat, a dziecka 12-letniego – od roku do 11 lat. Okres ten jest znacznie dłuższy niż w przypadku pacjentów >25 r.ż. – od roku do 3 lat [28]. W przyszłości można więc obawiać się braku specjalistów w dziedzinie pediatrii.

W kontekście potencjalnego ryzyka popełnienia błędu w sztuce medycznej i sposobu radzenia sobie ze stresem z tego wynikającym ważne są wczesne zawodowe doświadczenia rezydentów, które mogą w znaczący sposób wpływać na ich późniejszą samodzielną praktykę lekarską i sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Częściowo jest to związane z naśladowaniem wcześniej zaobserwowanych zachowań starszych kolegów w podobnej, stresującej sytuacji.

Badania przeprowadzone wśród 114 rezydentów chorób wewnętrznych, które dotyczyły ich reakcji emocjonalnej na wspomnienie popełnionego przez nich błędu, wykazały, że 28% badanych przyznało się do doświadczania uogólnionych negatywnych emocji na wspomnienie błędu, 54% rozmawiało na ten temat ze swoim przełożonym, a 58% – z członkami rodzin lub przyjaciółmi spoza środowiska medycznego. Jak wynika z tych danych, zaledwie ponad połowa osób biorących udział w badaniu zdecydowała się na rozmowę o swoich przeżyciach. Niepokojące jest także to, że aż 27% rezydentów stwierdziło, że atmosfera panująca w szpitalu zniechęcała ich do omawiania popełnionego błędu [46].

W innym badaniu spośród 85 rezydentów ginekologii i położnictwa oraz chirurgii wybrano grupę składającą się z 26 młodych lekarzy (14 mężczyzn i 12 kobiet), którzy opisali przypadki 70 błędów w sztuce związane z ich praktyką zawodową. Spośród badanych 11 osób było na 1 roku specjalizacji, 5 – na 2 roku, 7 – na 3 roku, 2 osoby były na 4 roku, a 1 badany był na 5 roku. Badani zapytani o swoje odczucia relacjonowali rozpacz i złe samopoczucie (62%), zwątpienie w siebie oraz poczucie winy (39%), poczucie straconej szansy na niesienie pomocy pacjentowi i rozczarowanie swoją postawą oraz gniew (35%), a także strach (12%). Jako sposób na radzenie sobie z negatywnymi emocjami aż

96% rezydentów wskazywało rozmowę ze współpracownikami lub rodziną. Porada kolegi po fachu zmniejszyła poczucie izolacji i zwątpienie w siebie. Podczas tych rozmów część respondentów odczuwała jednak niezadowolone swoich rozmówców, najprawdopodobniej wynikające z tego, że badani nie poradzi sobie z problemami samodzielnie, co w przyszłości może skutkować niechęcią do ponownego poproszenia o radę [46].

Sposoby radzenia sobie z MMSS oraz zapobiegania mu

Opisywane w literaturze strategie postępowania ze stresem związanym z pozwem sądowym obejmują świadomość wystąpienia i zrozumienie reakcji na stres, zapoznanie się z dostępnymi materiałami dotyczącymi MMSS, wsparcie specjalistów, współpracę z prawnikami, pogłębienie wiedzy z zakresu prawa i błędów medycznych, wsparcie społeczne, znalezienie czasu na odpoczynek, rozwój kompetencji zawodowych, ponowną ocenę własnych osiągnięć zawodowych oraz przewartościowanie zdarzenia (zmiana sposobu myślenia o nim lub jego postrzegania) [3]. Zrozumienie własnych reakcji emocjonalnych oraz pogłębienie wiedzy z zakresu psychologicznych i zdrowotnych następstw stresu umożliwia podjęcie działań pozwalających im zapobiegać [3,5].

Dobre zdrowie fizyczne i psychiczne jest pomocne w zmaganiu się z pozwem sądowym, stąd często konieczna jest pomoc innego lekarza [2–4]. Jeśli stres jest na tyle silny, że utrudnia funkcjonowanie w sferze zarówno zawodowej, jak i relacji międzyludzkich lub jego skutki są łagodzone za pomocą używek, zalecana jest pomoc psychiatry. Redukcja objawów stresowych pozwala lekarzowi myśleć i działać z większym obiektywizmem, pozostać skupionym na procesie oraz przyjąć zdrowszą perspektywę w stosunku do sytuacji, w której się znalazł [2,3].

Pomocną metodą w radzeniu sobie z MMSS może być trening medytacyjny oparty na uważności (*mindfulness*), który jest metodą radzenia sobie ze stresem często zalecaną pracownikom ochrony zdrowia [47].

Polscy badacze ocenili przydatność praktyki uważności jako metody radzenia sobie ze stresem. Przeprowadzili przegląd literatury, skupiając się na skutkach stresu, uważności, świadomości sytuacyjnej i funkcjach wykonawczych w podejmowaniu decyzji przez młodych lekarzy. Dodatkowo odnieśli się do własnego doświadczenia dydaktycznego z zajęć symulacyjnych z ponad 600 studentami 6 roku kierunku lekarskiego w latach 2017–2021. Podczas zajęć w Centrum Symulacji Medycznych studenci wcielali się w rolę lekarza kierującego oraz samo-

dzielnie podejmowali decyzje diagnostyczne i terapeutyczne [47]. Badacze ocenili trening uważności jako skuteczną metodę redukcji poziomu stresu, korzystnie wpływającą na świadomość sytuacyjną i funkcje wykonawcze, skupienie oraz świadomość własnych ograniczeń. Ich zdaniem wpływ treningu uważności na zmniejszenie liczby błędów medycznych wymaga jednak dalszej oceny [47].

Jeżeli traktować MMSS jako formę PTSD, to we współczesnych metodach leczenia tego zaburzenia mają zastosowanie zarówno psychoterapia, jak i farmakoterapia. Zgodnie z wynikami badań randomizowanych skuteczność psychoterapii przewyższa farmakoterapię [20–22]. Podczas całego procesu najważniejsze dla oskarżonego jest wsparcie otoczenia. Zwrócenie się o pomoc do otoczenia nie powinno być postrzegane przez samego oskarżonego jako oznaka słabości. Pomocne może być również skorzystanie z grup wsparcia i kontakt z innymi lekarzami, zwłaszcza tymi, którzy sami zmagali się z pozwem o błąd medyczny [3,4].

Autorzy opisywanego badania przeprowadzonego wśród pracowników szpitala w Tajwanie podkreślają wagę wsparcia w aspekcie zdrowia psychicznego i pomocy prawnej udzielanego przez władze szpitala pracownikom, zwłaszcza wspomnianym najwrażliwszym grupom, w przypadku błędu w sztuce [15].

W obliczu wyzwań związanych z postępowaniem sądowym dbanie o własny dobrostan, w tym odpowiednią dietę, aktywność fizyczną i czas na wypoczynek, jest również ważne, jak wsparcie społeczne [4]. W odzyskiwaniu poczucia pewności siebie mogą pomóc różne formy zaangażowania w rozwój kompetencji osobistych i zawodowych, np. kursy i szkolenia zawodowe [4,48]. Zmiana sposobu myślenia o sobie i stosunku do zdarzenia oraz przeanalizowanie własnych osiągnięć zawodowych pozwala lekarzowi z dystansem spojrzeć na swoje kompetencje i zdarzenie [3,6]. Pomocne są różne formy psychoterapii dostosowane do potrzeb i możliwości klienta.

Jednak niezależnie od wyniku proces o błąd w sztuce lekarskiej może być doświadczeniem wartościowym i wzbogacającym człowieka w wiedzę przydatną w dalszej karierze zawodowej [4]. Oskarżony, kierując się nabytym już doświadczeniem, powinien zidentyfikować te obszary praktyki, które wymagają poprawy i stanowią ryzyko ponownego pozwu [3,49]. Zrozumienie i zmiana wzorców zachowań, w tym pojawiających się pod wpływem stresu i mogących przyczynić się do konfliktowych sytuacji z pacjentem, mogą być korzystne nie tylko w relacji lekarz–pacjent, ale także w innych aspektach życia [6,49].

Najskuteczniejszą metodą zapobiegania MMSS jest aktywne unikanie sytuacji, które mogłyby skutkować błędami w sztuce lekarskiej i ewentualnym postępowaniem sądowym [2]. Dobrą strategią jest stosowanie wzorców zawodowych w taki sposób, by zredukować ryzyko posądzenia o uchybienie zawodowe. Należy przestrzegać standardów procedur medycznych oraz stosować się do aktualnych wytycznych terapeutycznych i diagnostycznych [2].

Skuteczna komunikacja z pacjentami pozwala zmniejszyć ryzyko nieporozumień, z których mogą wynikać roszczenia. Głównym jej elementem jest uważne słuchanie pacjenta, rzetelne interpretowanie faktów medycznych i udzielanie mu wszelkich dostępnych informacji o planowanym leczeniu, z uwzględnieniem działań niepożądanych, by zapracować sobie na jego zaufanie i sympatię. Należy zapewnić pacjentowi możliwość zadawania pytań i wyjaśnianie istniejące wątpliwości. Warto także uzmysłowić pacjentowi, na czym polega jego własny udział w leczeniu, i poinformować go o współodpowiedzialności za rezultat leczenia [49]. Z praktyki lekarskiej wynika, że pacjenci wnikliwie analizują przekazywane przez lekarza informacje. Wśród podstawowych praw pacjenta, takich jak poszanowanie jego intymności i godności osobistej, dochowania tajemnicy lekarskiej, zapewnienia dostępu do dokumentacji medycznej, jest także prawo do szczegółowych informacji na temat planowanego leczenia [50].

Ważne jest zadbanie o poprawne uzyskanie świadomej zgody pacjenta przed wdrożeniem postępowania diagnostycznego lub terapeutycznego. Zgoda pacjenta na zabieg musi być dobrowolna i świadoma, co oznacza, że musi on zostać szczegółowo poinformowany przez lekarza o korzyściach, zagrożeniach i ewentualnych komplikacjach związanych z planowanym postępowaniem medycznym. Wyniki rozmowy powinny zostać udokumentowane [49,50]. Poprawne, kompletne i terminowe prowadzenie dokumentacji medycznej jest kolejnym, korzystnym w obliczu potencjalnych roszczeń pacjenta działaniem. Skrupulatne dokumentowanie powodów wszystkich decyzji medycznych, a także odstępstw od standardów i wytycznych może okazać się czynnikiem wystarczającym do obrony swojego stanowiska w sprawach posądzeń o błąd medyczny [2,50].

WNIOSKI

W ostatnich czasach wzrasta świadomość pacjentów na temat przysługujących im praw oraz metod leczenia. W związku z tym liczba pozwów sądowych rośnie,

szczególnie w specjalizacjach zabiegowych, takich jak ginekologia i położnictwo czy neurochirurgia, a także – jak wynika z analizowanej literatury – specjalizacji skupionych na diagnostyce, jak radiologia. Proces sądowy będący następstwem błędu w sztuce lekarskiej może stanowić najbardziej stresujące wydarzenie w życiu lekarza, stwarzając zagrożenie dla wszystkich obszarów jego kariery zawodowej.

Silna reakcja stresowa na błąd w sztuce i jego konsekwencje prawne może skutkować MMSS. W Polsce zjawisko to nie jest szeroko opisywane w literaturze medycznej ani prawniczej, jednak z powodu wzrastającej liczby procesów sądowych o błąd lekarski wymaga ono szczególnej uwagi. Rozpowszechnienie tego zespółu w Polsce nie jest znane i wskazana jest jego dalsza ocena. Można go traktować jako formę PTSD, która manifestuje się zaburzeniami zarówno emocjonalnymi, jak i somatycznymi. Objawy te silnie negatywnie wpływają na zdolność do podejmowania decyzji medycznych przez lekarzy i ich poczucie satysfakcji zawodowej, co może skutkować zlecaniem niepotrzebnych badań, odwlekaniem decyzji terapeutycznych lub przedwczesnym odejściem z zawodu. Zespół stresu związanego z błędem medycznym może mieć negatywne konsekwencje nie tylko dla doświadczającego go lekarza, ale także dla pacjentów. Może również zwiększać koszty opieki medycznej.

W radzeniu sobie ze skutkami MMSS konieczne jest wsparcie otoczenia i współpraca lekarza z innymi specjalistami. Profilaktyka MMSS obejmuje znajomość podłoża reakcji stresowej i postępowanie, które zmniejszy prawdopodobieństwo sądowych konsekwencji pomyłek lekarza. Szczególnie ważne jest przestrzeganie aktualnych wytycznych, efektywna komunikacja z pacjentem i rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej.

Studenci i młodzi lekarze deklarują, że przygotowanie zawodowe oferowane przez uczelnie medyczne, zwłaszcza dotyczące prawa medycznego, radzenia sobie z błędami medycznymi, komunikacji z pacjentami oraz sposobu radzenia sobie ze stresem zawodowym, jest niewystarczające.

Młodzi lekarze stanowią grupę istotnie narażoną na popełnienie błędu lekarskiego.

Wydaje się, że obawa przed prawnymi konsekwencjami błędów wpływa na wybór przez absolwentów kierunków lekarskich specjalizacji z niskim ryzykiem ich popełnienia oraz unikanie specjalizacji zabiegowych obarczonych zdecydowanie wyższym ryzykiem potencjalnego błędu w sztuce. Corocznie zauważalne jest spadające zainteresowanie niektórymi specjalizacjami.

Zarówno rozpowszechnienie MMSS wśród pracowników ochrony zdrowia, jak i wpływ ryzyka pozwu o błąd lekarski na wybór specjalizacji medycznej w Polsce wymagają dalszych badań.

Wkład autorów

Koncepcja badań: Karolina Kruczaj, Ewa Krawczyk, Magdalena Piegza

Metodyka badań: Karolina Kruczaj, Ewa Krawczyk, Magdalena Piegza

Zbieranie materiału: Karolina Kruczaj, Ewa Krawczyk, Magdalena Piegza

Analiza statystyczna: Karolina Kruczaj, Ewa Krawczyk, Magdalena Piegza

Interpretacja wyników: Karolina Kruczaj, Ewa Krawczyk, Magdalena Piegza

Piśmiennictwo: Karolina Kruczaj, Ewa Krawczyk, Magdalena Piegza

PIŚMIENNICTWO

1. Paterick ZR, Ngo E, Patel N, Chandrasekaran K, Tajik J, Paterick TE. Malpractice Considerations: New Concerns on the Horizon. *J Med Pract Manage.* 2016; 32(3):177–81.
2. Paterick ZR, Patel N, Chandrasekaran K, Tajik J, Paterick TE. Medical Malpractice Stress Syndrome: A “Forme Fruste” of Posttraumatic Stress Disorder. *J Med Pract Manage.* 2017; 32(4):283–7.
3. Charles SC. Coping with a medical malpractice suit. *West J Med.* 2001;174(1):55–8. <https://doi.org/10.1136/ewjm.174.1.55>.
4. Sanbar SS, Firestone MH. Physicians and Malpractice. Chapter 2 – Medical Malpractice Stress Syndrome. 2016;12–5.
5. Ryll Na. Living Through Litigation: Malpractice Stress Syndrome. *J Radiol Nurs.* 2015;34(1):135–8. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2014.11.007>.
6. Lazarus A. Traumatized by Practice: PTSD in Physicians. 2014;30(2):131–4.
7. Orzeczenie Sądu Najwyższego IV z dnia 01.04.1995 CR39/54, OSN 1957, nr 1, poz. 7.
8. Kościelniak M. Odpowiedzialność za zdarzenia medyczne – część 1 – pojęcie błędu medycznego. *Monitor ubezpieczeniowy* [Internet]. 2014 Apr [cited 2023 Jul 12];56(8):[about 1 p.]. Available from: <https://mu.rf.gov.pl/56/art-8.html>.
9. Farber HS, White MJ. A Comparison of Formal Versus Informal Dispute Resolution in Medical Malpractice. *J Leg Stud.* 1993;23(2):777–806. <https://doi.org/10.1086/467945>.
10. Puch EA, Nowak-Jaroszyk M, Swora-Cwynar E. Błąd medyczny w teorii i praktyce – przegląd najważniejszych

- zagadnień. *Med Pr.* 2020;71(5):613–30. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00988>.
11. Otto-Duszczak P, Klinger K. Coraz więcej spraw dotyczących błędów medycznych trafia do sądów. Widać efekty specjalizacji prokuratorów. *Dziennik Gazeta Prawna* [Internet]. 2022 Jun [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/8466353,bledy-medyczne-sady-prokuratura.html>.
 12. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA – a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev.* 2019;4:5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>.
 13. ANDJ Narrative Review Checklist. [Internet]. [cited 2023 Jul 11]. Available from: https://www.elsevier.com/__data/promis_misc/ANDJ%20Narrative%20Review%20Checklist.pdf.
 14. Charles SC, Psykoty CE, Nelson A. Physicians on trial: self-reported reactions to malpractice trials. *West J Med.* 1988;148:358–60.
 15. Tsai S-F, Wu C-L, Ho Y-Y, Lin P-Y, Yao A-C, Yah Y-H, et al. Medical malpractice in hospitals – how healthcare staff feel. *Front Public Health.* 2023;11:1080525. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1080525>.
 16. Wu AW, Folkman S, McPhee SJ, Lo B. Do house officers learn from their mistakes? *J Am Med Assoc.* 1991;265(16):2089–94. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.3.221>.
 17. Fiore G. Nurses Under Fire: The Stress of Medical Malpractice. *Medscape Nurses* [Internet]. 2022 May [cited 2023 Jun 10]. Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/973649?&icd=login_success_email_match_fpf.
 18. Fileni A, Magnavita, N Mammi F, Mandoliti G, Lucà F, Magnavita G, et al. Malpractice stress syndrome in radiologists and radiotherapists: perceived causes and consequences. *Radiol Med.* 2007;112(7):1069–84. <https://doi.org/10.1007/s11547-007-0206-9>.
 19. James JM, Davis WE. Physicians Survival Guide to Litigation Stress. Understanding, Managing, and Transcending a Malpractice Crisis, Physician Health Publications. Ochsner J. 2006 Winter;6(2):89.
 20. Sareen J.: Zespół stresu pourazowego u dorosłych: wpływ, współchorobowość, czynniki ryzyka i leczenie. *Med Prakt. Psychiatria.* 2016;6:6–15.
 21. Gałęcki P, Szulc A. *Psychiatria. Rozpoznania wg ICD-11.* Wrocław: Edra Urban& Partner; 2023.
 22. Cebella A, Łucka I. Zespół stresu pourazowego – rozpoznanie i leczenie. *Psychiatria.* 2007;4(3):128–36.
 23. Rutkowski K. Diagnostyka porównawcza zaburzeń pourazowych, Comparative diagnosis of posttraumatic disorders. *Psychiatr Pol.* 2005;39(1):75–88.
 24. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, Panella M, et al. Health Care Professionals as Second Victims After Adverse Events: A Systematic Review. *Eval Health Prof.* 2013;36(2):135–62. <https://doi.org/10.1177/0163278712458918>.
 25. Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR. Sharing the load. Rescuing the healer after trauma. *Reg Nurs J.* 2008;71(12):38–40,42–3.
 26. Wu AW. Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *Brit Med J.* 2000;320(7237):726–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726>.
 27. Denham CR. TRUST: The 5 rights of the second victim. *J Patient Saf.* 2007;3(2):107–19. <https://doi.org/10.1097/01.jps.0000236917.02321.fd>.
 28. Donlen J, Puro JS. The impact of the medical malpractice crisis on OB-GYNs and patients in southern New Jersey. *N J Med.* 2003;100(9):12–9.
 29. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *N Engl J Med.* 2011;365:629–36. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1012370>.
 30. Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Komunikat z badań BS/27/2001. CBOS [Internet]. 2001 Feb [cited 2023 Jul 28]. Available from: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2001/K_027_01.PDF.
 31. Opinie o błędach medycznych i zaufaniu do lekarzy. Komunikat z badań 165/2014. CBOS [Internet]. 2014 Dec [cited 2023 Jul 28]. Available from: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_165_14.PDF.
 32. Tymiński R, Serocka M. Kto i ile płaci za błędy medyczne? Analiza linii orzeczniczej wydziałów cywilnych sądów powszechnych w sprawach o błąd medyczny. *Ginekol Perinatol Prakt.* 2018;3(1):32–9.
 33. Ghaith S, Campbell RL, Pollock JR, Torbenson VE, Lindor RA. Medical Malpractice Lawsuits Involving Trainees in Obstetrics and Gynecology in the USA. *Healthcare (Basel).* 2022;10(7):1328. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071328>.
 34. Carpentieri AM, Lumalcuri JJ, Shaw J, Joseph GF. Overview of the 2015 American Congress of Obstetricians and Gynecologists’ survey on professional liability. Washington, DC:ACOG. 2015 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://protectpatientsnow.org/wp-content/uploads/2016/02/ACOG2015PLSurveyNationalSummary11315.pdf>.
 35. Iacob G, Majer C. Reflections on medical malpractice stress disorders in Neurosurgery. *Rom Neurosurg.* 2012;19(4):247–50. <https://doi.org/10.2478/v10282-012-0011-4>.
 36. Gibstein AR, Jabori SK, Watane A, Slavin BR, Elabd R, Singh D. Do Plastic Surgery Residents Get Sued? An Analysis of Malpractice Lawsuits. *Plast Reconstr Surg Glob*

- Open. 2023;11(1):e4721. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000004721>.
37. Kearney L, Concannon E, Rolle C, Hynes M, Malesevic V, Kelly JL. Influence of socioeconomic factors on litigation in surgery: Addressing the gap in malpractice literature. *J Plastic Reconstruct Aesthetic Surg.* 2020;73(2):376–82. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2019.09.030>.
38. Cira G, Mikos M. Zdarzenia niepożądane w ratownictwie medycznym. *Państwo i Społeczeństwo.* 2017;17(4):55–68.
39. Goldberg RM, Kuhn G, Andrew LB, Thomas HA. Coping with medical mistakes and errors in judgment. *Ann Emerg Med.* 2002;39(3):287–92. <https://doi.org/10.1067/mem.2002.121995>.
40. Gov.pl [Internet]. Liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego 1–31 marca 2022 r. [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktory-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzonego-1-31-marca-2022-r>.
41. Gov.pl [Internet]. Liczba dodatkowych miejsc rezydenckich przyznanych przez Ministra Zdrowia po postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne wiosna 2022 r. [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-dodatkowych-miejsc-rezydenckich-przyznanych-przez-ministra-zdrowia-po-postepowaniu-kwalifikacyjnym-na-specjalizacje-lekarskie-i-lekar-sko-dentystyczne-wiosna-2022-r>.
42. Gov.pl [Internet]. Liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego rozpoczynającego się 1 października 2022 r. w ramach pierwszego centralnego naboru na specjalizacje” [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-rozpoczynajace-go-sie-1-pazdziernika-2022-r-w-ramach-pierwszego-centralnego-naboru-na-specjalizacje>.
43. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego [Internet]. Postępowanie kwalifikacyjne jesień 2022” [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie/postepowania-kwalifikacyjne/postepowanie-kwalifikacyjne-jesien-2022>.
44. Gov.pl [Internet]. Minister Zdrowia przyznał rekordową liczbę dodatkowych miejsc rezydenckich po postępowaniu kwalifikacyjnym na specjalizacje, które odbyło się 1–31 października 2021 r. [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-pryznal-rekordowa-liczbe-dodatkowych-miejsc-rezydenckich-po-postepowaniu-kwalifikacyjnym-na-specjalizacje-ktore-odbylo-sie-1-31-pazdziernika-2021-r>.
45. Gov.pl [Internet]. Minister Zdrowia przyznał więcej miejsc rezydenckich [cited 2023 Jun 10]. Available from: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/minister-zdrowia-pryznal-wiecej-miejsc-rezydenckich>.
46. Engel KG, Rosenthal M, Sutcliffe KM. Residents’ responses to medical error: coping, learning, and change. *Acad Med.* 2006;81(1):86–93. <https://doi.org/10.1097/00001888-200601000-00021>.
47. Łoś K, Łuczyński W, Waszkiewicz N. Can the practice of mindfulness reduce medical errors? *Adv Psychiatri Neurol.* 2022;31(3):121–7. <https://doi.org/10.5114/ppn.2022.120158>.
48. Andrew LB. Litigation Stress. *Mdmentor* [Internet]. 2005 [cited 2023 Jun 10]. Available from: <http://mdmentor.com/resources/eMedicine+Litigation+Stress.pdf>.
49. Retzack SM. Managing After Bad Outcomes. *Society of Pediatric Anesthesia* [Internet]. 2004 [cited 2023 Jun 28]. Available from: https://www2.pedsanesthesia.org/meetings/2004winter/pdfs/retzack_Managing.pdf.
50. Leśniewski B., Jak to możliwe? Nie ma błędu medycznego, a proces przegrany. *Termedia* [Internet]. 2017 Nov [cited 2023 Jun 28]. Available from: <https://www.termedia.pl/mz/Jak-to-mozliwe-Nie-ma-bledu-medycznego-a-proces-przegrany,28313.html>.