

lek. Szymon Markiewicz

**Błąd a niepowodzenie medyczne w chirurgii ogólnej na podstawie
materiałów Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**

**Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych
w dyscyplinie medycyna**

Promotor: dr hab. n. med. Czesław Żaba

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu



Wydział Lekarski I
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2020

Słowa kluczowe: błąd medyczny, niepowodzenie medyczne, zdarzenie niepożądane

Key words: medical malpractice, medical failure, adverse event

Chciałbym serdecznie podziękować

Panu dr. hab. n. med. Czesławowi Żabie

za życzliwość, poświęcony czas oraz wsparcie merytoryczne przy pisaniu dysertacji doktorskiej

Spis treści

Spis tabel	9
Spis rycin.....	13
Wykaz skrótów	17
1. Wstęp	19
1.1. Wybrane zagadnienia z historii błędów medycznych	19
1.2. Definicje błędu medycznego	21
1.3. Klasyfikacja błędów medycznych	22
1.3.1. Błąd diagnostyczny	23
1.3.2. Błąd terapeutyczny	25
1.3.3. Błąd techniczny	27
1.3.4. Błąd organizacyjny	29
1.3.5. Błąd opiniodawczy	30
1.3.6. Inne rodzaje błędów	31
1.4. Niepowodzenie medyczne	31
1.5. Błędy lekarskie w ujęciu prawnym	34
1.5.1. Odpowiedzialność karna lekarza	35
1.5.2. Odpowiedzialność cywilna lekarza	36
1.5.3. Odpowiedzialność zawodowa lekarza	37
1.5.4. Odpowiedzialność dyscyplinarna (pracownicza)	38
2. Cele pracy	39
3. Metodyka	41
3.1. Przedmiot badań	41
3.2. Metody badawcze i materiał badawczy	41
4. Wyniki badań	45
Dyskusja	113
Wnioski	121
Streszczenie	123
Summary	125
Piśmiennictwo	127

Spis tabel

Tabela 1. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu.....	45
Tabela 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2014–2018 w materiale KiZMS w UM Poznaniu.....	46
Tabela 3. Podział opinii sądowo lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w KiZMS UM w Poznaniu.....	47
Tabela 4. Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w KiZMS UM w Poznaniu.....	48
Tabela 5. Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu.....	49
Tabela 6. Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w materiale KiZMS UM w Poznaniu.....	50
Tabela 7. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu w latach 2005–2009.....	51
Tabela 8. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UM w Poznaniu w latach 2005–2009.....	52
Tabela 9. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu w latach 2014–2018.....	52
Tabela 10. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UM w Poznaniu w latach 2014–2018.....	53
Tabela 11. Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2005–2009	54
Tabela 12. Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2014–2018	56
Tabela 13. Sumaryczna jednostkowa i procentowa ilość opiniowanych spraw dotyczących jednostek organizacyjnych służby zdrowia w latach 2005–2009 oraz 2014–2018	58
Tabela 14. Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2005–2009.....	60
Tabela 15. Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2014–2018.....	61
Tabela 16. Procentowy oraz ilościowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2005–2009, uwzględniający tryb przyjęcia chorego	63
Tabela 17. Procentowy oraz ilościowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2014–2018, uwzględniający tryb przyjęcia chorego	64
Tabela 18. Udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2005–2009.....	65

Tabela 19. Udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2005–2009	66
Tabela 20. Udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2014–2018	67
Tabela 21. Udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2014–2018	68
Tabela 22. Udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający płeć chorego	69
Tabela 23. Udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający płeć chorego	70
Tabela 24. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający wiek i płeć chorego	71
Tabela 25. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający wiek i płeć chorego	72
Tabela 26. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego	74
Tabela 27. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego	75
Tabela 28. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala	77
Tabela 29. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala	78
Tabela 30. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia	79
Tabela 31. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia	81
Tabela 32. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć	82
Tabela 33. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć	83
Tabela 34. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć	84
Tabela 35. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć	84
Tabela 36. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych głowy uwzględniający płeć chorego	85

Tabela 37. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami.....	87
Tabela 38. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami.....	88
Tabela 39. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych łącznie w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający pacjentów operowanych jeden raz lub więcej	89
Tabela 40. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne	92
Tabela 41. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne	94
Tabela 42. Liczba błędów medycznych stwierdzonych w poszczególnych latach	96
Tabela 43. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach	97
Tabela 44. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018.....	98
Tabela 42. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego	99
Tabela 43. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego	100
Tabela 44. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego	102
Tabela 48. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego w poszczególnych latach.....	104
Tabela 50. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający zgon pacjenta a stwierdzony błąd medyczny	105
Tabela 51. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający jednostki systemu opieki zdrowotnej a rodzaj popełnionego błędu.....	106
Tabela 52. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj zastosowanego leczenia oraz rodzaj stwierdzonego błędu.....	107
Tabela 46. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj operacji laparoskopowej.....	108
Tabela 47. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający zdarzenia niepożądane po operacjach laparoskopowych	109

Spis rycin

Rycina 1.	Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu	46
Rycina 2.	Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2014–2018 w materiale KiZMS UM w Poznaniu	46
Rycina 3.	Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w KiZMS UM w Poznaniu	48
Rycina 4.	Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w KiZMS UM w Poznaniu	49
Rycina 5.	Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu	50
Rycina 6.	Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w materiale KiZMS UM w Poznaniu	50
Rycina 7.	Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UM w Poznaniu w latach 2005–2009	51
Rycina 8.	Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UM w Poznaniu w latach 2005–2009	52
Rycina 9.	Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UM w Poznaniu w latach 2014–2018	53
Rycina 10.	Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS w Poznaniu w latach 2014–2018	53
Rycina 11.	Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2005–2009	55
Rycina 12.	Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2014–2018	57
Rycina 13.	Sumaryczna procentowa ilość opiniowanych spraw dotyczących jednostek organizacyjnych służby zdrowia w latach 2005–2009 oraz 2014–2018	59
Rycina 14.	Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2005–2009	60
Rycina 15.	Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2014–2018	62
Rycina 16.	Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2005–2009, uwzględniający tryb przyjęcia chorego	63
Rycina 17.	Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2014–2018, uwzględniający tryb przyjęcia chorego	64
Rycina 18.	Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2005–2009	65

Rycina 19.	Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu zdrowia w latach 2005–2009.....	66
Rycina 20.	Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu zdrowia w latach 2014–2018.....	67
Rycina 21.	Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu zdrowia w latach 2014–2018.....	68
Rycina 22.	Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający płeć chorego	70
Rycina 23.	Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający płeć chorego	70
Rycina 24.	Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający wiek i płeć chorego	71
Rycina 25.	Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający wiek i płeć chorego	73
Rycina 26.	Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego.....	75
Rycina 27.	Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego.....	76
Rycina 28.	Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala.....	77
Rycina 29.	Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala.....	78
Rycina 30.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia.....	80
Rycina 31.	Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego i tryb przyjęcia	80
Rycina 32.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia.....	81
Rycina 33.	Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego i tryb przyjęcia	81
Rycina 34.	Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć.....	82
Rycina 35.	Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego i płeć.....	83
Rycina 36.	Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć	84

Rycina 37. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć.....	85
Rycina 38. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych głowy uwzględniający płeć chorego	86
Rycina 39. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami	87
Rycina 40. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami	87
Rycina 41. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami	88
Rycina 42. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami	88
Rycina 43. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych łącznie w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający pacjentów operowanych jeden raz lub więcej	90
Rycina 44. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych łącznie w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający pacjentów operowanych jeden raz lub więcej	90
Rycina 45. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne.....	93
Rycina 46. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne.....	93
Rycina 47. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne.....	94
Rycina 48. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne.....	94
Rycina 49. Liczba błędów medycznych stwierdzonych w poszczególnych latach.....	96
Rycina 50. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach.....	97
Rycina 51. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018	98
Rycina 49. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego.....	99
Rycina 50. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego.....	100
Rycina 51. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego.....	101
Rycina 52. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego.....	101

Rycina 53.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego	102
Rycina 54.	Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego	103
Rycina 58.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego w poszczególnych latach.....	104
Rycina 60.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający zgon pacjenta a stwierdzony błąd medyczny	105
Rycina 62.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający jednostki systemu opieki zdrowotnej a rodzaj popełnionego błędu	106
Rycina 62.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj zastosowanego leczenia oraz rodzaj stwierdzonego błędu.....	107
Rycina 55.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj operacji laparoskopowej.....	108
Rycina 56.	Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający zdarzenia niepożądane po operacjach laparoskopowych	110

Wykaz skrótów

KiZMS – Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

UM – Uniwersytet Medyczny

OIOM – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej

MSWiA – Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji

SOR – Szpitalny Oddział Ratunkowy

vs – versus

TK – tomografia komputerowa

OIT – Oddział Intensywnej Terapii

PŻW – przewód żółciowy wspólny

EMG – elektromiografia

ERCP – *endoscopic retrograde cholangiopancreatography* (endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna)

GCS – Glasgow Coma Scale

ZRM – Zespół Ratownictwa Medycznego

NLPZ – niesteroidowe leki przeciwzapalne

GIST – *gastrointestinal stromal tumors* (nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego)

1. Wstęp

Ludzie chorowali od zawsze, a odkąd zaczęli się wzajemnie leczyć, pojawiły się w ich postępowaniu nieuniknione błędy, tysiące lat później nazwane lekarskimi bądź medycznymi. Terminy „błąd medyczny” czy „niepowodzenie medyczne” są najczęściej dla opinii publicznej niezrozumiałe. Media przekonują o niesamowitym postępie techniki oraz rozwoju i wszechmocy medycyny, dlatego każda śmierć bądź kalectwo wynikłe z procesu leczenia są traktowane jako zawinione przez lekarza. Choroba i śmierć budzą ogromne emocje, dlatego rzetelne przedstawienie opinii publicznej charakteru tych zagadnień jest niezwykle trudne. Błędy medyczne na świecie kosztują rocznie systemy ochrony zdrowia miliardy dolarów, dlatego walka o zredukowanie ich liczby leży w interesie społeczeństwa. Mimo że cel jest wspólny, to jednak różnica punktu widzenia pacjenta i lekarza utrudnia obranie tej samej drogi. Środowiska pacjentów przekonane o swojej bezsilności wspierają się mediami, by podkreślać patologie panujące w systemie ochrony zdrowia. Szpitale, bojąc się odszkodowań, milczą na temat popełnianych błędów, a lekarze, świadomi możliwych konsekwencji popełnionych czynów, często postępują nieracjonalnie i asekuracyjnie, zlecając mnóstwo niepotrzebnych badań, albo po prostu obawiają się zszargania swojej reputacji. Zmiana sposobu myślenia tych grup społecznych to wieloletni proces, który mógłby być wspomagany przez media zainteresowane rozwiązywaniem ważnych społecznych problemów.

Inspiracją do napisania pracy była historia kompetentnego i oddanego pacjentom lekarza, który mimo rzetelnego postępowania został oskarżony o popełnienie błędu medycznego. Kolejne lata przesłuchań oraz niepewności co do wyniku rozstrzygnięcia przez sąd na pewno nie były bez znaczenia dla jego kondycji psychicznej.

W niniejszym opracowaniu skupiono się na opiniach doświadczonych biegłych lekarzy sądowych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu z okresu 2005–2009 oraz 2014–2018, które dotyczyły spraw z zakresu chirurgii ogólnej.

1.1. Wybrane zagadnienia z historii błędów medycznych

Choroba jest nieodłącznym elementem życia człowieka. Ludzie chorowali od tysięcy lat, a zapewne moment, w którym człowiek zaczął starać się pomagać drugiej cierpiącej osobie, stał się początkiem ery błędów, tysiące lat później nazwanych medycznymi bądź lekarskimi.

Jednym z najstarszych zapisanych dokumentów dotyczących leczenia był Kodeks Hammurabiego pochodzący z XVIII wieku p.n.e. Jedenaście artykułów (§ 215 – § 225) dotyczyło lekarzy, kar oraz wynagrodzenia za leczenie ludzi i zwierząt (ostatnie dwa artykuły). W § 218

znajdziemy informację, że jeśli lekarz wykonał ciężką operację, w wyniku której pacjent zmarł bądź stracił oko, to będzie miał uciętą rękę. Co ciekawe, Kodeks Hammurabiego określał również dokładnie kwotę, jaką trzeba zapłacić medykowi za wyleczenie. W § 221 czytamy, że za wyleczenie złamanej kości lekarz powinien otrzymać 5 szekli srebra. Nie karano medyków śmiercią [1].

Ponad tysiąc lat później pojawiła się przysięga Hipokratesa będąca zbiorem zasad, których powinien trzymać się medyk. Był to dokument odwołujący się po części do zasad leczenia, a także do moralności i etyki lekarza [2]. W starożytnym Rzymie sądzono lekarzy na prośbę rodziny chorego, gdy wynik leczenia był niezadowolający. Kary były surowe, gdyż na przykład nieumyślne otrucie chorego było stawiane na równi z zabójstwem. W starożytnym Egipcie lekarz postępujący zgodnie z zaleceniami ksiąg boga Tota niczym nie ryzykował, nawet jeśli nie udało się osiągnąć sukcesu w leczeniu. Natomiast jeśli postępował niezgodnie z regułami ksiąg, mógł stracić życie [3]. W starożytnych Indiach naukę sztuki medycznej rozpoczynało się już w wieku 12 lat. Dużo większą wagę przywiązywano do umiejętności manualnych i doświadczenia aniżeli do wiedzy teoretycznej [4]. Zawód medyka przynosił prestiż i majątność, ale kary za źle przeprowadzone zabiegi były bardzo surowe. W średniowiecznej Europie medycyna nie rozwijała się tak prężnie jak wcześniej. Po upadku części zachodniej Cesarstwa Rzymskiego ostatnimi ośrodkami kultywującymi wiedzę medyczną o korzeniach rzymsko-greckich pozostały Konstantynopol oraz Aleksandria. W Cesarstwie Bizantyjskim przykładano wagę bardziej do rozważań teologicznych niż do rozwoju medycyny stricte jako nauki. Natomiast ostatecznym upadkiem nauk medycznych było zamknięcie przez cesarza Justyniana w VI wieku „pogańskich” szkół w Atenach i Aleksandrii oraz najazdy Hunów i Wandali, które doprowadziły do zniszczenia uczelni oraz bibliotek rzymskich [5].

Nieco później, w średniowieczu rozpoczął się rozwój medycyny arabskiej bazujący na wielkich postaciach wcześniejszych epok. Mimo że kultura arabska wniosła do medycyny nowe leki, organizację szpitalnictwa czy podstawy higieny, to jednak jej rozwój ograniczał Koran, który między innymi zakazywał nauki anatomii. Jedną z idei chrześcijaństwa jest miłosierdzie, dlatego w Bizancjum powstawały pierwsze przytułki dla sierot, starców, żebraków czy chorych, które określano słowami *domus hospitalis* (dom gościnny). Klasztory rozpoczęły misję organizacji szpitalnictwa w Europie [5].

Przełom w podejściu do leczenia oraz pojmowania niepowodzeń leczniczych zaobserwowano w *Constitutio Criminalis Carolina*, które zostało wydane przez Karola IV w 1532 roku. Istotną zmianą było to, że o ewentualnym błędzie orzekała grupa specjalistów praktykujących medycynę. Ponadto za popełniony błąd nie karano lekarza, jeśli jego działanie było wywołane nagłym zdarzeniem i nie miał on wystarczającego czasu do należytego namysłu [3].

Powstały w Polsce w 1519 roku traktat „O niedoskonałych lekarzach” był pierwszym dokumentem dotyczącym sankcji karnych za popełnione błędy. W 1651 roku w Gdańsku powstało Collegium Medicorum, które zrzeszało lekarzy mających sprawować pieczę nad wykonywaniem zawodów związanych z ochroną zdrowia [3]. W doktrynie francuskiej z XVIII i XIX wieku pojawiło się przekonanie, że błąd zawsze musiał być związany z winą i wynikał z lekkomyślności i ignorancji lekarza [6]. Tak naprawdę dopiero XIX wiek wraz z intensywnym rozwojem nauki i związanym z tym powstawaniem zupełnie nowych problemów o podłożu naukowym i etycznym przyczynił się do powstawania regulacji prawnych, definiowania nowych pojęć i wyznaczania granic eksperymentu medycznego [3]. Mimo wielu propozycji w literaturze i dalszego rozwoju prawa i medycyny aż do XXI wieku nie powstała jedna, kluczowa definicja błędu lekarskiego.

1.2. Definicje błędu medycznego

W literaturze oraz w środkach masowego przekazu można się spotkać z określeniami „błąd medyczny”, „błąd w sztuce medycznej”, „błąd wiedzy medycznej”, „błąd lekarski”, „błąd w sztuce lekarskiej”. Do personelu szpitalnego bądź personelu pracującego w poradniach ambulatoryjnych należą m.in. pielęgniarki, położne, diagności laboratoryjni, technicy, fizjoterapeuci oraz lekarze. Wszyscy oni mogą dopuścić się trzech pierwszych wyżej wymienionych błędów, które de facto są tożsame. Pośród powyższej grupy tylko lekarz może popełnić błąd lekarski bądź błąd w sztuce lekarskiej [7]. Wielu autorów podejmuje się dyskusji, czy medycyna to tylko nauka, czy też sztuka, co warunkowałoby sens używania terminu „błąd w sztuce lekarskiej”. Wydaje się jednak, że dla biegłych sądowych nie jest to różnica istotna i często terminy te używane są zamiennie. Już w 1953 roku Sąd Najwyższy wskazał, że „medycyna, która obecnie należy do nauk ścisłych, nie różni się zasadniczo od innych nauk badających rzeczywistość” [8] i że nie można mówić o medycynie jak o sztuce, a lekarza traktować jak artystę.

W literaturze przedmiotu znajdziemy wiele definicji błędu lekarskiego, które zmieniały się na przestrzeni lat. W XIX wieku R. Virchow twierdził, że błędem jest „niestosowanie się podczas zabiegu leczniczego do zasad wiedzy medycznej reprezentowanej przez miarodajne koła lekarskie, które odpowiadają od dawna przyjętym poglądom rozważnych lekarzy i nie podlegają już dyskusji jako oparte na jednomyślnej opinii”[3].

Na początku XX wieku L. Wachholz opracował szerszą definicję błędu, która brzmiała następująco: „Błąd jest to nieumyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego... wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania”. Ponadto uważał, że „Błąd może być tylko wtedy uznany za karygodny, jeżeli był widoczny, jeżeli można go było uniknąć przez zastosowanie

zwykłych, a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności”. Zdaniem Wachholza istotne było również to, czy błąd był wywołany nagłością przypadku [3].

J. Sawicki w 1954 roku postrzegał błąd medyczny jako „kategorię obiektywną, zależną wyłącznie od stanu wiedzy medycznej na danym etapie rozwoju”. Postawił wyraźną granicę między winą a błędem, przez co należało rozumieć, że popełnienie błędu medycznego nie jest tożsame z automatycznym uznaniem winy lekarza [9].

W latach 60. XX wieku B. Popielski utrzymywał, że: „Błąd jest to postępowanie wbrew powszechnie uznanym zasadom wiedzy lekarskiej, w szkodliwym dla chorego działaniu lub zaniechaniu, którego można było uniknąć, stosując się do zasad odpowiadających stanowi wiedzy lekarskiej” [10].

Ze współczesnych autorów warto przytoczyć definicję A. Liszewskiej, która wskazuje, że błąd to „naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym przypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności” [11].

Jako praktyk na pojęcie błędu spojrział T. Tołłoczko, który twierdził, że „wszystko, co nie odpowiada wyobrażeniu i oczekiwaniu chorego i jego rodziny, stanowić może błąd, a oczekiwania zawsze przewyższają rzeczywistość i możliwości” [12]. Autor zwracał uwagę na wielość czynników, które wpływają na końcowy efekt procesu leczniczego.

Z kolei M. Nesterowicz wiązał błąd lekarski z postępowaniem wbrew określonym zasadom wiedzy medycznej, które to postępowanie jest niezależne od danej osoby oraz od okoliczności sprzyjających jego powstaniu [13].

Warto przytoczyć również orzeczenie Sądu Najwyższego z 1955 roku, w którym przez błąd medyczny „rozumie się czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodne z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym” [14]. W rzeczywistości brakuje jednej spójnej definicji błędu lekarskiego czy medycznego, ponieważ wskazane wyżej różne pojęcia i definicje spotyka się w literaturze prawniczej, orzecznictwie, praktyce sądowej czy literaturze medycznej [15].

1.3. Klasyfikacja błędów medycznych

W literaturze polskiej występują dwie podstawowe klasyfikacje błędów medycznych. W starszej, ale wciąż powszechnie używanej typologii, wyróżniamy błędy diagnostyczne, terapeutyczne, techniczne, organizacyjne [7, 13, 15, 16]. W późniejszej typologii rozróżnia się błędy decyzyjne, wykonawcze, organizacyjne oraz opiniodawcze [3, 17]. Tutaj na błąd decyzyjny składa

się błąd diagnostyczny i terapeutyczny, a błędowi wykonawczemu odpowiada błąd techniczny. Błąd decyzyjny może popełnić tylko lekarz, natomiast błąd wykonawczy/techniczny mogą popełnić także inne osoby personelu służby zdrowia. W literaturze nadal stosuje się pierwszą klasyfikację. Zostanie ona poddana szerszemu omówieniu z uwagi na to, że jest bardziej szczegółowa oraz używana przez biegłych sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu. Warto zwrócić uwagę, że w literaturze funkcjonują również takie pojęcia jak błąd rokowania (prognozy), profilaktyczny, informacyjny czy lekowy [18–21]. Wraz z błędem opiniodawczym będą one krótko scharakteryzowane poniżej na końcu klasyfikacji.

1.3.1. Błąd diagnostyczny

Powstaje w wyniku postawienia nieprawidłowego rozpoznania, mimo że lekarz mógł tego uniknąć. Ważne jest, by do rozpoznania nie były potrzebne nadzwyczajne umiejętności oraz ponadprzeciętna wiedza lekarska. Najczęściej błąd diagnostyczny powstaje w wyniku niestarannego zbadania chorego, niezebrania wywiadu lekarskiego bądź jego niedbałego przeprowadzenia, braku wykorzystania badań pomocniczych oraz złej interpretacji zleconych badań. Czasem błąd wynika z nadmiernej pewności siebie. Nie jest błędem nierozpoznanie choroby z atypowymi objawami. Lekarz nie popełnia błędu, mimo że źle postawił rozpoznanie, jeśli ciąg jego myślenia jest logiczny i adekwatny do aktualnej wiedzy medycznej. Często błędy pojawiają się w przypadku osób nietrzeźwych, u których prawdziwe objawy chorobowe mogą być zamazane przez nadmierne spożycie alkoholu. Niebezpieczne też są okresy infekcyjne, podczas których wiele objawów może być zrzuconych na karb panujących infekcji [3, 16]. Błędne rozpoznanie stanu chorobowego pacjenta może prowadzić do dalszych błędów w postępowaniu leczniczym [22]. Błędy diagnostyczne możemy podzielić na pozytywne, negatywne oraz mieszane. Błąd pozytywny zaistnieje wtedy, gdy mylnie rozpozna się chorobę u pacjenta zdrowego. Jest to błąd, który najczęściej nie rodzi konsekwencji. Choroba, której nie ma, nie zaszkodzi pacjentowi. Sytuacja się komplikuje, gdy wdrożony proces leczenia nieistniejącej choroby źle wpływa na organizm pacjenta. Najczęstszą odpowiedzialnością ponoszoną przez lekarza za popełnienie błędu pozytywnego jest odpowiedzialność zawodowa. Częściej z błędów diagnostycznych występuje błąd negatywny, cechujący się nierozpoznanie choroby, na którą cierpi pacjent. W tym przypadku na lekarzu często ciąży odpowiedzialność karna. Najczęstszym błędem diagnostycznym jest błąd mieszany, polegający na rozpoznaniu choroby innej niż ta, na którą cierpi pacjent. Za ten błąd lekarz również często ponosi odpowiedzialność karną [7, 16, 23]. Jak napisano w dalszej części pracy, z odpowiedzialnością karną często wiąże się w późniejszym terminie postępowanie cywilne. Jako przykład błędu diagnostycznego można wskazać sprawę pobitego pacjenta znalezionej na ulicy (L.dz.1009/08,

L.dz.1847/08). Pogotowie przywiozło go do szpitala, gdzie po północy został przyjęty na oddział chirurgiczny w celu obserwacji. W badaniu przedmiotowym występowały prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, obrzęk obu oczodołów, krwiaki obu policzków i warg. Brzuch był miękki, niebolesny, nie stwierdzono oporów patologicznych. Mierzono ciśnienie tętnicze krwi co 3 godziny, a następnie w dzień co 4 godziny. Nie zanotowano żadnych odchyleń. W ciągu dnia wykonano także RTG czaszki – nie stwierdzono zmian urazowych. Wieczorem, gdy pacjent szedł do toalety, zasłabł. Zmierzone ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 110/70 mm Hg. Mężczyzna położył się do łóżka i zgłosił poprawę samopoczucia. Po upływie około pół godziny nastąpił zgon chorego. Podczas sekcji rozpoznano niewydolność krążeniowo-oddechową w przebiegu wstrząsu krwotocznego spowodowanego masywnym krwawieniem do przestrzeni zaotrzewnowej (w jamie otrzewnej ok. 1700 ml płynnej krwistej treści). Lekarze biegli sądowi stwierdzili, że doszło do popełnienia błędu diagnostycznego, gdyż u chorego pobitego z licznymi krwiakami powłok (w tym jamy brzusznej) nie wykonano USG jamy brzusznej ani kontrolnej morfologii.

Innym przykładem błędu diagnostycznego była sprawa (L.dz.905/09), w której w SOR nie rozpoznano perforacji żołądka. Wezwano karetkę pogotowia ratunkowego do pacjentki, która od tygodnia cierpiała na opasające bóle nadbrzusza. Zadzwoniono po pomoc, gdyż dolegliwości bólowe nasiliły się. Lekarz pogotowia opisał w dokumentacji silną obronę mięśniową, nie określając przy tym lokalizacji ani tkliwości jamy brzusznej. Z rozpoznaniem bólu brzucha oraz podejrzeniem kolki nerkowej przetransportował pacjentkę na SOR. Tam podczas dziesięciogodzinnej obserwacji podawano chorej płyny infuzyjne oraz leki przeciwbólowe. W badaniu przedmiotowym stwierdzono, że brzuch jest miękki, nieco bolesny w nadbrzuszu. Ponadto odnotowano w wywiadzie nudności i wymioty oraz brak apetytu od 3 dni. Pacjentka pobierała niesteroidowy lek przeciwzapalny z powodu bólu okolicy lędźwiowej. W badaniach laboratoryjnych z odchyleń wystąpiły dyselektrolitemia oraz nieco podwyższone parametry nerkowe. Poziom leukocytów we krwi obwodowej był w normie, CRP wynosiło 21,9 mg/l. Nie wykonano badań obrazowych. Pacjentkę wypisano z SOR. Zmarła kolejnego dnia po południu w domu. Sekcja zwłok wykazała rozległe zapalenie otrzewnej, perforację w okolicy odźwiernika oraz około 2,5 l płynu przypominającego treść jelitową. Zarzutem biegłych lekarzy sądowych było niewykonanie badań obrazowych (USG jamy brzusznej, RTG przeglądowy jamy brzusznej) oraz brak specjalistycznej konsultacji chirurgicznej.

Z kolei następna sprawa (L.dz.705/15) jest przykładem błędnej interpretacji badania dodatkowego. Pacjent doznał urazu stopy prawej w Niemczech. Po kilku dniach przyjechał do Polski. Z powodu dolegliwości bólowych udał się do lekarza rodzinnego. Lekarz wystawił skierowanie na zdjęcie RTG stopy i skierował chorego do poradni chirurgicznej. Chirurg rozpoznał skręcenie stawu skokowego prawego, w zdjęciu radiologicznym nie rozpoznał zmian pourazowych. Zalecił

obciążanie kończyny. Z powodu bólu pacjent jednak nie mógł obciążać kończyny, szukał więc pomocy u ortopedów. Rozpoznano złamanie w obrębie kości piętowej i zaopatrzono je operacyjnie. Rehabilitacja trwała kilka miesięcy. Lekarze biegli sądowi orzekli, że nieprawidłowe rozpoznanie postawione w poradni chirurgicznej wydłużyło proces leczenia chorego, opóźniając przy tym leczenie operacyjne.

1.3.2. Błąd terapeutyczny

Błąd terapeutyczny wynika ze stosowania metod niezgodnych z aktualnie obowiązującą praktyką i wiedzą lekarską [24]. Inaczej ujmując, pod pojęciem błędu terapeutycznego można rozumieć wszelkie błędne działania lekarza wynikające z wcześniej postawionego rozpoznania. Po etapie diagnostycznym następuje etap terapeutyczny, który dotyczy wszystkich działań lekarza związanych z postawioną diagnozą (wdrożenie leczenia farmakologicznego, zlecenie badań inwazyjnych bądź leczenia operacyjnego). Lekarz może wdrożyć nieprawidłowy proces leczniczy, gdy prawidłowo postawiono diagnozę, bądź nieprawidłowe leczenie może być kolejnym etapem nieprawidłowego rozpoznania (kontynuacja błędu diagnostycznego). W pierwszym przypadku mamy do czynienia z klasycznym błędem terapeutycznym. W drugim przypadku w opiniowaniu sądowo-lekarskim sprawa jest bardziej złożona. Jeśli ten sam lekarz postawił błędne rozpoznanie i wdrożył niewłaściwy proces leczniczy, to każda z podjętych przez niego czynności będzie podlegała oddzielnej weryfikacji. Jeżeli natomiast jeden lekarz postawił nieprawidłowe rozpoznanie, a drugi włącza się do procesu leczniczego, to ma on obowiązek zweryfikować uprzednio postawioną diagnozę. Przykładami błędów terapeutycznych są np. włączenie nieprawidłowych leków, wykonanie operacji pomimo przeciwwskazań, nieskierowanie pacjenta do szpitala pomimo wskazań [7, 16, 25].

Jednym z przykładów błędu terapeutycznego jest sprawa kobiety potrąconej przez samochód (L.Dz.1845/06). Rozpoznano u niej wstrząśnienie mózgu oraz zmiany pourazowe stawu kolanowego lewego, które zaopatrzono szyną tutorową. W TK głowy nie stwierdzono zmian pourazowych. Hospitalizacja trwała 5 dni. Nie włączono leczenia heparynami. Po kilkunastu dniach przywieziono (ZRM) pacjentkę w stanie ogólnym ciężkim. Została przyjęta bezpośrednio na OIOM. 3 dni później zmarła. W badaniu sekcyjnym rozpoznano masywną zatorowość płucną. Popołniono błąd terapeutyczny, gdyż pomimo unieruchomienia kończyny dolnej nie włączono leczenia profilaktycznego heparynami drobnocząsteczkowymi.

Błąd terapeutyczny orzeczono także w sprawie 54-letniej kobiety, która po licznych operacjach w obrębie jamy brzusznej zmagala się od dłuższego czasu z bólami brzucha (L.dz.306/14). Została skierowana do szpitala na operację uwolnienia zrostów wewnątrztrzewnowych. Zabieg wykonano techniką laparoskopową. Uwolniono część zrostów po lewej stronie jamy brzusznej,

natomiast ze względu na liczbę oraz masowość zrostów zrezygnowano z ich dalszego uwalniania. Pacjentkę wypisano kolejnego dnia do domu. Wróciła 2 dni po operacji z silnymi dolegliwościami bólowymi brzucha. Pacjentkę zakwalifikowano do ponownego leczenia operacyjnego. Podczas laparotomii rozpoznano perforację jatrogenną esicy. Wyłoniono sztuczny odbyt. Pacjentka po kilku latach zdecydowała się na odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego – operacja zakończyła się sukcesem. Biegli lekarze sądowi orzekli, że wybór metody laparoskopowej w celu uwalniania masywnych zrostów w jamie brzusznej był nieprawidłowy, czego wynikiem była perforacja esicy oraz zapalenie otrzewnej. Ponadto zarzucono lekarzowi operującemu, że skoro z powodu trudności w czasie operacji musiał się z niej wycofać, to powinien zdawać sobie sprawę z możliwych zagrożeń i pozostawić pacjentkę w szpitalu w celu trzydniowej obserwacji.

Warto przytoczyć również sprawę chorej przyjętej do szpitala z powodu podejrzenia niedrożności przewodu pokarmowego (L.Dz.1531/06). Gdy w sondzie dożołądkowej pojawiła się krew, wykonano gastroskopię, podczas której stwierdzono penetrujący wrzód dwunastnicy do trzustki (była to prawdopodobnie oklejona perforacja dwunastnicy). Z powodu niepokojących objawów klinicznych zdecydowano o leczeniu operacyjnym. Wykonano antrektomię sposobem Billroth II oraz cholecystektomię (rozpoznano atoniczny pęcherzyk żółciowy). Następnie chora została poddana jeszcze 4 laparotomiom (m.in. podkłucie przewodu Luschki, drenaż ropnia okołowątrobowego, zeszytie nieszczelnego kikuta dwunastnicy, zaopatrzenie rozejścia żołądkowo-jelitowego, zaopatrzenie mikroperforacji kikuta dwunastnicy, drenaż treści żółciowej pod wątrobą). Finalnie chora zmarła. Biegli lekarze sądowi stwierdzili, że ze zgromadzonej dokumentacji oraz z opisu operacji nie wynika, dlaczego została dodatkowo wykonana cholecystektomia. Atoniczny pęcherzyk żółciowy nie jest wskazaniem do tego zabiegu. Usunięcie pęcherzyka żółciowego było dodatkowym obciążeniem dla chorej oraz zwiększało ryzyko operacji. Wyciek wolnej żółci był powodem drugiej operacji (nie stwierdzono podczas niej nieszczelności kikuta dwunastnicy czy zespolenia żołądkowo-jelitowego). Reasumując, podczas operacji podjęto niewłaściwą decyzję o rozszerzeniu jej zakresu.

Warto również wspomnieć o sprawie L.dz.1726/17, L.dz.213/18, L.dz.837/18, L.dz.1519/18, która jest przykładem błędu diagnostyczno-terapeutycznego. Pacjentka została przyjęta z SOR na oddział chirurgiczny w trybie ostrodyżurowym po wykonanym TK jamy brzusznej, w którym rozpoznano ostre wysiękowe zapalenie trzustki. Kolejnego dnia lekarz prowadzący w obserwacjach nie wspominał o odchyleniach w TK jamy brzusznej i zaplanował diagnostykę oraz dalsze leczenie jak w przypadku choroby uchyłkowej jelita grubego. U chorej 4 dni później wykonano kolonoskopię (jelito nieprzygotowane, dotarto jedynie do esicy – liczne uchyłki). Stan ogólny chorej stopniowo się pogarszał. Mniej więcej po 2 tygodniach od przyjęcia pacjentka miała wykonaną laparotomię,

podczas której opróżniono duży ropień zaotrzewnowy. Podczas operacji przepłukano i zdrenowano jamę brzuszną. Wkrótce po operacji pacjentka zmarła. Zastosowanie leczenia jak przy chorobie uchyłkowej jelita grubego działało negatywnie na proces zapalny trzustki. Biegli sądowi orzekli, że całość procesu diagnostyczno-leczniczego na oddziale chirurgicznym przemawiała za całkowitym niezapoznaniem się z historią choroby SOR oraz wynikami badań laboratoryjnych albo na braku umiejętności ich interpretacji.

Innym przykładem błędu diagnostyczno-terapeutycznego był przypadek kobiety potrąconej przez samochód (sprawa L.Dz.534/06). Rozpoznano u niej ranę tłuczoną okolicy czołowo-ciemieniowej lewej. Wykonano TK głowy – rozpoznano wstrząśnienie mózgu. Podczas konsultacji neurochirurgicznej nie stwierdzono wskazań do leczenia operacyjnego. Ponadto wykonano jeszcze badania laboratoryjne. Pacjentka została przyjęta do szpitala na obserwację. Konsultowana była neurologicznie i internistycznie (z powodu obciążeń chorobowych, m.in. nadciśnienie tętnicze, stan po implantacji kardiostymulatora). Zalecono trzykrotny pomiar ciśnienia tętniczego w ciągu dnia. Zmierzono je jednak tylko raz (95/55 mm Hg). Cztery dni później nastąpiło nagłe pogorszenie się stanu zdrowia chorej. Pacjentkę reanimowano. Wysłunięto podejrzenie zatorowości płucnej. W badaniu pośmiertnym rozpoznano m.in. złamanie IX kręgu piersiowego z rozerwaniem IX międzyżebra po stronie prawej, krwiak prawej jamy opłucnej (1000 ml krwi płynnej), złamanie żebra I, II po stronie prawej. W konkluzji jako przyczynę śmierci podano wykrwawienie w następstwie obrażeń klatki piersiowej. Biegli sądowi stwierdzili, że u kobiety chorującej na nadciśnienie tętnicze tak niskie ciśnienie (i to zmierzone tylko raz!) powinno wzbudzić niepokój lekarzy. Orzeczono o błędzie, gdyż nieprawidłowości w przebiegu leczenia polegały na zaniechaniu wykonania badań radiologicznych klatki piersiowej, niepowtarzaniu badania morfologii krwi oraz na zlekceważeniu istotnego spadku ciśnienia tętniczego krwi i braku kontynuacji ponownych pomiarów.

1.3.3. Błąd techniczny

Błąd techniczny – to nieprawidłowe wykonanie prawidłowych zleceń lekarskich. Warunkiem stwierdzenia błędu technicznego jest szkoda powstała w wyniku źle wykonanego zlecenia (utrata życia, zdrowia bądź chociażby przedłużona hospitalizacja). Często jest on związany ze złożonymi czynnościami medycznymi. Ten rodzaj błędów mogą popełnić różne grupy zawodowe systemu ochrony zdrowia, np. pielęgniarki podające dożylnie nieprawidłowy lek, analitycy medyczni nieprawidłowo przeprowadzający analizy krwi, personel zakładów radiologii wykonujący technicznie niepoprawnie badania obrazowe. Tego rodzaju błędów może dopuścić się także lekarz wykonujący w nieprawidłowy sposób zleconą przez innego lekarza operację bądź lekarz, który rozpoczął proces leczenia chorego i sam go dalej kontynuuje (wtedy można mówić o błędzie

diagnostycznym bądź terapeutycznym). Lekarz, zlecając badania innym członkom personelu medycznego, polega na ich wiedzy i kompetencji. Nie jest zobowiązany znać dokładnie szczegóły techniczne przeprowadzonych badań i orzec o ich ewentualnym nieprawidłowym wykonaniu. Odpowiedzialność za błędne wykonanie badania ponosi osoba to badanie wykonująca [3, 7].

Przykłady błędów technicznych to: podanie przez pielęgniarkę niewłaściwego leku bądź niewłaściwej dawki leku, pomylenie tożsamości pacjentów, podanie choremu krwi niezgodnej grupowo, niezauważone w czasie operacji uszkodzenie narządu, pozostawienie w ciele pacjenta ciała obcego. G. Rejman twierdzi, że pozostawienie narzędzia w ciele człowieka jest błędem, który do oceny wymaga znajomości oraz dogłębnej analizy procedury operacyjnej. Z kolei pozostawienie w ciele pacjenta gazików czy chust nie jest błędem, lecz wyrazem zaniedbania i braku ostrożności [26]. W orzecznictwie wskazuje się, że to operator jest odpowiedzialny za cały przebieg operacji, a procedura liczenia chust jest tylko czynnością pomocniczą [27]. Również w polskim orzecznictwie możemy się spotkać z twierdzeniem, że pozostawienie chust czy tamponów to brak należytej ostrożności, ale pozostawienie fragmentu narzędzia (w wyniku uszkodzenia) kwalifikowane jest już jako błąd, gdyż postępowanie takie jest sprzeczne z elementarnymi zasadami wiedzy medycznej [28].

W jednej z analizowanych spraw (L.dz.818/05) po pozostawieniu ciała obcego orzeczono błąd techniczny. Była to historia 75-letniego mężczyzny przyjętego na oddział chirurgiczny z objawami zapalenia otrzewnej. Wykonano laparotomię, podczas której rozpoznano perforację odźwiernika. Zaopatrzono perforację oraz zdrenowano jamę brzuszną. W przebiegu pooperacyjnym pacjent nie skarżył się na dolegliwości bólowe brzucha, ale rozpoznano wysiękowe zapalenie opłucnej po stronie prawej. Po zakończeniu leczenia wypisano chorego ze szpitala w stanie ogólnym dobrym. Dwa miesiące później pacjent trafił na oddział internistyczny z powodu bólu w klatce piersiowej oraz bradykardii 40/min. Był leczony farmakologicznie. Pojawiały się okresowe zaburzenia rytmu ze znaczną bradykardią, ale bez dolegliwości brzusznych. Zdecydowano o przekazaniu pacjenta do oddziału, gdzie implantowano kardiostymulatory. W dniu przekazania chorego stwierdzono tkliwość brzucha z zaznaczonymi objawami otrzewnowymi. Z tego powodu w trybie pilnym wszczepiono rozrusznik i po konsultacji chirurgicznej zakwalifikowano chorego do pilnej operacji. Przed przekazaniem chorego do kliniki chirurgicznej doszło do zatrzymania krążenia. Pacjent zmarł. W trakcie sekcji stwierdzono częściowo oklejoną siecią perforację żołądka, w jamie brzusznej 2000 ml fusowatej, brunatnej treści oraz na wysokości pępka guzowaty twór (10 × 4 × 3 cm) częściowo oklejony siecią większą. Był to gazik wypełniony treścią ropną.

1.3.4. Błąd organizacyjny

Błąd organizacyjny – powstaje w wyniku nieprawidłowej organizacji opieki medycznej. Za błąd ten odpowiadają kierownicy zespołów szpitalnych (ordynatorzy, kierownicy oddziałów, kierownicy pracowni diagnostycznych, kierownicy aptek), kierownicy jednostek szpitalnych (m.in. dyrektorzy) oraz osoby zajmujące się organizacją opieki zdrowotnej na poziomie samorządu bądź państwa [3, 19]. W rzeczywistości błąd organizacyjny może popełnić każdy lekarz, któremu podlega personel medyczny. Lekarz obecnie często jest zatrudniany przez kilka placówek, dlatego w związku z tym przed rozpoczęciem pracy w każdej z nich powinien zaznajomić się ze swoimi obowiązkami, uprawnieniami oraz wewnętrznym regulaminem danej placówki. Często na dyżurze może pełnić nadzór nad pracą wielu osób oraz rozwiązywać nagłe sprawy, którymi na co dzień zajmuje się administracja jednostki [29]. Do błędów organizacyjnych przyczyniają się niejednokrotnie wprowadzane nowe, złożone zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej [30]. Do przykładów błędów organizacyjnych możemy zaliczyć np. zaopatrzenie jednostek w wyroby medyczne niespełniające wymaganych standardów, nieprawidłowe utrzymanie wyrobów medycznych (serwis) [31], brak oceny badań diagnostycznych przez kompetentne osoby, brak właściwej współpracy między lekarzami [32], zoperowanie niewłaściwego pacjenta [7], nieprawidłowe przechowywanie leków i w efekcie podanie ich niewłaściwemu pacjentowi, niezabezpieczenie dla szpitala energii elektrycznej w przypadku awarii, odmowa hospitalizacji pacjentowi, który tego wymaga, z powodu braku wolnych łóżek.

Pierwszym analizowanym przykładem błędu organizacyjnego jest sprawa 59-letniej kobiety przywiezionej do izby przyjęć przez pogotowie ratunkowe z powodu ściskającego bólu w klatce piersiowej (L.dz.1256/08, L.dz.349/08). Z powodu pobieranych ostatnio NLPZ oraz niewielkiej tkliwości nadbrzusza wysunięto u pacjentki podejrzenie choroby wrzodowej żołądka i po podaniu leków (ranitydyna, omeprazol) oraz po poprawie samopoczucia wypisano ją do domu. W EKG nie było cech niedokrwienia mięśnia sercowego. Kolejnego dnia chora pojawiła się w izbie przyjęć z podobnymi dolegliwościami. W badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyień od normy (nie wykonano jednak np. badania poziomu troponin), a w EKG nie opisano cech niedokrwienia mięśnia sercowego. Przyjęto pacjentkę na oddział chorób wewnętrznych w celu diagnostyki dolegliwości bólowych jamy brzusznej. Wykonano gastroskopię (zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy), a w USG jamy brzusznej nie stwierdzono nieprawidłowości. Pacjentka bez większych dolegliwości swobodnie poruszała się po oddziale. W 4. dobie hospitalizacji pacjentka nagle zmarła w śnie. Podczas sekcji rozpoznano rozległy zawał serca ściany przedniej i tylnej lewej komory z pęknięciem mięśnia i tamponadą. Biegli stwierdzili błąd organizacyjny, gdyż podczas krótkiego pobytu chorej na oddziale zajmowało się nią aż 8 lekarzy w krótkich przedziałach czasowych.

Nieprawidłowości organizacji pracy oraz brak ciągłości opieki i jednoosobowej odpowiedzialności za przebieg procesu diagnostyczno-leczniczego stały się przyczyną nierozpoznania ostrego zespołu wieńcowego.

Inną sprawą, w której doszło do popełnienia błędu organizacyjnego, była historia pacjentki przyjętej na oddział ginekologiczny z powodu dolegliwości bólowych podbrzusza i prawego dołu biodrowego (Ldz.962/14). W trakcie hospitalizacji wysunięto podejrzenie nacieku okołowystkowego. Pacjentkę przekazano na oddział chirurgiczny i wykonano laparotomię. Usunięto wyrostek robaczkowy, fragment jelita cienkiego, sieć większą oraz wyluszczone mięśniaki macicy. We wstępnym badaniu histopatologicznym wysunięto podejrzenie GIST bądź mięsaka. Potrzebne były dalsze badania immunohistochemiczne pobranego materiału. Pierwsze wyniki pojawiły się po 3–4 dniach. Rodzina została poinformowana, że na dalsze, dokładniejsze badania będzie trzeba poczekać około 2 tygodni. Mniej więcej 3 tygodnie po operacji pacjentka została skierowana do poradni onkologicznej, a stamtąd na oddział onkologii. Lekarz prowadzący zadzwonił do zakładu patologii z prośbą o przekazanie wyniku. Dowiedział się wtedy, że pracownia ta nie wykonuje badań immunohistochemicznych z powodu braku stosownej umowy ze szpitalem. Mąż chorej udał się do zakładu, pobrał bloczki parafinowe i oddał do badania do ośrodka o wyższej referencyjności, a po uzyskaniu wyniku włączono chemioterapię. Rodzina wysunęła roszczenia wobec szpitala, gdyż z powodu wadliwej organizacji jednostki szpitalnej opóźniono u chorej leczenie onkologiczne.

1.3.5. Błąd opiniodawczy

Błąd opiniodawczy – występuje, gdy nieprawidłowo sporządzono opinię lekarską wskutek nieumyślnego działania (brak wiedzy, brak rzetelności). Nie jest błędem opiniodawczym opinia z premedytacją błędnie sporządzona dla osiągnięcia korzyści dla opiniującego (finansowych, społecznych). Takie przestępstwo jest ścigane zgodnie z przepisami kodeksu karnego. Należy odróżnić opinię od zaświadczenia lekarskiego. Opinię sporządza się na polecenie konkretnego organu w celu wyjaśnienia jakiegoś problemu. Natomiast zaświadczenie to dokument sporządzany na prośbę zainteresowanego, w którym opisuje się stan zdrowia oraz ewentualne dalsze zalecenia dla chorego [3]. Lekarz sporządza opinię lekarską na podstawie badania przedmiotowego i podmiotowego pacjenta oraz na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej. Opinia cechuje się najwyższą wiarygodnością, jeśli jest ona oparta głównie na badaniach dodatkowych oraz badaniu przedmiotowym i podmiotowym doświadczonego lekarza. Często dostarczana dokumentacja jest niepełna, nieczytelna, z brakującymi podpisami i pieczęciami [33]. Opinia biegłych sądowych stanowi bardzo ważny element pozwalający organowi procesowemu wydać ostateczne orzeczenie.

Organ procesowy nie dysponuje specjalistyczną wiedzą i nie jest w stanie merytorycznie ocenić wartości danej opinii, dlatego źle sporządzona opinia w dużej mierze przyczynia się do wydania nieprawidłowego orzeczenia sądu. Często ta opinia wpływa na dalsze losy ludzkie [34]. Według niektórych autorów błąd opiniodawczy należy traktować na równi z błędem diagnostycznym czy terapeutycznym i powinien być on obarczony adekwatnymi konsekwencjami [35].

Coraz częściej obserwuje się tzw. przediagnozowanie, czyli postawienie rozpoznania na wyrost. Wielu lekarzy sądzi, że błąd diagnostyczny polega na nierozpoznanie choroby, dlatego często dla własnego spokoju rozpoznają w przypadkach nieuzasadnionych jednostki chorobowe, które nie miały miejsca u danego pacjenta, np. wstrząśnienia mózgu. Przediagnozowanie zaliczane bywa do błędu diagnostycznego bądź opiniodawczego. Do tego rodzaju błędów dochodzi najczęściej w izbach przyjęć i SOR. Panuje przekonanie, że rozpoznanie choroby na wyrost nikomu nie zaszkodzi, natomiast jest to podstawa do wyłudzeń świadczeń socjalnych, dlatego działania wynikające z takiej postawy mogą rodzić konsekwencje prawne [36].

1.3.6. Inne rodzaje błędów

- **Błąd rokowania** – najczęściej jest związany z błędem diagnostycznym i rzadko bywa wyodrębniany samodzielnie. Prowadzi do powstania szkody. Dochodzi do niego wtedy, gdy np. źle orzeczono u chorego co do zdolności do pracy (chory nie powinien pracować, a orzeczono częściową niezdolność do pracy) albo gdy przedstawiono choremu niewłaściwą informację dotyczącą jego stanu zdrowia, co doprowadziło do rozstroju zdrowia psychicznego [18, 25].
- **Błąd profilaktyczny** – zachodzi wtedy, kiedy naruszone zostają reguły wiedzy medycznej związane z szeroko pojętą zdrowotną działalnością profilaktyczną [19].
- **Błąd informacyjny** – dotyczy niewypełnienia obowiązku przekazywania pacjentom informacji dotyczących ich stanu zdrowia [19].

1.4. Niepowodzenie medyczne

Na dane zdarzenie w opiece zdrowotnej zawsze spogląda się z kilku punktów widzenia. W inny sposób rzeczywistość oceniają pacjenci, a w inny lekarze. Dla pacjentów nieposiadających wiedzy medycznej niekorzystny efekt leczenia (śmierć, niewyleczenie choroby) najczęściej wiąże się z popełnionym błędem. Czasem lekarze nieosiągnięcie pomyślnych rezultatów w podjętych działaniach zrzucają na karb niepowodzenia medycznego. Obie te strony są zaangażowane w proces leczenia i towarzyszą temu ogromne emocje. Rolą biegłych sądowych, na których opinii opiera się

sąd, jest obiektywna ocena sytuacji i postawienie wyraźnej granicy pomiędzy błędem lekarskim a niepowodzeniem. Oczekiwania pacjentów co do końcowych rezultatów leczenia zwykle są wyższe niż realne możliwości współczesnej medycyny. Wiąże się to z nieustannym przekazem medialnym o niesamowicie szybkim postępie medycyny, o jej nieograniczonych możliwościach, z reklamą skutecznych leków czy niezawodnych badań diagnostycznych. Ponadto media informują częściej o porażkach lekarzy niż o sukcesach, dlatego obraz choroby nieuleczalnej jest przez wielu pacjentów i ich rodziny wprost nie do przyjęcia. W związku z tym wydaje się, że wystarczyłaby rzetelnie przeprowadzona rozmowa lekarza z pacjentem o jego chorobie, o realnych szansach na wyleczenie, o prognozowanych efektach, jakie powinna przynieść terapia, o możliwych powikłaniach wdrożonego leczenia, żeby obie strony mogły realnie spojrzeć na sytuację, co ograniczyłoby niepotrzebne frustracje i prowadzone sprawy sądowe. Niestety na niekorzyść lekarzy wpływa czasem ich zbyt wysoka samoocena, obawa przed trudną rozmową z pacjentem i jego rodziną oraz czasem niedostateczne doświadczenie, by z dużym prawdopodobieństwem ocenić przebieg choroby.

Niepowodzenie medyczne według Z. Marka definiujemy jako „nieoczekiwany niekorzystny wynik leczenia, który nastąpił mimo prawidłowego rozpoznania, zastosowania właściwego leczenia oraz roztoczenia nad chorym starannej opieki medycznej”. O błędzie mówimy natomiast wtedy, gdy lekarz nie zrobił tego, co powinien, lub zaniedbał pewnych czynności, co zrodziło negatywne skutki [37]. Wśród przyczyn można wymienić m.in. nietypowy przebieg choroby, nietypowe objawy chorobowe, uwarunkowania i podatność organizmu (np. spadek odporności), szczególne okoliczności wystąpienia schorzenia. Niepowodzenie może dotyczyć każdej choroby, jednak najczęściej jest związane z chorobami ze skąpyimi objawami, gdzie pozytywny wynik leczenia zależy od wczesnego rozpoznania (np. choroba nowotworowa, schorzenia kardiologiczne) bądź z chorobami o piorunującym przebiegu. Ograniczone możliwości lekarzy wziął pod uwagę sąd apelacyjny w Warszawie, który w 1998 roku (I ACa 14/98) orzekł, iż „wysokie wymagania staranności, jakiej oczekuje się od lekarzy, nie mogą się przekładać na przypisywanie im obowiązków praktycznie niemożliwych do wykonania i tym samym wprowadzenie swoistej odpowiedzialności na zasadzie ryzyka, co w sposób szczególny dotyczy czynności, z których podjęciem połączone jest niebezpieczeństwo oraz wynikająca stąd możliwość częstszego, niż to się zazwyczaj dzieje, powstania szkody, której możliwości wystąpienia, mimo zachowania wszelkich dostępnych środków ostrożności, nie da się wyłączyć, gdyż jej ryzyko stanowi nieodłączny i przez nikogo niezawiniony element tego rodzaju czynności” [38].

Każdy pacjent chciałby być leczony przez sumiennego, doświadczonego, ciągle się kształcącego lekarza. Ale nawet najbardziej rzetelne i umiejętne postępowanie takiej osoby czasem prowadzi do nieuniknionego, nie do końca dającego się przewidzieć niepowodzenia. Wydaje

się istotne podjęcie wysiłków w celu szerokiej akceptacji takich terminów jak ryzyko oraz niepowodzenia lecznicze [39].

By orzec o popełnionym błędzie lekarskim czy wystąpieniu niepowodzenia, biegli sądowi muszą znaleźć odpowiedź na kilka pytań. Na początku należy stwierdzić, czy postępowanie lekarza w danej sytuacji było poprawne. Następnie trzeba ustalić, czy lekarz popełnił błąd, a jeśli tak było, to na czym on polegał i czym skutkował. Na samym końcu należy odpowiedzieć na pytanie, czy można go było uniknąć. Biegli sądowi muszą rozważyć te trzy pytania, przy czym powinni starać się spojrzeć na problem z punktu widzenia lekarza w tamtej ocenianej sytuacji, a nie znając już ostateczny wynik procesu leczniczego czy diagnostycznego [3].

W literaturze można się spotkać z pojęciem zdarzenia niepożądanego oraz zdarzenia medycznego. R. Cranovsky twierdzi, że „zdarzenie niepożądane (ang. *adverse event*) to niezamierzone i niespodziewane wydarzenie w procesie diagnostycznym lub leczniczym powodujące przejściową lub trwałą szkodę u pacjenta”. Z kolei błąd medyczny określa jako zdarzenie niepożądane, którego można było uniknąć [40]. Nieco bardziej rozbudowana definicja mówi, że „zdarzenie niepożądane to szkoda na życiu lub zdrowiu pacjenta spowodowana w trakcie lub w wyniku działań medycznych, niezwiązana z naturalnym procesem choroby lub stanem zdrowia (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, cyt. za Kutryba, Kutaj-Wąsikowska 2003)” [41]. Z punktu widzenia ergonomii, ogólnie rzecz biorąc, najczęstsze przyczyny zdarzeń niepożądanych to m.in. nowa osoba w zespole, pora nocna, konflikt w zespole, pośpiech, nieprawidłowa konstrukcja używanych urządzeń [41].

Pojęcie zdarzenia medycznego jest określone w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (oraz w późniejszej Ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych). O zdarzeniu medycznym w myśl wyżej wymienionych ustaw mówi się wtedy, gdy dochodzi do „zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta, będących następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną” diagnozy, leczenia bądź zastosowania wyrobu medycznego [42, 43]. Termin ten jest nierozdzielnie związany z wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komisje wojewódzkie powstały w celu stwierdzania, czy powstała szkoda spełnia przesłanki określone we wspomnianej wcześniej ustawie. Z założenia postępowanie przed wojewódzką komisją powinno być szybsze i wymagać mniej formalności niż postępowanie sądowe. Nie wymaga ono również powoływania biegłych, gdyż w jej składzie zasiadają zarówno osoby związane zawodowo ze służbą zdrowia, jak i przedstawiciele zawodów prawnych. Głównym zamierzeniem powołania tej instytucji było odciążenie sądów oraz ułatwienie pacjentom dochodzenia

swoich roszczeń. W postępowaniu nie używa się pojęcia błędu medycznego czy lekarskiego, lecz zdarzenia medycznego, gdyż działania komisji nie służą wskazaniu winnych osób, a jedynie ułatwieniu pozasądowego dochodzenia odszkodowania od placówek medycznych [44, 45].

W definiowaniu pojęć należy również wspomnieć o powikłaniach procesów leczniczych. W 2017 roku sąd apelacyjny w Szczecinie orzekł, że: „Ocena istnienia elementu subiektywnego winy lekarza wymaga wyraźnego rozróżnienia błędu medycznego jako odstępstwa od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności sprawcy, od powikłania, które stanowi określoną, niekiedy atypową reakcję pacjenta na prawidłowo podjęty i przeprowadzony zespół czynności leczniczych, a także tzw. niepowodzenie medyczne” [46]. Sąd w swoim wyroku jednoznacznie oddzielił błąd medyczny od powikłania czy niepowodzenia medycznego. Powikłanie czy niepowodzenie mogą wystąpić przy prawidłowo prowadzonym procesie diagnostyczno-terapeutycznym, jednak zdaje się, że istotną rolę w rozróżnieniu pełni prawdopodobieństwo ich wystąpienia. Nieprzewidywalność jest cechą niepowodzenia, natomiast powikłania charakteryzują się prawdopodobieństwem często ze ściśle określoną granicą wartości procentowych. Najlepiej przedstawić to na przykładzie planowanej operacji, gdzie pacjentowi przedstawia się cel operacji oraz możliwe powikłania. Typowymi dla leczenia zabiegowego powikłaniami są krwawienia pooperacyjne. Pozostałe powikłania są już charakterystyczne dla danej operacji.

1.5. Błędy lekarskie w ujęciu prawnym

W kodeksie karnym, w art. 11 pkt. 1 napisano, że „ten sam czyn może stanowić tylko jedno przestępstwo” [47], z kolei art. 54 ustawy o izbach lekarskich stanowi: „Pkt 1. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego dotyczącego tego samego czynu. Pkt 2. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy może być zawieszone do czasu ukończenia postępowania karnego lub dyscyplinarnego, o ile ich wynik może mieć wpływ na rozstrzygnięcie w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy” [48]. W związku z tym lekarz w swojej pracy z powodu popełnienia błędu może ponieść odpowiedzialność prawną czterokrotnie. Może ciążyć na nim:

- odpowiedzialność karna,
- odpowiedzialność cywilna,
- odpowiedzialność zawodowa,
- odpowiedzialność dyscyplinarna (pracownicza, administracyjna).

Z powyżej przytoczonej ustawy wynika, że postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej można czasowo zawiesić, a w przypadku postępowania dyscyplinarnego nie ma takiej możliwości [49]. Najczęściej postępowanie cywilne przeprowadza się po zakończonym postępowaniu karnym, co ogranicza koszty postępowania.

1.5.1. Odpowiedzialność karna lekarza

„Przez odpowiedzialność karną należy rozumieć ponoszenie konsekwencji prawnych popełnienia przestępstwa określonych przez prawo karne” [50]. W literaturze często spotyka się twierdzenie M. Filara, że lekarz ponosi odpowiedzialność karną, gdy nie leczy, a powinien; gdy leczy nie tak, jak powinien, oraz gdy leczy, a nie powinien [51].

Niepowodzenie w podjętych czynnościach leczniczych nie znajduje osobnego uregulowania prawnego, dlatego stosuje się przepisy ogólne związane z przestępstwami przeciw zdrowiu i życiu. Według niektórych autorów ta nieścisłość podważa autorytet zawodu lekarskiego, gdyż w postępowaniu korzysta się z przepisów ogólnych kodeksu karnego [52]. Lekarz ponosi odpowiedzialność karną, gdy podejmuje czynności niezgodne z zasadami współczesnej wiedzy, nie wykaże się należyłą ostrożnością w postępowaniu bądź zaniecha odpowiedniego działania. Warunkiem przypisania odpowiedzialności jest zaistnienie ujemnego skutku dla pacjenta (śmierć, uszczerbek na zdrowiu) oraz wykazanie bezpośredniego związku przyczynowo-skutkowego między działalnością lekarską a wspomnianym negatywnym skutkiem. Błędy „bezsukrowe” z reguły nie wiążą się z odpowiedzialnością karną. Należy jednak wspomnieć o art. 160 kodeksu karnego, który stanowi: „Kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Pkt 2. Jeśli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5” [47]. Artykuł 160 kodeksu karnego jest bardzo często wykorzystywany w postępowaniach sądowych. Mimo że finalnie skutek leczenia dla pacjenta nie był negatywny, to wystąpienie narażenia zdrowia bądź życia pacjenta umożliwia podjęcie czynności procesowych. W przypadku odpowiedzialności karnej lekarza należy również zaznaczyć, że popełnione przestępstwo może nosić znamiona umyślnego bądź nieumyślnego. Wśród przestępstw umyślnych można wymienić m.in. fałszowanie dokumentacji medycznej, naruszenie tajemnicy lekarskiej, niezgodne z prawdą orzekanie lekarskie, nielegalne przerwanie ciąży [15, 53]. Najcięższy zarzut, jaki może zostać postawiony lekarzowi, to nieumyślne spowodowanie śmierci pacjenta (art. 155 kodeksu karnego nowelizowany w roku 2019 – „Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat”). Zarzut ten dotyczy wielu postępowań sądowych,

jednak po zebraniu materiału dowodowego wyrok skazujący z art. 155 kodeksu karnego nie zapada często. Wiąże się on z karą pozbawienia wolności najczęściej w zawieszeniu.

Poza przestępstwem lekarz może dopuścić się wykroczenia, którego szkodliwość społeczna jest mniejsza. Są to czyny naruszające ogólnie przyjęte normy życia społecznego i przestrzeni publicznej. Sądy powszechne mogą zasądzić karę aresztu, pozbawienia wolności, grzywny lub nagany. Wśród wykroczeń można wymienić m.in. przekroczenie swoich uprawnień zawodowych, przywłaszczenie tytułów naukowych, niebezpieczne zachowania po spożyciu substancji psychoaktywnych, niszczenie przedmiotów przestrzeni publicznej, nieprzestrzeganie warunków sanitarnych.

1.5.2. Odpowiedzialność cywilna lekarza

W art. 23 kodeksu cywilnego czytamy: „Dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, twórczość naukowa, artystyczna, wynalazcza i racjonalizatorska, pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach” [54].

Lekarz obarcza się odpowiedzialnością cywilną, gdy dokonuje czynu niedozwolonego bądź źle wywiązuje się z powierzonych sobie obowiązków. O odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej) mówi się tylko wtedy, gdy zaistnieją jej trzy przesłanki: czyn – szkoda – związek przyczynowy między czynem a szkodą (skutkiem). Jeśli zabraknie chociażby jednego z elementów (mimo że postępowanie lekarza było nieprawidłowe), nie mamy wtedy do czynienia z odpowiedzialnością cywilną. Założeniem odpowiedzialności cywilnej lekarza jest rekompensata finansowa dla pacjenta, który poniósł szkodę. W skład odszkodowania wchodzi m.in. koszty leczenia, absencji w pracy, rehabilitacji, leków, konsultacji specjalistycznych, przejazdów. W przypadku śmierci chorego rekompensata finansowa przechodzi na jego rodzinę. W przypadku odpowiedzialności odszkodowawczej lekarza należy również wspomnieć o odpowiedzialności kontraktowej i deliktowej. Pierwsza jest związana z niewykonaniem bądź nieprawidłowym wykonaniem zobowiązania medycznego, gdy zawarto z pacjentem umowę cywilnoprawną. Z kolei odpowiedzialność deliktowa charakteryzuje się dokonaniem czynu zabronionego i wyrządzeniem szkody. Pacjenci mogą ponieść szkodę majątkową (np. uszczerbek na zdrowiu fizycznym) oraz niemajątkową (cierpienie). Wszystkie te szkody są następnie przeliczane na konkretne sumy pieniędzy [18, 53].

W kodeksie cywilnym, w art. 355 wspomina się o należytej staranności: „Pkt 1. Dłużnik zobowiązany jest do staranności ogólnie wymaganej w stosunkach danego rodzaju (należyta

staranność). Pkt 2. Należyta staranność dłużnika w zakresie prowadzonej przez niego działalności gospodarczej określa się przy uwzględnieniu zawodowego charakteru tej działalności”[54]. Od lekarza nie wymaga się ponadprzeciętnej wiedzy czy doświadczenia, ale w toku przeprowadzonych czynności porównuje się go do przeciętnego medyka, posiadającego aktualną wiedzę lekarską i do jego potencjalnego zachowania. Przykładem nienależytej staranności w wypełnianiu swoich obowiązków była sprawa pacjenta, który pod wpływem alkoholu został przywieziony przez zespół pogotowia ratunkowego do SOR o godzinie 3.20 w nocy (L.dz.1657/17). Lekarz dyżurny nie chciał pójść do SOR, tylko wydał telefonicznie polecenie podłączenia leków. Pielęgniarki nie zgodziły się na takie rozwiązanie. Po dłuższym czasie lekarz zszedł i zaordynował leki bez zbadania chorego. Pacjent do rana pozostał pod opieką pielęgniarską. O godzinie 7.20 został zbadany przez innego lekarza ze zmiany dziennej. Ten stwierdził w badaniu neurologicznym stan nieadekwatny do spożycia alkoholu i zalecił wykonanie badań obrazowych. Rozpoznano krwiak podtwardówkowy. Chorego przewieziono do ośrodka neurochirurgicznego w celu wykonania kraniotomii. Pacjent po zakończonym leczeniu otrzymywał rentę inwalidzką z powodu niedowładu połowicznego prawostronnego. Mimo że lekarz nie wykazał się należyta starannością, to biegli sądowi uznali, że jego postępowanie nie doprowadziło do uszczerbku na zdrowiu. Do takiego uszczerbku doprowadziło upojenie alkoholowe, które wynosiło ponad 2,7 promila. Ich zdaniem najprawdopodobniej skutkiem upojenia był uraz czaszkowo-mózgowy, a krwiak powstał prawdopodobnie przed przyjęciem do szpitala. W związku z tym w omawianej sprawie nie zaistniały trzy konieczne przesłanki: czyn – szkoda – związek przyczynowy, dlatego nie można mówić tu o odpowiedzialności cywilnej.

1.5.3. Odpowiedzialność zawodowa lekarza

Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego. Samorząd lekarski czuwa nad należytym wykonywaniem zawodu lekarza, a osoba, która popełnia przewinienie, odpowiada przed sądem lekarskim. Odpowiedzialność zawodowa ma charakter uniwersalny, gdyż podlegają jej wszyscy lekarze bez względu na specjalizację czy formę zatrudnienia [55]. Kodeks etyki lekarskiej jest zbiorem zasad, którymi powinien kierować się lekarz. Są to wskazówki, jak godnie wykonywać zawód lekarza. Ich należyte wypełnianie chroni medyka przed poniesieniem odpowiedzialności zawodowej w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego. W art. 8 Kodeksu Etyki Lekarskiej czytamy: „Lekarz powinien przeprowadzać wszelkie postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze z należyta starannością, poświęcając im niezbędny czas”. W kolejnych artykułach napisano: „Art. 9. Lekarz może podejmować leczenie jedynie po uprzednim zbadaniu pacjenta. Wyjątki stanowią sytuacje, gdy porada lekarska może być udzielona wyłącznie na odległość.

Art. 10. 1. Lekarz nie powinien wykraczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich” [56].

Postępowanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej nie może być wszczęte, jeśli od popełnienia czynu minęły 3 lata. Decyzję o wszczęciu bądź odmowie postępowania wyjaśniającego podejmuje rzecznik odpowiedzialności zawodowej. Jeśli na podstawie dowodów zebranych w postępowaniu wyjaśniającym można stwierdzić, że dopuszczono się przewinienia zawodowego, sprawa zostanie skierowana do sądu lekarskiego. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej może w podjęciu decyzji oprzeć się na opinii specjalistów w danej dziedzinie medycyny [57, 58]. Zgodnie z art. 83 Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich sąd lekarski może orzec następujące kary: upomnienie, nagana, kara pieniężna, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia na okres od roku do pięciu lat, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu lekarza na okres od sześciu miesięcy do dwóch lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od roku do pięciu lat, pozbawienie prawa wykonywania zawodu [48]. Sąd Lekarski nie może wymierzyć kary niewymienionej powyżej.

1.5.4. Odpowiedzialność dyscyplinarna (pracownicza)

Lekarze najczęściej są zatrudniani w ramach umowy cywilnoprawnej bądź umowy o pracę. Umowy cywilnoprawne są często tworzone indywidualnie dla danego pracownika lub mniejszych grup pracowników i zakres obowiązków i kar w nich zawarty jest różny. Zawsze w tych umowach porusza się ewentualne roszczenia pacjentów za popełniony zawiniony błąd medyczny i związany z tym problem wskazania, kto i w jakiej części będzie spełniał te finansowe roszczenia. W przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę odpowiedzialność pracownicza wynika z kodeksu pracy. Kodeks przewiduje kary od upomnienia, nagany, kar pieniężnych aż do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika (tzw. zwolnienie dyscyplinarne) [59]. W przypadku odpowiedzialności materialnej to pracodawca (podmiot leczniczy) odpowiada nie tylko za błędy organizacyjne, ale także za szkody powstałe w wyniku czynów zawinionych lekarzy i pozostałego personelu medycznego. Pracodawca ponosi pełnię odpowiedzialności, jeśli do szkody doszło w wyniku wykonywania obowiązków pracowniczych [60, 61]. Zgodnie z art. 119 kodeksu pracy: „Odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody”. Z kolei według art. 52 do rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia konieczne jest ciężkie naruszenie przez pracownika obowiązków w pracy, popełnienie przestępstwa bądź utrata uprawnień niezbędnych do pracy na danym stanowisku [59].

2. Cele pracy

Głównym celem dysertacji była analiza błędów i niepowodzeń medycznych w dziedzinie chirurgii ogólnej na podstawie spraw opiniowanych przez biegłych sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 2005–2009 oraz 2014–2018.

Do realizacji celu głównego przyjęto następujące cele szczegółowe:

1. Analiza ilościowa stwierdzonych błędów i niepowodzeń medycznych.
2. Analiza trybu przyjmowania pacjenta do szpitala w aspekcie popełnianych błędów.
3. Analiza wpływu leczenia operacyjnego i zachowawczego na wystąpienie błędu bądź niepowodzenia medycznego.
4. Analiza jednostek organizacyjnych opieki zdrowotnej i występujących w nich błędów i niepowodzeń.
5. Analiza jakościowa stwierdzonych błędów lekarskich.
6. Analiza ilościowa i jakościowa opinii dotyczących technik laparoskopowych.
7. Analiza porównawcza dwóch badanych okresów w aspekcie ilościowym i jakościowym stwierdzanych błędów.

3. Metodyka

3.1. Przedmiot badań

Przedmiotem badań w niniejszej dysertacji były postępowania sądowo-lekarskie z powództwa karnego oraz z powództwa cywilnego dotyczące postępowania lekarzy specjalizacji zabiegowych.

3.2. Metody badawcze i materiał badawczy

Metody badawcze niniejszej dysertacji to analiza materiału empirycznego oraz analiza statystyczna. Badanie zostało przeprowadzone w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w okresie od września 2015 do marca 2019 roku. Procedura badawcza polegała na szczegółowej analizie 12 522 opinii **sądowo-lekarskich** z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu sporządzanych najczęściej na zlecenie prokuratury bądź policji, a dotyczących m.in. postępowań toczących się przeciw lekarzom, postępowań w sprawie pobić, przeciw osobom po spożyciu środków psychoaktywnych, postępowań w sprawie ustalenia tożsamości sprawców przestępstw. Spośród tych wszystkich opinii wyselekcjonowano 240, które dotyczyły spraw z zakresu chirurgii ogólnej. 240 opinii umniejszono o opinie uzupełniające, otrzymując 172 opinie podstawowe, które stanowiły 172 sprawy poddane szczegółowej analizie i statystyce. Opinie uzupełniające nie zmieniały sensu opinii podstawowych, stanowiły jedynie dopowiedzenie brakujących szczegółów w sprawie. Sprawy te były opiniowane w latach 2005–2009 oraz 2014–2018. Ze względu na ogromną ilość opinii sądowo-lekarskich w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej w Poznaniu zdecydowano objąć badaniem dwa pięciolecia a nie okres 15 lat. Analiza tych konkretnych pięcioleci pozwoliła na przedstawienie aktualnych danych oraz porównanie zjawisk w chirurgii ogólnej z dwóch dekad XXI wieku.

Materiał badawczy:

- opinie biegłych lekarzy sądowych,
- dokumentacja medyczna pacjentów, która była udostępniana przez organy zlecające biegłym sądowym w celu wydania opinii.

Metody:

- archiwalna,
- analiza treści.

Badane parametry:

- rok zdarzenia,
- nr sprawy,
- miejsce rozpatrywania sprawy (wydział cywilny/karny),
- organ zlecający postępowanie,
- stwierdzone błędy i niepowodzenia medyczne,
- rodzaje błędów medycznych (m.in. diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny),
- powikłania medyczne,
- płeć pacjentów,
- wiek pacjentów,
- rodzaj podmiotu leczniczego,
- komórka organizacyjna szpitala,
- miasto,
- śmiertelność pacjentów,
- tryb planowy a ostryżurowy,
- leczenie operacyjne a zachowawcze,
- liczba i rodzaj przeprowadzanych operacji,
- leczenie techniką laparoskopii,
- zdarzenia pourazowe,
- opinia biegłych sądowych,
- krótkie streszczenie sprawy.

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione parametry, sporządzono tabelę z danymi, które posłużyły do obliczeń statystycznych. Wyniki przedstawiano w formie tabel zawierających liczby bezwzględne i – tam, gdzie było to potrzebne – obliczenia procentowe oraz w formie rycin będących wykresami słupkowymi bądź kołowymi.

Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości.

Porównanie wartości zmiennych jakościowych w grupach wykonano za pomocą testu chi-kwadrat (z korektą Yatesa dla tabel 2x2) lub dokładnego testu Fishera tam, gdzie w tabelach pojawiały się niskie liczebności oczekiwane.

W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. A więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Analizę wykonano w programie R, wersja 4.0.3 (R Core Team (2020). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>)

Do napisania pracy oraz zobrazowania jej wyników posłużono się oprogramowaniem MS Office.

4. Wyniki badań

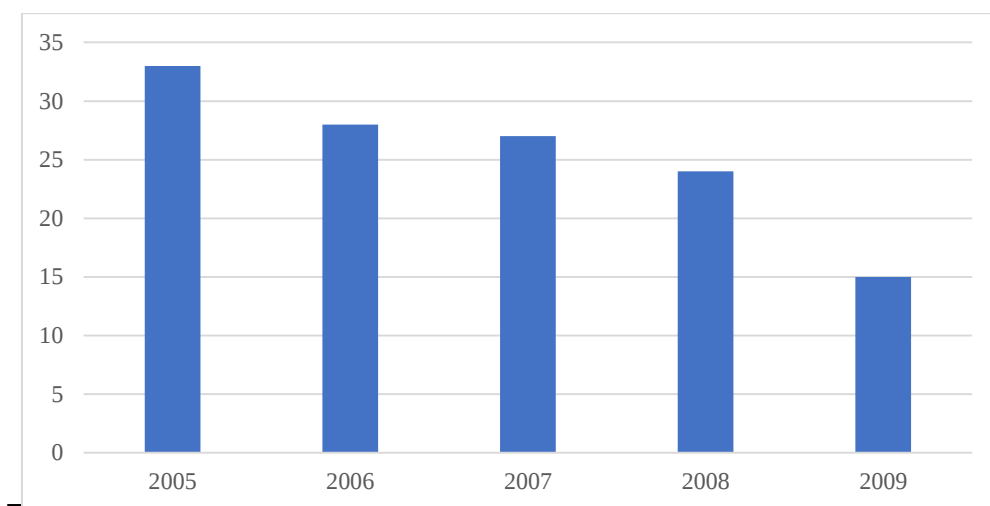
W pracy spośród 12 522 opinii sądowo-lekarskich z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z lat 2005–2009 oraz 2014–2018 wybrano do dalszej analizy 240, które dotyczyły spraw z zakresu chirurgii ogólnej. Wśród 240 opinii 17 stanowiło opinie uzupełniające z wcześniejszych lat (z okresu przed 2005 oraz przed 2014 rokiem, a po roku 2009). Informacje w nich zawarte były niepełne, nie zawierały podstawowych danych, dlatego nie zostały poddane dalszej szczegółowej jakościowej analizie.

W tym opracowaniu w zakres chirurgii ogólnej włączono opiniowane sprawy dotyczące zarówno zabiegów chirurgii ogólnej, jak i zdarzeń, z którymi spotyka się chirurg w czasie ostrego dyżuru (np. traumatologia narządu ruchu, obrażenia głowy czy klatki piersiowej, chirurgia dziecięca stanów nagłych). Chirurg, który pracuje w małym ośrodku, w sytuacjach nagłych często jest zdany tylko na własną wiedzę i doświadczenie. Obecnie mimo tendencji do zawężenia specjalizacji chirurgia ogólna pozostaje wciąż rozległą dziedziną, a praca w trybie ostrodyżurowym wpisana w tę specjalizację zmusza często chirurga do działania na pograniczu wielu dziedzin zabiegowych.

1. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 opracowanych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Tabela 1. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu

Rok	Liczba opinii
2005	33
2006	28
2007	27
2008	24
2009	15
Ogółem	127

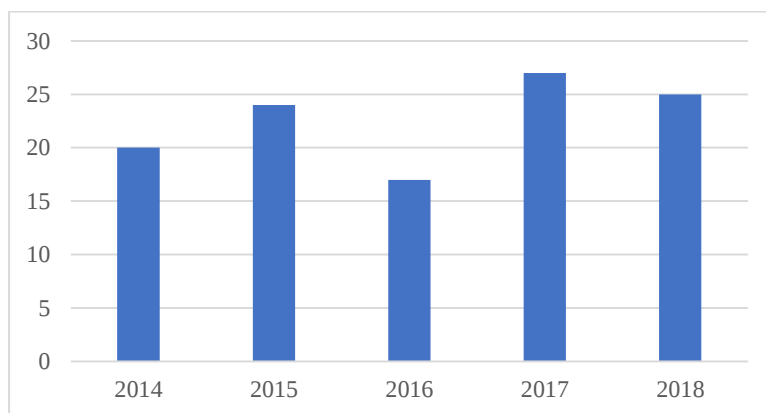


Rycina 1. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu

Z powyższego zestawienia wynika, że średnia roczna liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w latach 2005–2009 wynosiła 23,2 i charakteryzowała się tendencją malejącą. W roku 2007 zanotowano najwięcej opinii (27), a w roku 2009 najmniej (zaledwie 15).

Tabela 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2014–2018 w materiale KiZMS w UM Poznaniu

Rok	Liczba opinii
2014	20
2015	24
2016	17
2017	27
2018	25
Ogółem	113



Rycina 2. Liczba opinii sądowo-lekarskich z zakresu chirurgii ogólnej w latach 2014–2018 w materiale KiZMS UM w Poznaniu

W latach 2014–2018 średnia roczna liczba opinii sądowo-lekarskich dotyczących chirurgii ogólnej wyniosła 21,4 i charakteryzowała się nieregularnym wzrostem. Najmniej opinii wydano w roku 2016 (16), a najwięcej w 2017 (27).

Porównując obydwa zestawienia, można dostrzec, że ogólna liczba opinii dotyczących chirurgii ogólnej była większa w pierwszym analizowanym pięcioletnim okresie ze średnią roczną większą prawie o 1,8 opinii. Nie można jednak tej tendencji powiązać z malejącą liczbą spraw o błędy lekarskie w wymiarze ogólnopolskim czy chociażby w wojewódzkim, gdyż biegli opiniują sprawy z różnych województw, najczęściej wyłączając obszar terytorialny, w którym znajduje się jednostka opiniująca. Największa wartość 27 opiniowanych spraw dotyczących chirurgii została osiągnięta w roku 2007 oraz 2017.

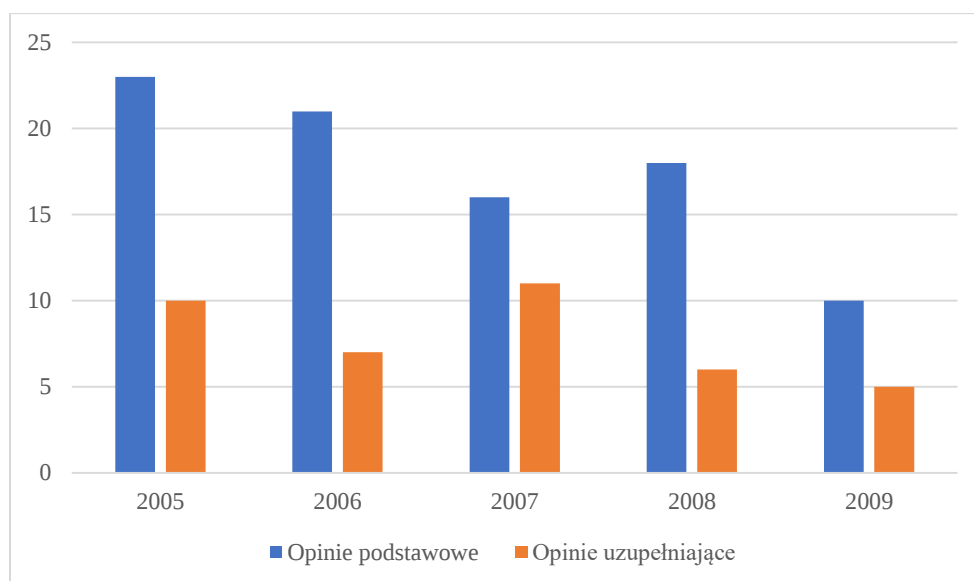
2. Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające

Opinie wydawane przez biegłych oparte są na szczegółowej analizie dokumentów udostępnionych przez organy zlecające oraz na podstawie własnej wiedzy i doświadczenia biegłych. W pewnych przypadkach biegli są proszeni o wydanie opinii uzupełniającej. Dzieje się tak m.in. wtedy, gdy dostarczone zostaną nowe dowody bądź gdy w trakcie przewodu sądowego wynikną kolejne niejasności. Wtedy dana sprawa jest analizowana kolejny raz. Czasami sprawy są opiniowane kilkakrotnie. W celu dokładnego zobrazowania liczby opinii, jakie wydają biegli, w poszczególnych latach do poniższej analizy wyjątkowo dołączono liczbę opinii uzupełniających z poprzednich lat wydawanych przez biegłych w okresach dwóch pięcioleci poddanych analizie. Opinie podstawowe dotyczące tych spraw były wydawane poza analizowanymi pięcioleciami.

Oprócz punktu 2. podrozdziału „Wyniki badań” w dalszej części pracy dla celów statystycznych zostaną przeanalizowane jedynie opinie podstawowe. Opinie uzupełniające wyjaśniały pewne nieścisłości, natomiast nie zmieniały diametralnie sensu opinii. Ponadto opinia podstawowa, która zawsze jest tylko jedna, odzwierciedla jedną opiniowaną sprawę. W okresie 2005–2009 opinii podstawowych (opiniowanych spraw) było 88, a w okresie 2014–2018 – 84. W sumie poddano szczegółowej analizie 172 sprawy.

Tabela 3. Podział opinii sądowo lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w KiZMS UM w Poznaniu

Rok	Opinie podstawowe	Opinie uzupełniające
2005	23	10
2006	21	7
2007	16	11
2008	18	6
2009	10	5
Ogółem	88	39

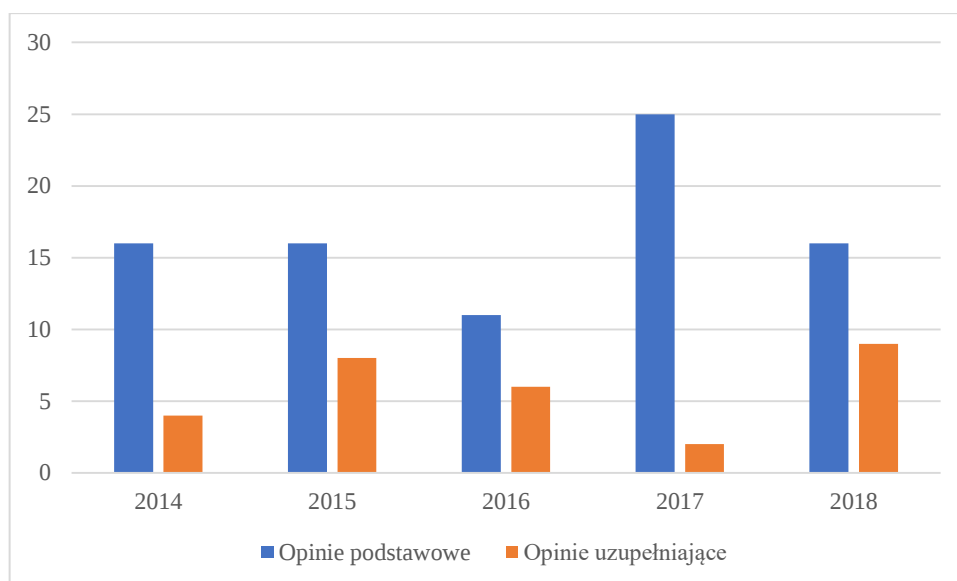


Rycina 3. Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w KiZMS UM w Poznaniu

Dane z powyższego wykresu i tabeli potwierdziły, że w roku 2009 zaobserwowano najniższą liczbę sporządzonych opinii sądowo-lekarskich. Na wartość tę złożyło się głównie tylko 10 opinii podstawowych, również przy najniższej liczbie opinii uzupełniających. Do zestawienia włączono 11 opinii uzupełniających, które jako podstawowe były rozpatrywane przed rokiem 2005. W roku 2007 do biegłych powróciło najwięcej spraw do ponownego zaopiniowania.

Tabela 4. Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w KiZMS UM w Poznaniu

Rok	Opinie podstawowe	Opinie uzupełniające
2014	16	4
2015	16	8
2016	11	6
2017	25	2
2018	16	9
Ogółem	84	29



Rycina 4. Podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w KiZMS UM w Poznaniu

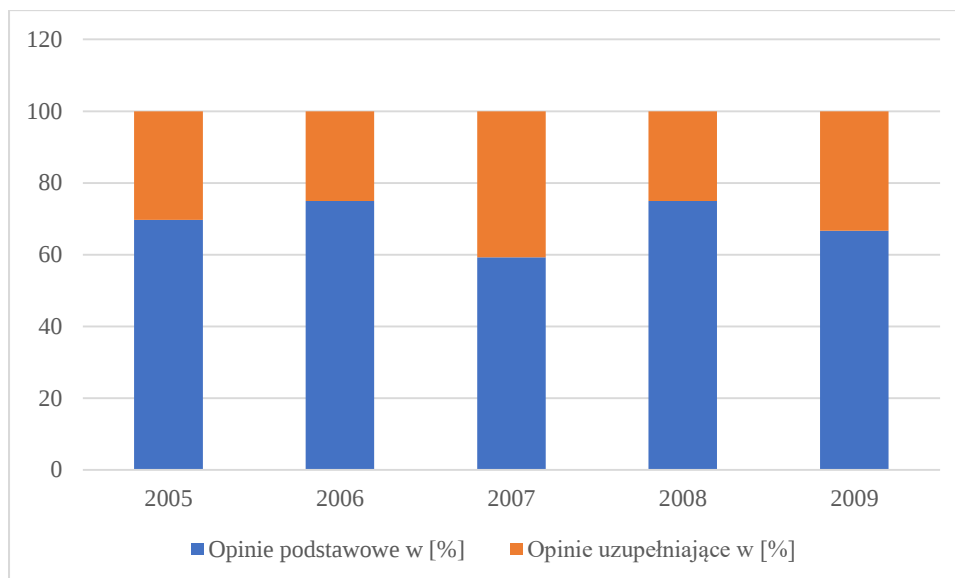
W latach 2014–2018 najwięcej opinii sądowo-lekarskich wydano w 2017 roku. Na tę wartość złożyła się największa liczba opinii podstawowych oraz zaledwie 2 opinie uzupełniające. Najwięcej opinii uzupełniających (9) wydano w roku 2018, a najmniej w 2017. Najmniejsza liczba opinii podstawowych dotyczyła roku 2016. Do zestawienia włączono 6 opinii uzupełniających, które dotyczyły spraw rozpatrywanych przed rokiem 2014, a po roku 2009.

Porównując obydwa pięciolecia (2005–2009 vs 2014–2018), można dostrzec, że liczba opinii podstawowych różni się między nimi nieznacznie (88 vs 84). Całkowita liczba opinii w analizowanych okresach różni się bardziej (127 vs 113) ze względu na większą różnicę w liczbie opinii uzupełniających (39 vs 29).

Poniżej zaprezentowano procentową liczbę opinii podstawowych i uzupełniających w zależności od danego roku.

Tabela 5. Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu

Rok	Liczba opinii	Opinie podstawowe w [%]	Opinie uzupełniające w [%]
2005	33	69,7	30,3
2006	28	75	25
2007	27	59,3	40,7
2008	24	75	25
2009	15	66,7	33,3
Ogółem	127	69,3	30,7

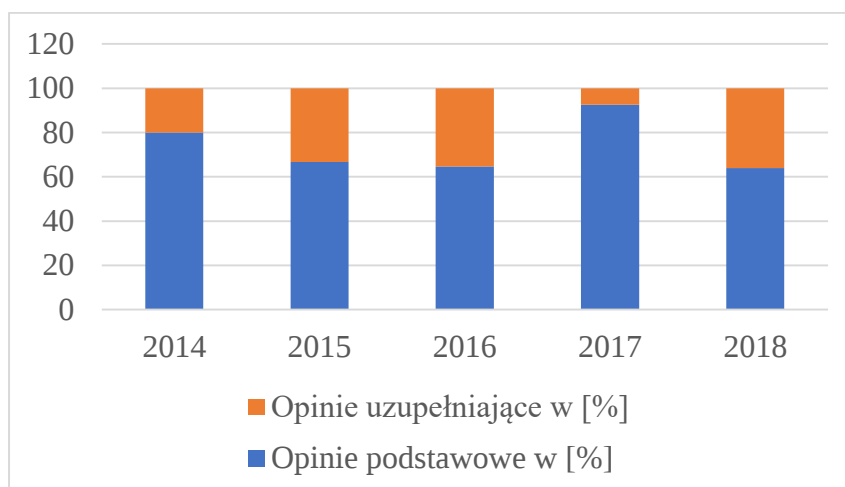


Rycina 5. Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2005–2009 w materiale KiZMS UM w Poznaniu

Opinie podstawowe stanowiły największy odsetek (75%) w latach 2006 oraz 2008. Natomiast opinie uzupełniające stanowiły największy udział w roku 2007 (40,7%).

Tabela 6. Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w materiale KiZMS UM w Poznaniu

Rok	Liczba opinii	Opinie podstawowe w [%]	Opinie uzupełniające w [%]
2014	20	80	20
2015	24	66,7	33,3
2016	17	64,7	35,3
2017	27	92,6	7,4
2018	25	64	36
Ogółem	113	74,3	25,7



Rycina 6. Procentowy podział opinii sądowo-lekarskich na podstawowe i uzupełniające w latach 2014–2018 w materiale KiZMS UM w Poznaniu

W 2017 roku aż 92,6% opinii sądowo-lekarskich stanowiły opinie podstawowe. Największy odsetek opinie uzupełniające stanowiły w 2018 roku – wynosił on 36%.

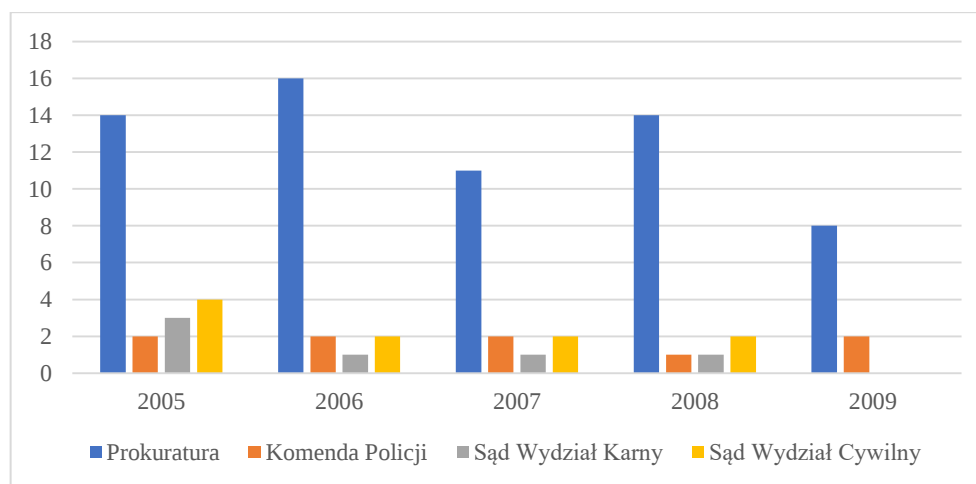
W przytoczonych pięcioleciach stosunek opinii podstawowych i uzupełniających do wszystkich wydanych opinii był podobny. Jedynie w roku 2017 zanotowano bardzo wysoki odsetek opinii podstawowych (92,6%), a w roku 2007 zaobserwowano wyższy niż przeciętnie odsetek wydanych opinii uzupełniających (40,7%).

3. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich

Biegli sporządzają opinie sądowo-lekarskie na zlecenie konkretnych instytucji. Jeśli osoby poszkodowane bądź ich rodziny twierdzą, że został popełniony błąd lekarski, i traktują go jak przestępstwo, to wtedy najczęściej zawiadamiają prokuraturę, która albo sama prowadzi śledztwo, albo zleca zebranie danych policji. Dalsze postępowanie jest prowadzone przez wydziały karne sądów. Rzadko się zdarza, że śledztwo zostaje wszczęte z urzędu. Dzieje się tak najczęściej w sprawach nagłaśnianych przez media bądź dotyczących wielu poszkodowanych. Czasami poszkodowani składają zażalenie przed sądem cywilnym. Wtedy w przypadku stwierdzenia popełnienia błędu lekarskiego żądają rekompensaty finansowej.

Tabela 7. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu w latach 2005–2009

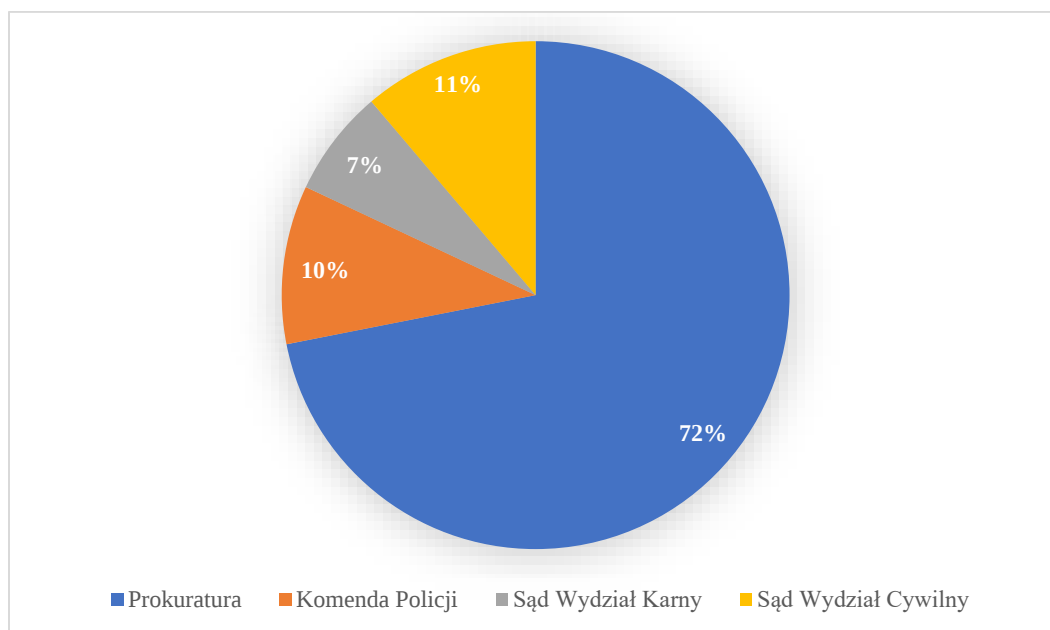
Rok	Prokuratura	Komenda policji	Sąd, wydział karny	Sąd, wydział cywilny
2005	14	2	3	4
2006	16	2	1	2
2007	11	2	1	2
2008	14	1	1	2
2009	8	2	0	0
Razem	63	9	6	10



Rycina 7. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UM w Poznaniu w latach 2005–2009

Tabela 8. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UM w Poznaniu w latach 2005–2009

	Prokuratura	Komenda policji	Sąd, wydział karny	Sąd, wydział cywilny
Liczba opinii	63	9	6	10
Procentowy udział opinii	71,6	10,2	6,8	11,4

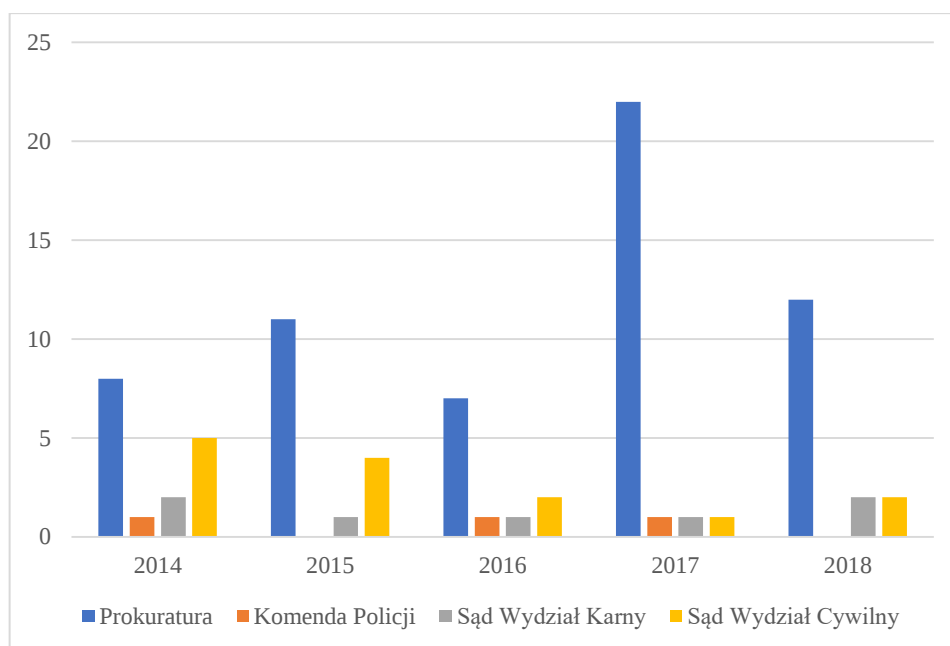


Rycina 8. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UM w Poznaniu w latach 2005–2009

Z przytoczonych danych wynika, że głównym organem zlecającym opinie sądowo-lekarskie Katedrze i Zakładowi Medycyny Sądowej UM w Poznaniu w latach 2005–2009 była prokuratura. Zlecona przez nią procentowa wartość opinii dotyczących chirurgii stanowiła 71,6%. W latach 2005–2008, sumując opinie, drugą instytucją zlecającą były wydziały cywilne sądów. W roku 2009 jedynymi zlecającymi organami były prokuratura i policja.

Tabela 9. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu w latach 2014–2018

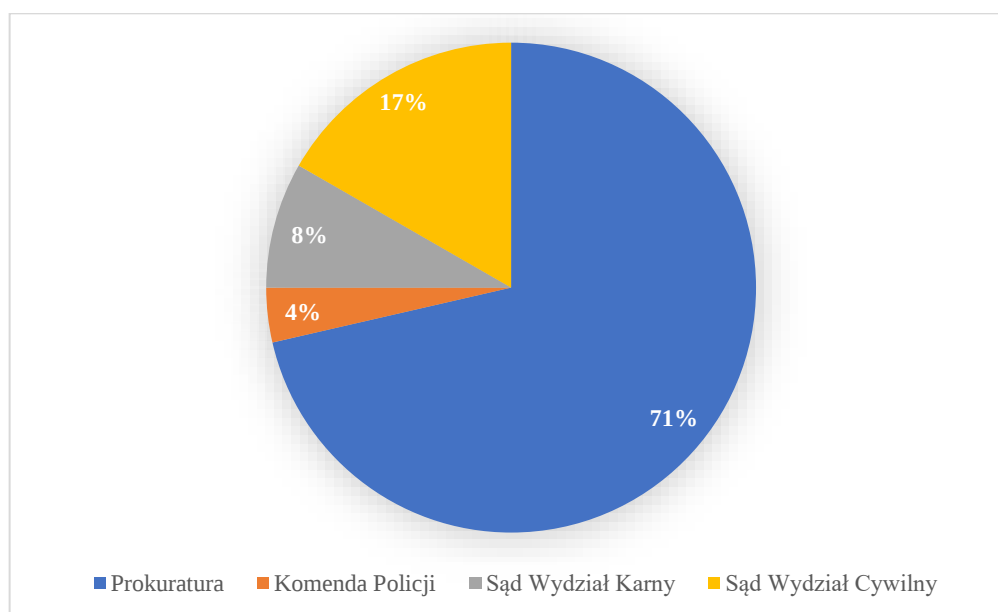
Rok	Prokuratura	Komenda policji	Sąd, wydział karny	Sąd, wydział cywilny
2014	8	1	2	5
2015	11	0	1	4
2016	7	1	1	2
2017	22	1	1	1
2018	12	0	2	2
Razem	60	3	7	14



Rycina 9. Instytucje zlecające opracowanie opinii sądowo-lekarskich KiZMS UM w Poznaniu w latach 2014–2018

Tabela 10. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS UM w Poznaniu w latach 2014–2018

	Prokuratura	Komenda policji	Sąd, wydział karny	Sąd, wydział cywilny
Liczba opinii	60	3	7	14
Procentowy udział opinii	71,4	3,6	8,3	16,7



Rycina 10. Procentowy udział instytucji zlecających opinie sądowo-lekarskie KiZMS w Poznaniu w latach 2014–2018

Tak jak w poprzednim analizowanym okresie głównym organem zlecającym opinie sądowo-lekarskie Katedrze i Zakładowi Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 2014–2018 była prokuratura. Zlecony przez nią odsetek opinii dotyczących chirurgii wynosił 71,4% (dotyczył 60 opinii). Drugą instytucją zlecającą były wydziały cywilne sądów – 16,7%. Najrzadziej opinie sądowo-lekarskie zlecała komenda policji – w zaledwie 3,6% przypadków.

Analizując okresy 2005–2009 oraz 2014–2018 zauważamy, że procentowy udział zleceń opinii dla prokuratury jest niemal identyczny (71,6% vs 71,4%). W drugim analizowanym okresie komenda policji zajęła ostatnie miejsce, a wzrosła liczba spraw zleczanych przez wydziały sądów cywilnych.

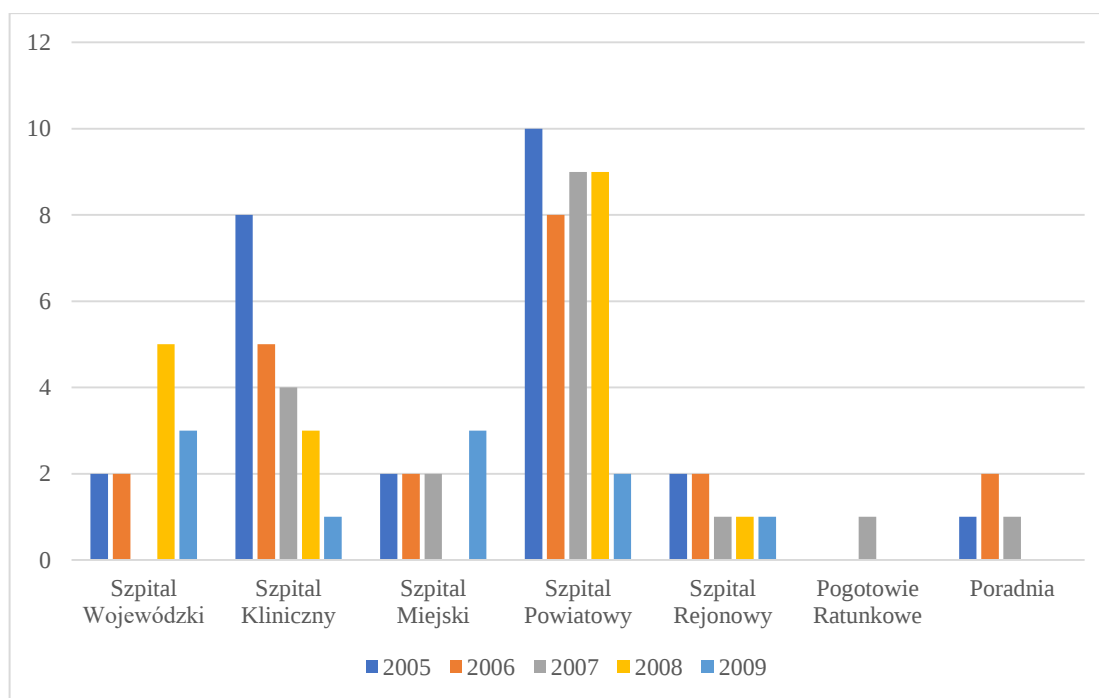
Patrząc na powyższe zestawienie, można stwierdzić, że skoro prokuratura zajmuje się tak znaczną ilością spraw o błędy lekarskie, to świadczy to o istocie tych spraw w wymiarze społecznym. Wiąże się to też zapewne z faktem, że nierozzerwalnie działaniom lekarzy towarzyszy śmierć pacjenta. Nie ma znaczenia, czy była ona zawiniona czy nie. Naturalnym zjawiskiem jest to, że budzi ona skrajne emocje.

4. Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się opiniowane przez biegłych sprawy

Dla celów tej pracy podzielono placówki służby zdrowia na jednostki szpitalne (szpitale kliniczne, wojewódzkie, powiatowe, rejonowe, miejskie) oraz pozaszpitalne – pogotowie ratunkowe, poradnie ambulatoryjne, pracownie endoskopii.

Tabela 11. Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2005–2009

Rok	Szpital wojewódzki	Szpital kliniczny	Szpital miejski	Szpital powiatowy	Szpital rejonowy	Pogotowie ratunkowe	Poradnia
2005	2	8	2	10	2	0	1
2006	2	5	2	8	2	0	2
2007	0	4	2	9	1	1	1
2008	5	3	0	9	1	0	0
2009	3	1	3	2	1	0	0
Razem	12	21	9	38	7	1	4



Rycina 11. Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2005–2009

W powyższym zestawieniu suma spraw, które wydarzyły się w jednostkach organizacyjnych systemu służby zdrowia (92) jest wyższa niż liczba opiniowanych spraw (88), ponieważ całość niektórych opiniowanych zdarzeń odbywała się w 2 jednostkach. Jedna opiniowana w roku 2005 sprawa (L.dz.27/05) odbywała się najpierw w szpitalu miejskim, a następnie w klinicznym. Druga sprawa opiniowana w tym samym roku (L.dz.855/05, L.dz.1365/05) rozpoczęła się w izbie przyjęć szpitala powiatowego, a zakończyła w poradni chirurgicznej. Z kolei sprawa L.dz.1733/07 opracowywana przez biegłych w 2007 roku rozpoczęła się w szpitalu powiatowym, a skończyła w szpitalu klinicznym, gdzie pacjent zmarł. Wydarzenia drugiej sprawy opiniowanej przez biegłych w 2007 i 2008 roku (L.dz.742/07, L.dz.513/08) rozpoczęły się w szpitalu klinicznym, a zakończyły w szpitalu powiatowym.

W każdym roku z okresu 2005–2009 najwięcej opinii sądowo-lekarskich dotyczyło szpitali powiatowych, co stanowi 40,9% wszystkich opinii.

Z wyjątkiem roku 2008 drugą pojawiającą się w opiniach jednostką są szpitale kliniczne (23,7%). Wiąże się to prawdopodobnie z tym, że wiele z nich pełni ostry dyżur. W części przypadków pacjenci przyjmowani w trybie nagłym do ośrodków o niższej referencji wymagają zaopatrzenia specjalistycznego i są kierowani do ośrodków klinicznych. Ponadto z założenia szpitale kliniczne powinny przyjmować pacjentów planowych wymagających rzadziej wykonywanych, bardziej skomplikowanych zabiegów, co wiąże się ze wzrostem liczby powikłań i zgonów i finalnie jest krytycznie oceniane przez pacjentów.

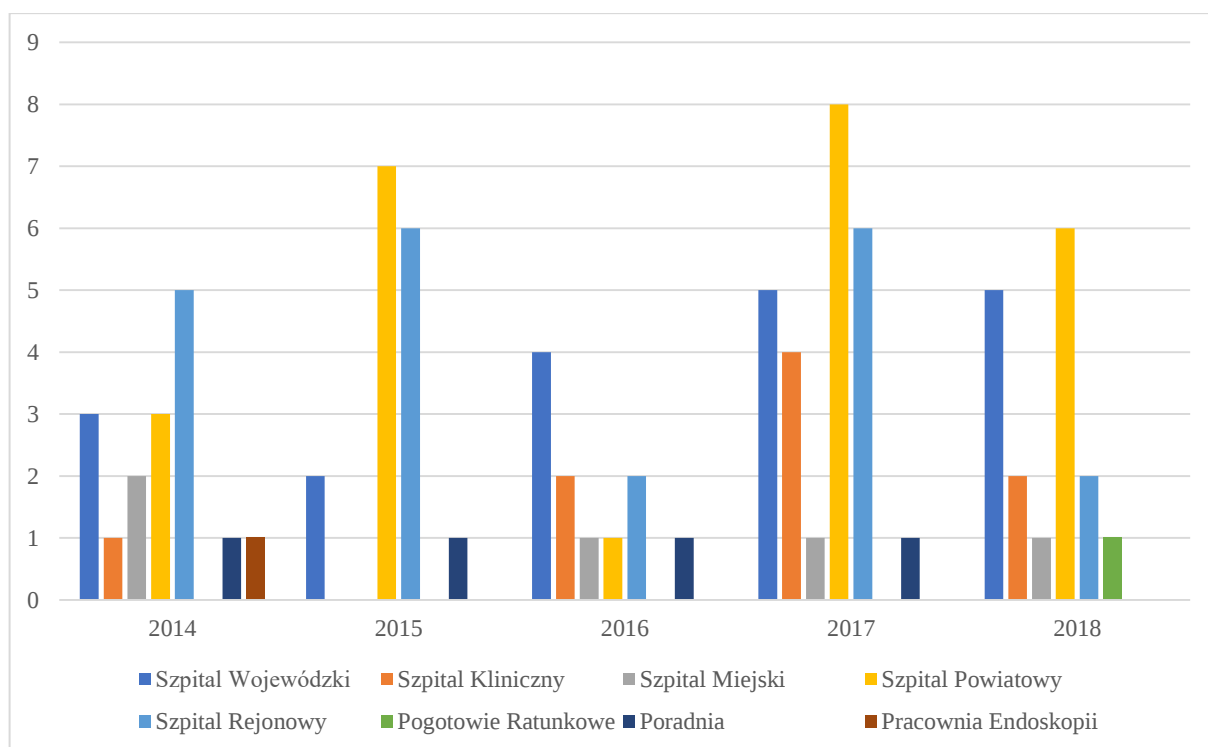
Spośród szpitali, które znalazły się w środkowej części zestawienia, przeważa liczba opiniowanych spraw dotyczących szpitali wojewódzkich. Szpitale wojewódzkie są szpitalami wielospecjalistycznymi pełniącymi ostry dyżur i często do tych jednostek oprócz szpitali klinicznych są kierowani chorzy wymagający leczenia specjalistycznego bądź multidyscyplinarnego (m.in. dzięki wielołożkowemu, dobrze zaopatrzonemu OIOM).

Jedna opiniowana w 2007 roku sprawa (L.dz.522/07) dotyczyła pogotowia ratunkowego. Lekarz, dwukrotnie wzywany do nieobciążonego chorobowo w wywiadzie pacjenta z bólami brzucha i pleców, rozpoznał nieżyt żołądkowo-jelitowy. Kolejnego dnia chory zmarł z powodu rozpoznanego w trakcie badania sekcyjnego pękniętego tętniaka aorty.

Toczące się 4 sprawy dotyczące poradni ambulatoryjnych (4,3%) dotyczyły kontroli pourazowych (L.dz.855/05, L.dz.1365/05), kontroli poszpitalnych (L.Dz.213/06, L.dz.1006/06/06, L.dz.1442/07, L.dz.1167/07) bądź drobnych zabiegów wykonywanych ambulatoryjnie – 2 sprawy (L.dz.1826/07, L.Dz.1561/06).

Tabela 12. Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2014–2018

Rok	Szpital wojewódzki	Szpital kliniczny	Szpital miejski	Szpital powiatowy	Szpital rejonowy	Pogotowie ratunkowe	Poradnia	Pracownia endoskopii
2014	3	1	2	3	5	0	1	1
2015	2	0	0	7	6	0	1	0
2016	4	2	1	1	2	0	1	0
2017	5	4	1	8	6	0	1	0
2018	5	2	1	6	2	1	0	0
Razem	19	9	5	25	21	1	4	1



Rycina 12. Jednostki systemu służby zdrowia, w których wydarzyły się sprawy opiniowane przez biegłych w latach 2014–2018

W zestawieniu powyżej suma jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia (85) jest wyższa niż liczba opiniowanych spraw (84), ponieważ jedna opiniowana sprawa odbywała się w dwóch jednostkach (L.dz.287/18, L.dz.2366/18). Lekarz pogotowia ratunkowego, chirurg, został wezwany do 13-letniego chłopca cierpiącego na dolegliwości bólowe podbrzusza. Lekarz rozpoznał przepuklinę pachwinową prawostronną odprowadzalną, podał leki przeciwbólowe i zalecił kąpiel w ciepłej wodzie. Ponieważ dolegliwości bólowe nie ustępowały, rodzice z dzieckiem zgłosili się do tzw. pomocy doraźnej, gdzie chłopca zbadał pediatra. Zbadał dokładnie brzuch, jądra chłopca i nie stwierdził wskazań do przyjęcia do szpitala. Cztery godziny później ból się nasilił, pacjent wrócił do pomocy doraźnej – dostał skierowanie do Wrocławia do oddziału chirurgii dziecięcej. Tam rozpoznano skręt jądra i pilnie wykonano operację. Po kilkudniowym leczeniu udało się uratować jądro.

Sumarycznie największa ilość opiniowanych spraw dotyczyła szpitali powiatowych (29,8%). Najwięcej dotyczących ich opinii wydano w latach 2015, 2017, 2018. W roku 2014 najwięcej opinii dotyczyło szpitali rejonowych, a w 2016 – szpitali wojewódzkich. Szpitale kliniczne znalazły się dopiero na czwartym miejscu.

W latach 2014–2018 4,8% opiniowanych spraw dotyczyło poradni ambulatoryjnych (4 sprawy). Dwie z nich (L.dz.705/15, L.dz.711/16) dotyczyły kontroli pourazowych. W jednej ze spraw (L.dz.7/14) podczas punkcji gruczołu piersiowego nastąpiło powikłanie pod postacią odmy opłucnowej. Inna sprawa (L.dz.1437/17) dotyczyła 82-letniego pacjenta, który został przyjęty

w poradni chirurgicznej w celu usunięcia nawracającej modzeli stopy. Po wykonanym zabiegu, założeniu opatrunku oraz 20-minutowej obserwacji pacjenta opuścił on samodzielnie przychodnię i udał się autobusem do domu. Gdy rodzina pacjenta wróciła do domu, zauważyła go siedzącego na krześle, charczącego, z zakrwawioną nogą. Wezwano pogotowie ratunkowe. Lekarz stwierdził zgon.

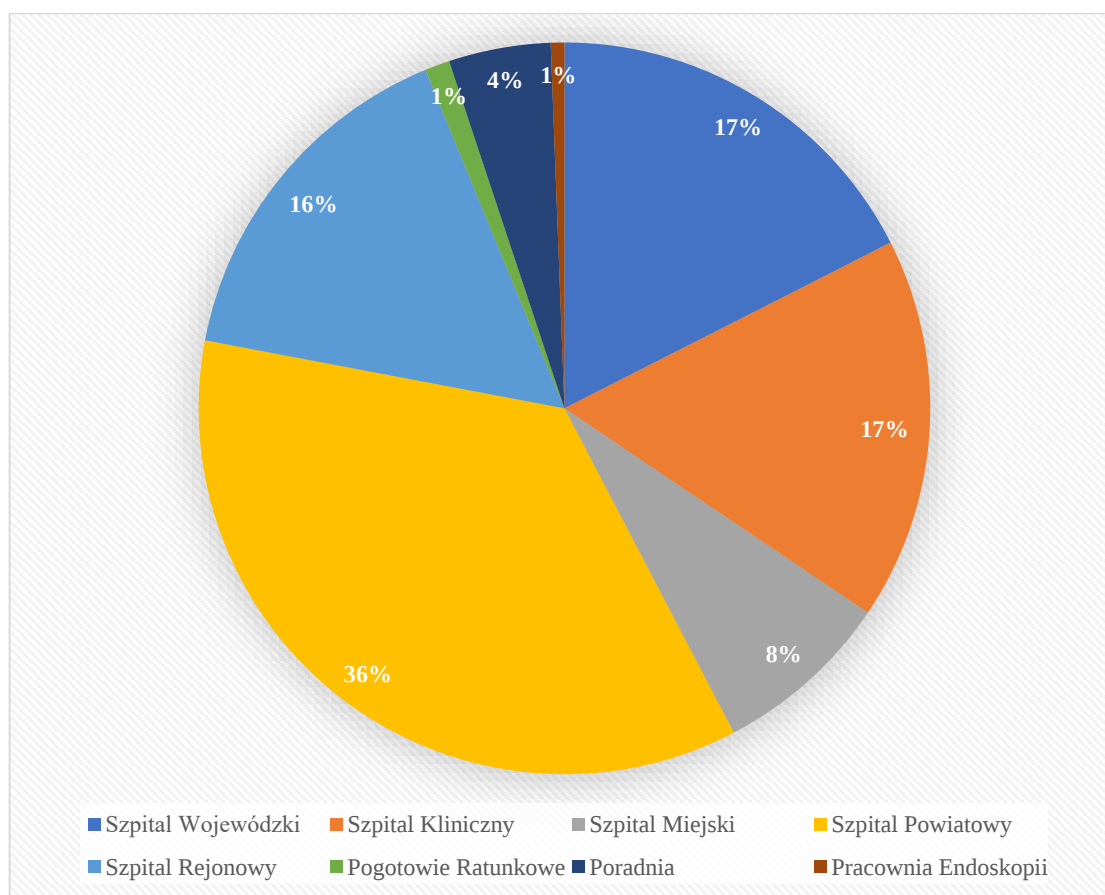
Sprawa L.dz.1263/14 dotyczyła 52-letniego pacjenta przyjętego do pracowni endoskopii w celu wykonania badań przesiewowych. W czasie kolonoskopii pętlą diatermiczną usunięto polip zagięcia śledzionowego. Pacjent po zabiegu nie zgłaszał dolegliwości. Dzień później rozpoczęły się bóle brzucha, których natężenie nasilało się. Trzy dni po kolonoskopii pacjent został przyjęty do SOR, następnie do oddziału chirurgicznego. Stwierdzono perforację przewodu pokarmowego. Wykonano laparotomię połączoną z wyłonieniem sztucznego odbytu. Po 2 latach u pacjenta odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego.

Porównując obydwa pięciolecia, zauważamy, że wciąż najwięcej opiniowanych spraw dotyczy szpitali powiatowych. Znaczne różnice pojawiły się w kolejności pozostałych jednostek. Szpitale kliniczne z drugiego miejsca (2005–2009 vs 2014–2018) spadły na miejsce czwarte, natomiast pojawił się wyraźny wzrost liczby opiniowanych spraw dotyczących szpitali rejonowych, które to w późniejszym analizowanym pięcioleciu znalazły się na drugim miejscu. Trudno jednoznacznie wyjaśnić, skąd wzięła się ta zmiana. Być może wiąże się to z faktem, że w późniejszych latach w wyniku zmian prawnych coraz prężniej działały SOR-y i izby przyjęć w ośrodkach pozaakademickich.

W celu klarowniejszej oceny sytuacji w poniższym zestawieniu zsumowano opinie całego analizowanego dziesięciolecia i przedstawiono je w postaci tabeli oraz wykresu ukazującego procentowe wartości dotyczące opiniowanych jednostek.

Tabela 13. Sumaryczna jednostkowa i procentowa ilość opiniowanych spraw dotyczących jednostek organizacyjnych służby zdrowia w latach 2005–2009 oraz 2014–2018

	Szpital wojewódzki	Szpital kliniczny	Szpital miejski	Szpital powiatowy	Szpital rejonowy	Pogotowie ratunkowe	Poradnia	Pracownia endoskopii
Liczba spraw	31	30	14	63	28	2	8	1
Procentowa ilość spraw	17,5	16,9	7,9	35,6	15,8	1,1	4,5	0,6



Rycina 13. Sumaryczna procentowa ilość opiniowanych spraw dotyczących jednostek organizacyjnych służby zdrowia w latach 2005–2009 oraz 2014–2018

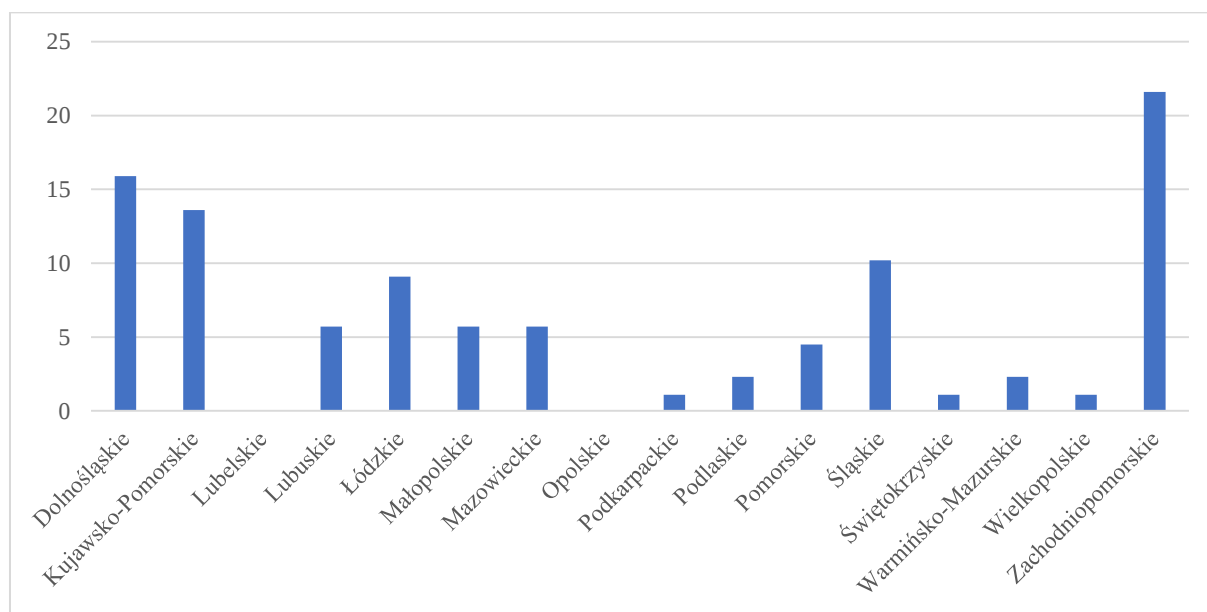
Biorąc pod uwagę powyższe całościowe zestawienie, można zauważyć, że dominującą jednostką opiniowaną przez biegłych sądowych są szpitale powiatowe. Szpitale kliniczne, rejonowe i wojewódzkie są opiniowane z podobną częstotliwością. Sprawy dotyczące pracowni endoskopowych ambulatoryjnych są pojedyncze. W opiniowanych sprawach w szpitalach powiatowych stwierdzono 23 błędy lekarskie (36,5% spraw w szpitalach powiatowych), w szpitalach wojewódzkich 8 (25,8%), w szpitalach miejskich 3 (21,4%), w szpitalach rejonowych 7 (25%), a w szpitalach klinicznych 13 (43,3%). Reasumując, szpital kliniczny był miejscem, gdzie statystycznie najczęściej zdarzały się błędy w postępowaniu lekarskim.

5. Rozkład terytorialny opiniowanych jednostek według województw

Biegli sądowi najczęściej opiniują sprawy zaistniałe poza województwem, w którym oni sami pracują.

Tabela 14. Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2005–2009

Województwo	Liczba opiniowanych spraw	Procentowy udział opiniowanych spraw
Dolnośląskie	14	15,9
Kujawsko-pomorskie	12	13,6
Lubelskie	0	0,0
Lubuskie	5	5,7
Łódzkie	8	9,1
Małopolskie	5	5,7
Mazowieckie	5	5,7
Opolskie	0	0,0
Podkarpackie	1	1,1
Podlaskie	2	2,3
Pomorskie	4	4,5
Śląskie	9	10,2
Świętokrzyskie	1	1,1
Warmińsko-mazurskie	2	2,3
Wielkopolskie	1	1,1
Zachodniopomorskie	19	21,6



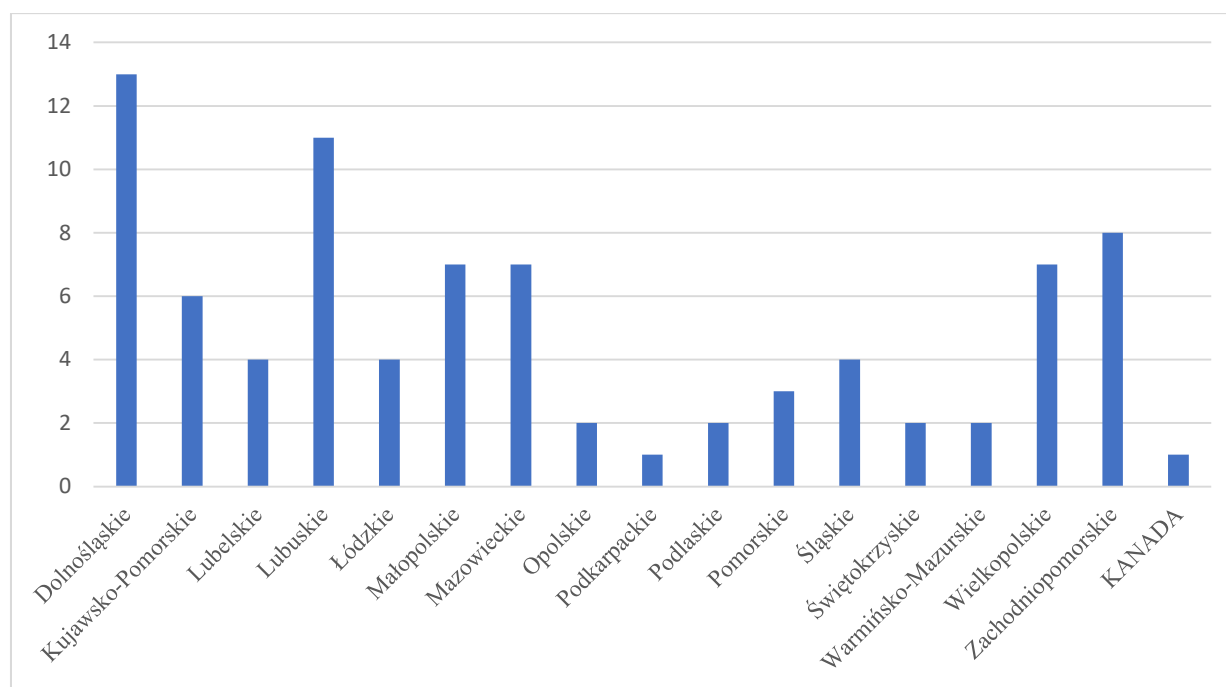
Rycina 14. Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2005–2009

Z powyższych zestawień wynika, że przez biegłych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu były opiniowane jednostki głównie całej zachodniej i centralnej Polski. Opiniowane sprawy z 3 województw: dolnośląskiego, zachodniopomorskiego oraz kujawsko-pomorskiego stanowią ponad połowę opinii sądowo-lekarskich. Opiniowano jedną sprawę z południa

Wielkopolski (L.dz.1144/09), dotyczącą skrajnie wyniszczonej chorej z licznymi ranami i odleżynami, która trafiła na SOR. Rany pacjentki zostały opracowane chirurgicznie, wydano odpowiednie zalecenia odnośnie do ich pielęgnacji. Pacjentka została przekazana do ośrodka opiekuńczego, w którym zmarła 3 tygodnie później. Pytania prokuratury do biegłych kierowane były przede wszystkim odnośnie stanu chorej w SOR – czy w momencie przyjęcia do szpitala jej stan zagrażał życiu i mógł wynikać z nienależytej opieki.

Tabela 15. Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2014–2018

Województwo	Liczba opiniowanych spraw	Procentowy udział opiniowanych spraw
Dolnośląskie	13	15,5%
Kujawsko-pomorskie	6	7,1%
Lubelskie	4	4,8%
Lubuskie	11	13,1%
Łódzkie	4	4,8%
Małopolskie	7	8,3%
Mazowieckie	7	8,3%
Opolskie	2	2,4%
Podkarpackie	1	1,2%
Podlaskie	2	2,4%
Pomorskie	3	3,6%
Śląskie	4	4,8%
Świętokrzyskie	2	2,4%
Warmińsko-mazurskie	2	2,4%
Wielkopolskie	7	8,3%
Zachodniopomorskie	8	9,5%
Kanada	1	1,2%



Rycina 15. Rozkład terytorialny według województw opiniowanych jednostek w latach 2014–2018

W latach 2014–2018 opiniowane sprawy dotyczyły jednostek znajdujących się głównie na terenie zachodniej Polski. Najwięcej spraw do biegłych z Katedry i Medycyny Sądowej w Poznaniu trafiło z województwa dolnośląskiego – 13. Opinie z 5 województw: dolnośląskiego, lubuskiego, zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego oraz wielkopolskiego stanowiły prawie 54%. Poddano analizie 7 spraw z województwa wielkopolskiego oraz jedną sprawę dotyczącą 54-letniej Polki, która zmarła w Kanadzie (L.dz.499/14). Została ona po wypadku samochodowym przyjęta do kanadyjskiego szpitala. Zdiagnozowano u niej odmę opłucnową lewostronną, więc założono drenaż przez II przestrzeń międzyżebrową. Po kilku godzinach wykonano TK głowy oraz drenaż prawej jamy opłucnowej. Pacjentka podawała silne dolegliwości bólowe w obrębie klatki piersiowej, które nieco ustępowały po podaniu morfiny. Następnie w kilka minut po przyjęciu chorej do oddziału chirurgicznego nastąpiło zatrzymanie krążenia i zgon. Oprócz licznych obrażeń ciała rozpoznano jatrogenne uszkodzenie tętnicy i żyły podobojczykowej, które prawdopodobnie było przyczyną śmierci pacjentki.

Porównując dwa powyższe okresy, można stwierdzić, że wciąż najwięcej spraw trafia do biegłych KiZMS w Poznaniu z terenu zachodniej Wielkopolski. Znaczną zmianą w latach 2014–2018 w porównaniu z okresem poprzednim jest wzrost liczby spraw opiniowanych z terenu Wielkopolski.

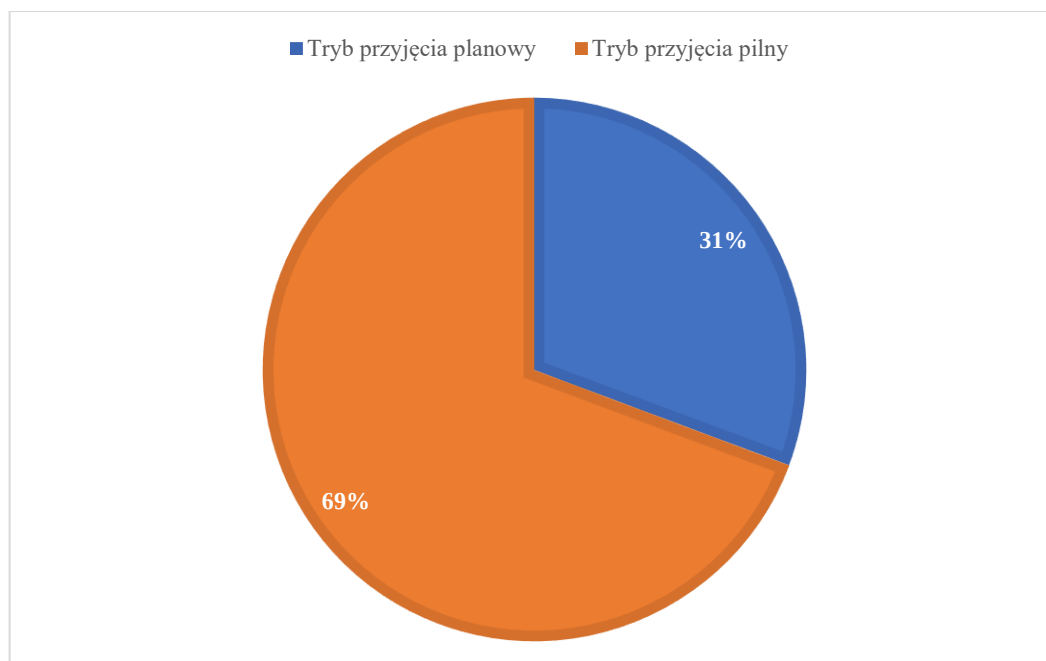
6. Jednostki a tryb przyjmowania pacjentów

Szpital bądź poszczególne oddziały szpitalne pracują w tzw. trybie planowym bądź ostrodyżurowym. Jednostki niepełniące ostrego dyżuru przyjmują pacjentów według tworzonych

wcześniej list oczekujących i wykonują u nich badania diagnostyczne w obrębie szpitala bądź planowe operacje. Najczęściej szpitale pracują jednak w trybie zarówno planowym, jak i ostrodyżurowym, co oznacza, że lekarz pełniący dyżur w oddziale szpitalnym sprawuje opiekę zarówno nad pacjentami przyjętymi planowo na oddział, jak również przyjmuje pacjentów w trybie nagłym, zapewniając im adekwatne leczenie, w tym leczenie operacyjne w pilnych przypadkach. Dla potrzeb niniejszego opracowania do trybu planowego zaliczono również pacjentów przyjmowanych w poradniach, natomiast do trybu ostrodyżurowego włączono pacjentów głównie zaopatrywanych przez szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć oraz zespoły pogotowia ratunkowego.

Tabela 16. Procentowy oraz ilościowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2005–2009, uwzględniający tryb przyjęcia chorego

	Opiniowane sprawy dotyczące planowego trybu przyjęcia chorego	Opiniowane sprawy dotyczące pilnego trybu przyjęcia chorego
Liczba opiniowanych spraw	27	61
Procentowy udział spraw	30,7	69,3

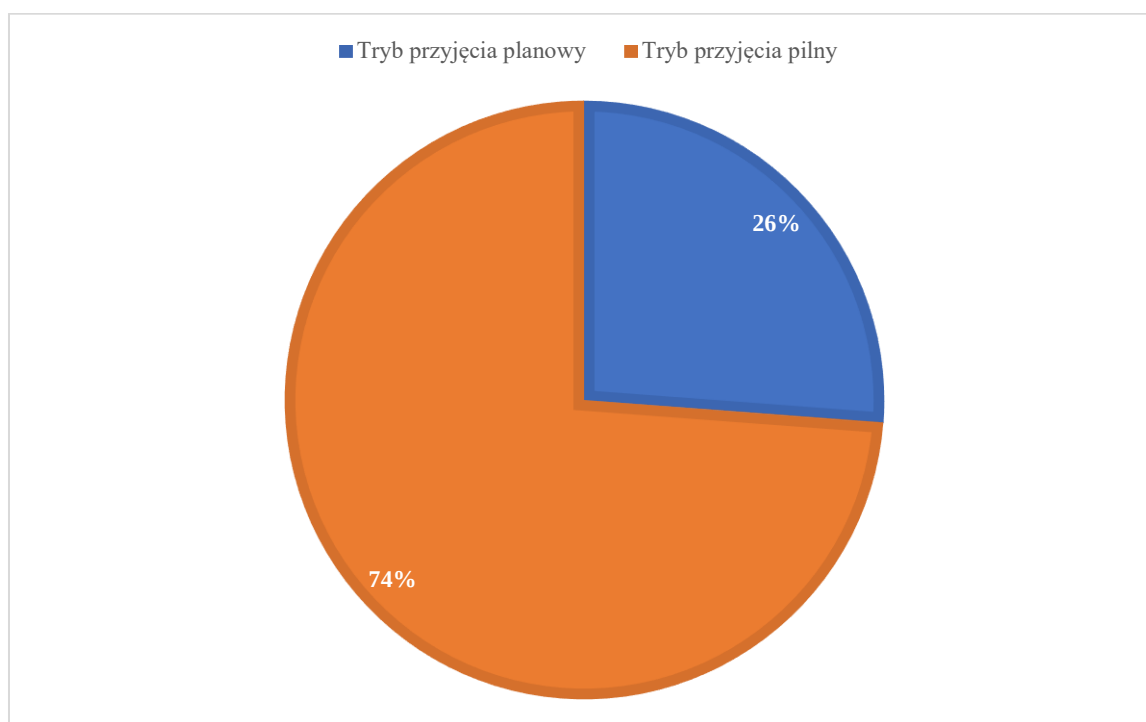


Rycina 16. Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2005–2009, uwzględniający tryb przyjęcia chorego

Z powyższego zestawienia ewidentnie wynika, że biegli analizują głównie sprawy dotyczące ostrodyżurowej pracy lekarzy.

Tabela 17. Procentowy oraz ilościowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2014–2018, uwzględniający tryb przyjęcia chorego

	Opiniowane sprawy dotyczące planowego trybu przyjęcia chorego	Opiniowane sprawy dotyczące pilnego trybu przyjęcia chorego
Liczba opiniowanych spraw	22	62
Procentowy udział spraw	26,19%	73,81%



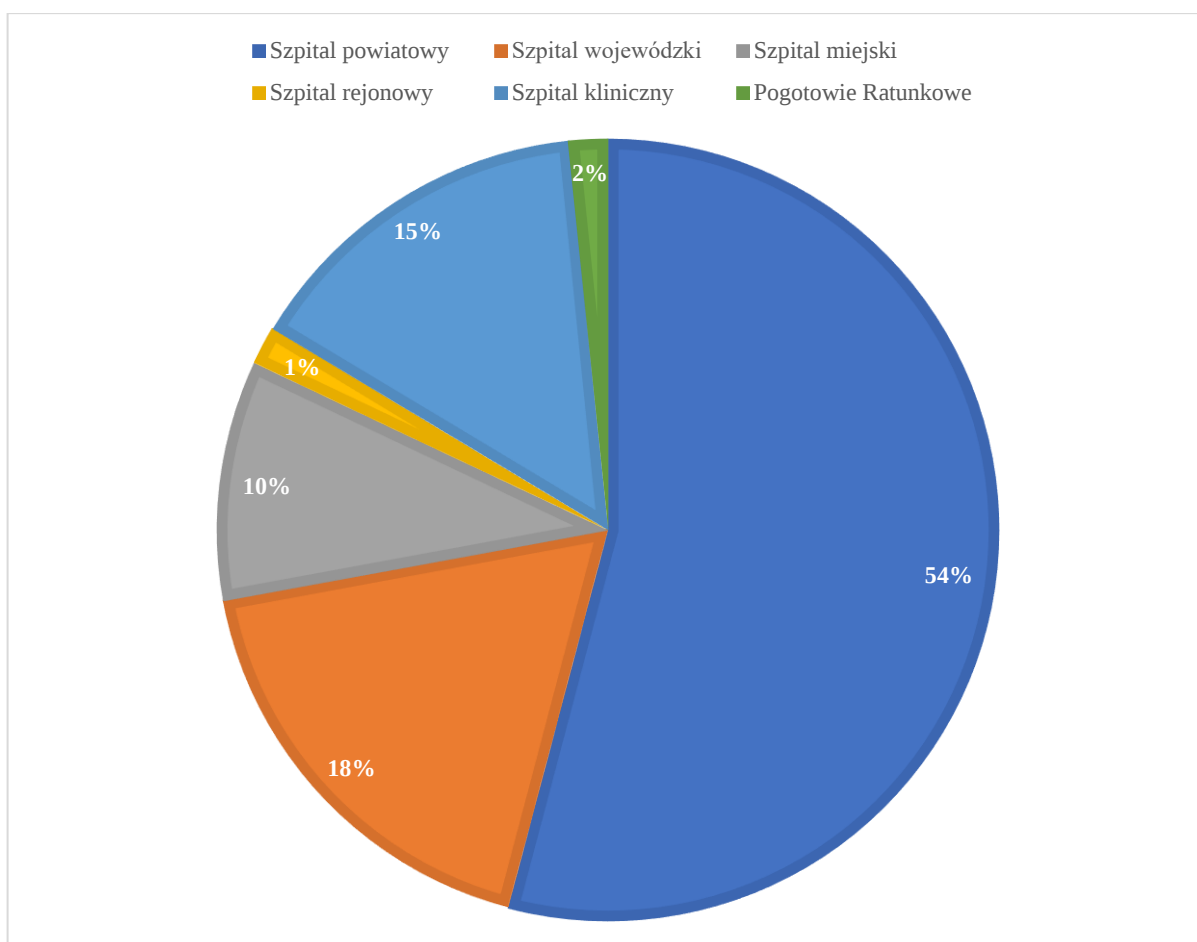
Rycina 17. Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich KiZMS w Poznaniu dotyczący chirurgii ogólnej w latach 2014–2018, uwzględniający tryb przyjęcia chorego

Z powyższego zestawienia, tak jak i z poprzedniego, wynika, że tryb ostrodyżurowy jest trybem dominującym w opiniowanych przez biegłych sprawach.

Całościowo 123 na 172 analizowane opinie dotyczyły leczenia w trybie nagłym, co stanowi 71,5%.

Tabela 18. Udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2005–2009

	Szpital powiatowy	Szpital wojewódzki	Szpital miejski	Szpital rejonowy	Szpital kliniczny	Pogotowie ratunkowe
Liczba opinii sądowo-lekarskich	33	11	6	1	9	1
Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich	54,1	18	9,9	1,6	14,8	1,6



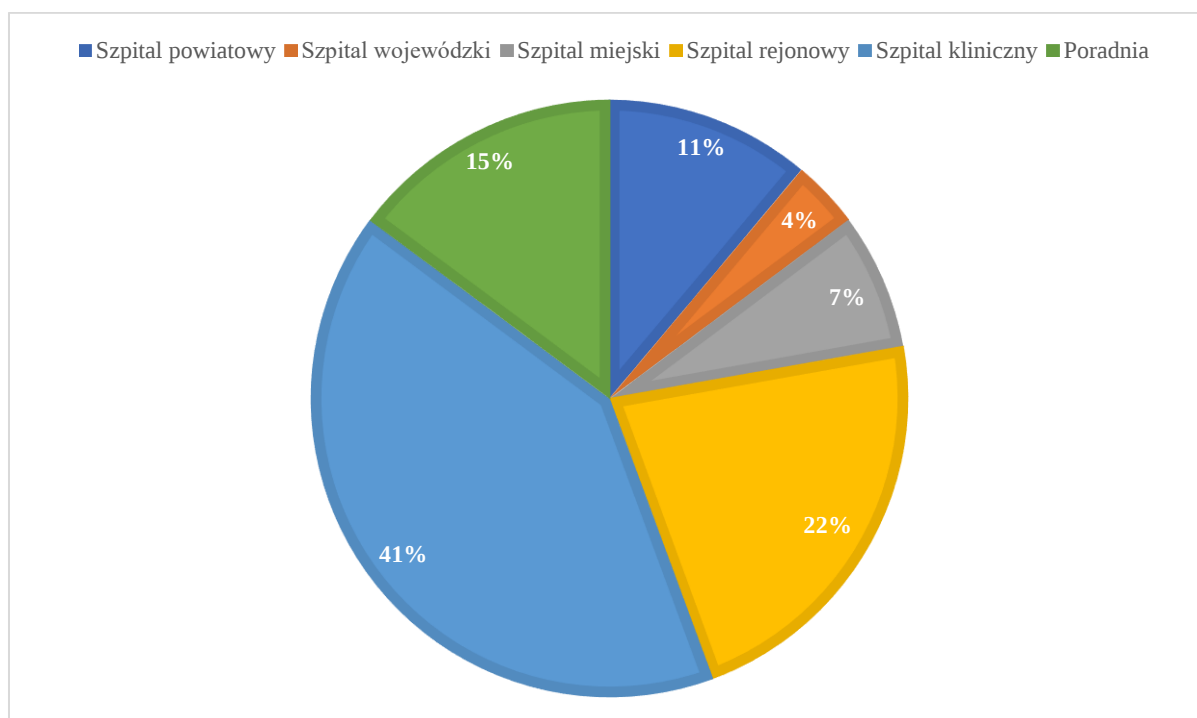
Rycina 18. Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2005–2009

Z powyżej przedstawionych danych wynika, że wśród opiniowanych spraw dotyczących trybu pilnego przyjęcia pacjenta najczęściej z nich dotyczyło szpitali powiatowych. Na 36 spraw opiniowanych w odniesieniu do szpitali powiatowych 33 dotyczyły trybu ostrodyżurowego. Można wysunąć tezę, że szpitale powiatowe są często pierwszą jednostką, z którą mają styczność pacjenci potrzebujący pomocy, co prawdopodobnie wynika z ogromnego obszaru obsługiwane przez te szpitale. Na drugim i trzecim miejscu w zestawieniu znalazły się szpitale wojewódzkie oraz kliniczne.

Jednostki te zaopatrują znaczącą liczbę pacjentów (duże miejskie aglomeracje), a także kierowani są do nich pacjenci wymagający bardziej kompleksowej opieki. Mimo to większość spraw dotyczy szpitali powiatowych. Nasuwa się pytanie, czy wynika to z tego, że sumaryczna liczba pacjentów zaopatrywanych w izbach przyjęć i oddziałach ratunkowych szpitali powiatowych w Polsce jest większa niż w innych szpitalach, czy zaopatrywani tam pacjenci prezentują inny profil chorobowy (np. zmiany pourazowe, długi czas oczekiwania na pomoc, zwlekanie z dotarciem do lekarza). Odpowiedź na to pytanie wymagałaby szeroko zakrojonej analizy ogólnopolskich jednostek szpitalnych i znacznie wykracza poza ramy tej pracy.

Tabela 19. Udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2005–2009

	Szpital powiatowy	Szpital wojewódzki	Szpital miejski	Szpital rejonowy	Szpital kliniczny	Poradnia
Liczba opinii sądowo-lekarskich	3	1	2	6	11	4
Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich	11,1	3,7	7,4	22,2	40,8	14,8



Rycina 19. Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu zdrowia w latach 2005–2009

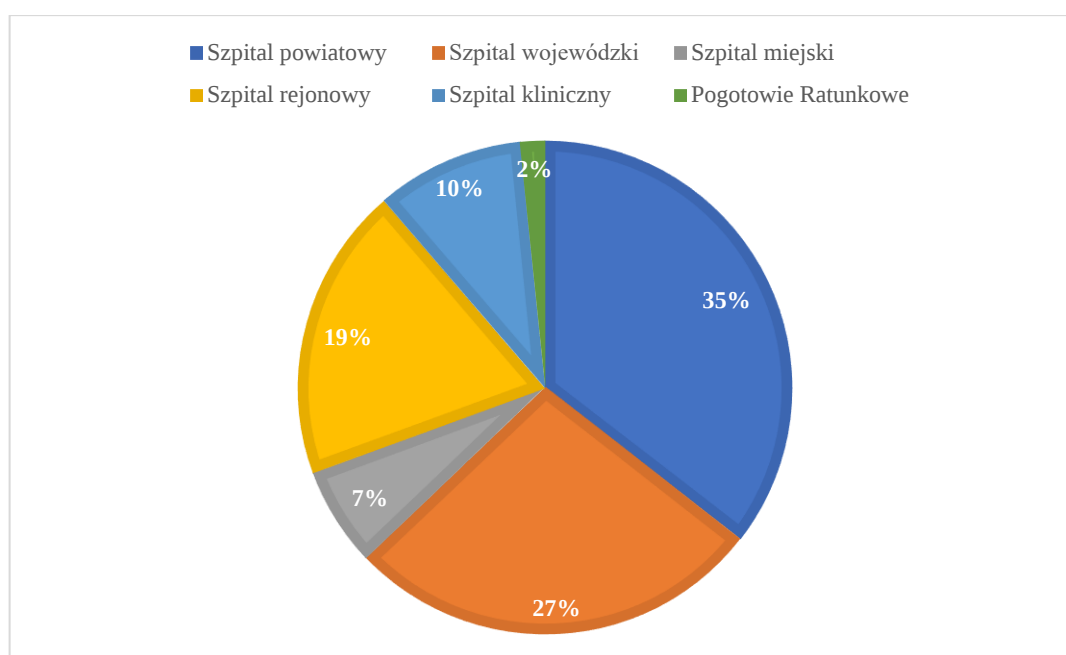
W poprzednim zestawieniu dotyczącym trybu pilnego przyjęcia pacjenta szpitale kliniczne plasowały się na trzecim miejscu. W przypadku trybu planowego przyjęć 40,8% opinii sądowo-

lekarskich dotyczyło właśnie szpitali klinicznych. W wyniku analizy akt spraw nasuwają się dwie przyczyny takiego stanu rzeczy. Po pierwsze przyjmowani do tych jednostek pacjenci byli ludźmi schorowanymi ze znacznie obciążonym wywiadem chorobowym. Po drugie operacje tam wykonywane były operacjami skomplikowanymi o dużym odsetku powikłań (np. operacje trzustki czy żołądka). Z założenia więc pacjenci tych szpitali, mimo że są przyjmowani planowo, są zagrożeni znaczną ilością powikłań, co w opinii społeczeństwa wiąże się z popełnieniem błędu lekarskiego. Należy ponadto dopowiedzieć, że niektóre jednostki kliniczne nie pełnią ostrego dyżuru.

Na drugiej pozycji znalazły się szpitale rejonowe. Są to często sprofilowane rozbudowane jednostki bądź szpitale zwykle podlegające administracji państwowej, pełniące określone zadania, nie zawsze związane z ostrym dyżurem, np. centra onkologii, zespoły leczenia chorób płuc, szpitale wojskowe bądź szpitale podlegające MSWiA.

Tabela 20. Udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2014–2018

	Szpital powiatowy	Szpital wojewódzki	Szpital miejski	Szpital rejonowy	Szpital kliniczny	Pogotowie ratunkowe
Liczba opinii sądowo-lekarskich	22	17	4	12	6	1
Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich	35,5	27,4	6,5	19,3	9,7	1,6

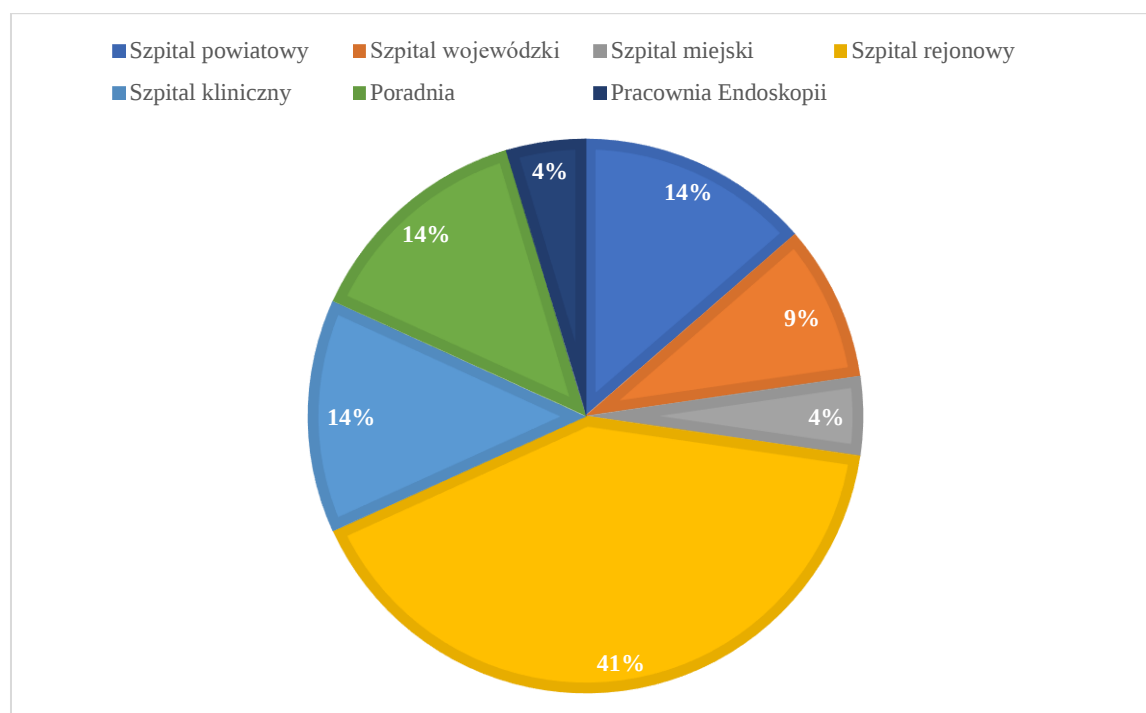


Rycina 20. Procentowy udział opinii sądowo-lekarskich uwzględniający tryb pilny przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu zdrowia w latach 2014–2018

Można przyjąć, że mniej więcej co trzecia sprawa opiniowana w latach 2014–2018, wiążąca się z pracą ostrodyżurówką dotyczyła szpitali powiatowych (35%). Niewiele mniej, bo 27% opinii, było związanych ze zdarzeniami w szpitalach wojewódzkich. Szpitale kliniczne znalazły się na czwartym miejscu zestawienia (10%) i ustępowały szpitalom rejonowym (19%). We wspomnianym okresie opiniowano jedynie jedną sprawę związaną z pracą w pogotowiu ratunkowym.

Tabela 21. Udział opinii sądowno-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu służby zdrowia w latach 2014–2018

	Szpital powiatowy	Szpital wojewódzki	Szpital miejski	Szpital rejonowy	Szpital kliniczny	Poradnia	Pracownia endoskopii
Liczba opinii sądowno-lekarskich	3	2	1	9	3	3	1
Procentowy udział opinii sądowno-lekarskich	13,6	9,1	4,6	40,9	13,6	13,6	4,6



Rycina 21. Procentowy udział opinii sądowno-lekarskich uwzględniający tryb planowy przyjęcia chorego w stosunku do jednostek organizacyjnych systemu zdrowia w latach 2014–2018

Zdecydowanie najwięcej opinii wiążących się z trybem planowym przyjmowania pacjentów w latach 2014–2018 dotyczyło szpitali rejonowych (40,9%). Kolejne w zestawieniu były szpitale powiatowe, kliniczne oraz poradnie ambulatoryjne, których dotyczyła taka sama liczba opinii (po 3 opinie, co stanowiło 13,6%). Dwie sprawy dotyczyły szpitali wojewódzkich, jedna szpitala miejskiego i jedna pracowni endoskopii (omówiono wcześniej).

Porównując analizowane pięciolecia, można wyciągnąć wniosek, że wciąż najczęściej opiniowanych spraw związanych z ostrym dyżurem dotyczy szpitali powiatowych oraz wojewódzkich. W obu zestawieniach całkowita ilość spraw, które zdarzyły się w tych jednostkach, wynosiła ponad 60%. Wzajemne różnice między tymi jednostkami zmieniły się z tendencją wzrostową szpitali wojewódzkich, co widać w powyższych zestawieniach. Warto odnotować 18-procentowy wzrost ilości opinii w kolejnym zestawieniu dotyczący szpitali rejonowych. Opiniowanie zagadnień związanych z pogotowiem ratunkowym jest rzadkim zjawiskiem.

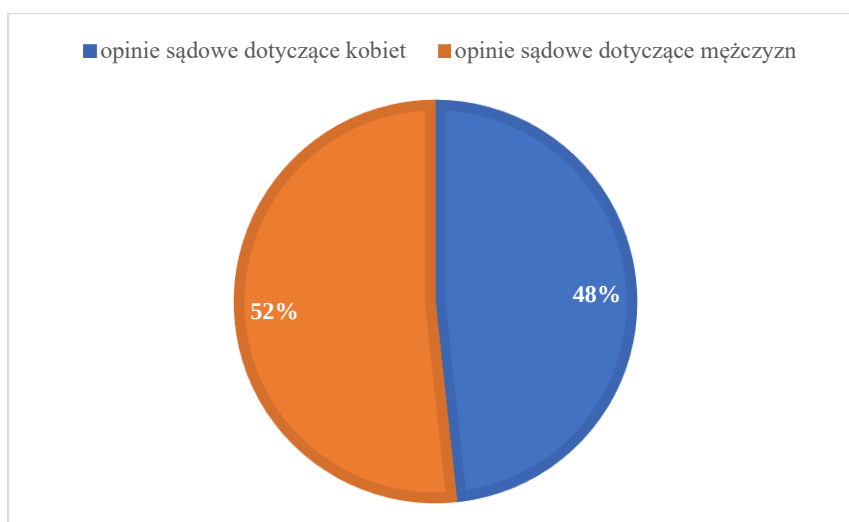
W przypadku planowego trybu pracy w analizowanych okresach zaszły duże zmiany. W latach 2005–2009 szpitale kliniczne były na szczycie zestawienia, stanowiąc ponad 40% opinii i wyprzedzając prawie o 20% szpitale rejonowe, które znalazły się na drugim miejscu. W latach 2014–2018 zaobserwowano znaczne zwiększenie ilości opinii dotyczących szpitali rejonowych (do 40,9%), dzięki czemu w kolejnym analizowanym pięcioleciu znalazły się one na pierwszym miejscu zestawienia. Ilość opinii dotycząca szpitali klinicznych spadła niemal o 30% (z 40,8% do 13,6%). Warto dodać, że w analizowanych sprawach stwierdzono 57 błędów lekarskich, z czego 40 dotyczyło trybu ostrodyżurowego.

7. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych uwzględniający płeć chorego

Poniżej przedstawiono tabelę i wykres pokazujące liczbę oraz procentowy udział spraw w oparciu o opinie sądowno-lekarskie uwzględniający płeć chorego.

Tabela 22. Udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005-2009 uwzględniający płeć chorego

	Analizowane sprawy dotyczące kobiet	Analizowane sprawy dotyczące mężczyzn
Liczba spraw	42	46
Procentowy udział spraw	47,7	52,3

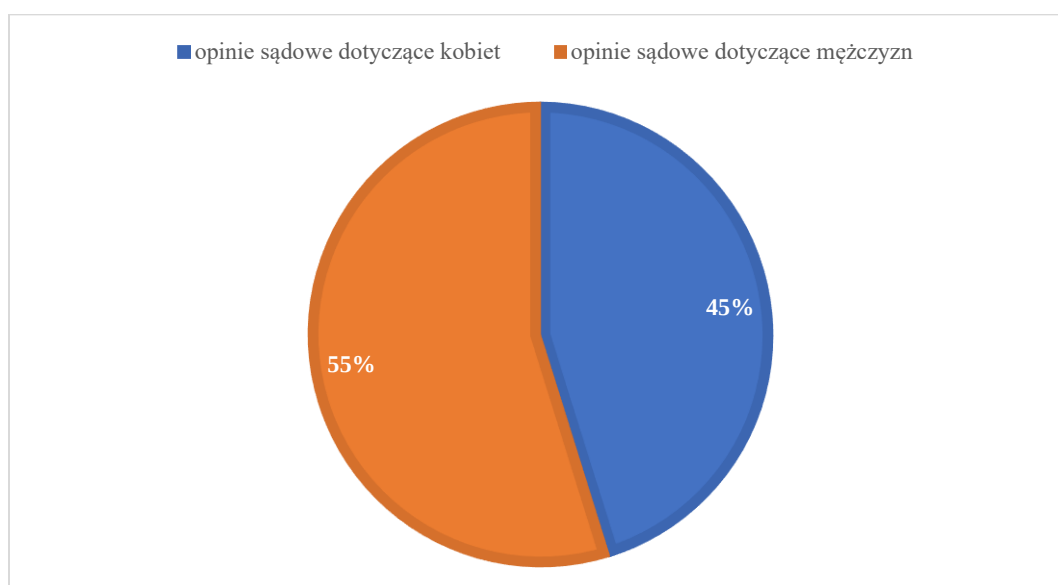


Rycina 22. Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005-2009 uwzględniający płeć chorego

Liczba spraw sądowo-lekarskich dotyczących mężczyzn i kobiet była do siebie zbliżona. Zaledwie 4 sprawy dotyczyły większej liczby mężczyzn, co stanowiło różnicę niespełna 5%.

Tabela 23. Udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający płeć chorego

	Analizowane sprawy dotyczące kobiet	Analizowane sprawy dotyczące mężczyzn
Liczba spraw	38	46
Procentowy udział spraw	45,2	54,8



Rycina 23. Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014-2018 uwzględniający płeć chorego

Liczba opinii sądowo-lekarskich w latach 2014–2018 dotyczących mężczyzn była nieco większa niż liczba dotycząca kobiet (46 vs 38).

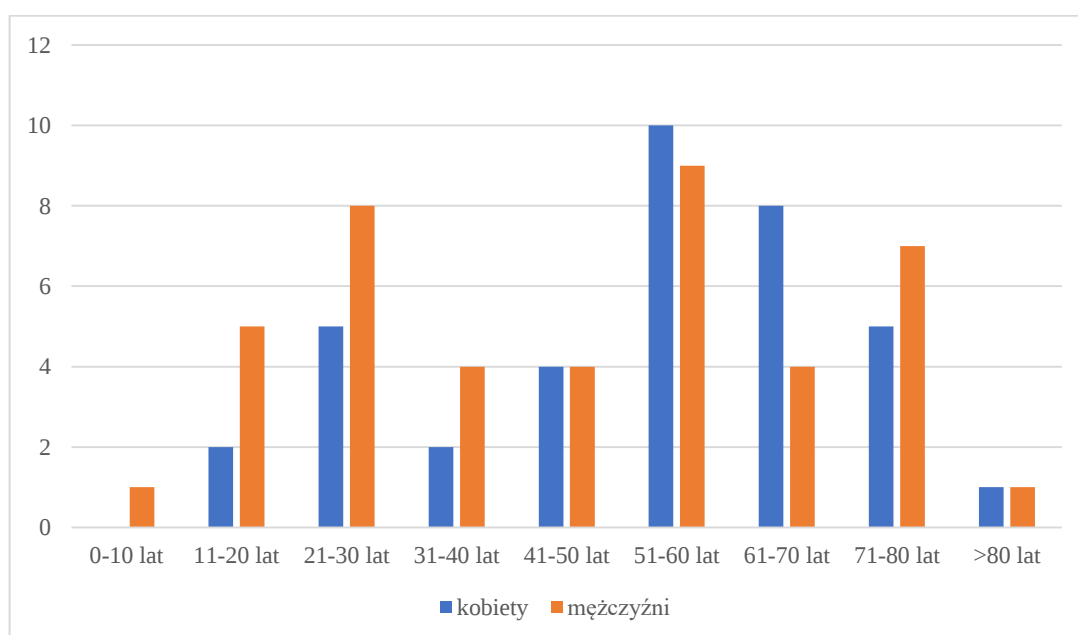
Na podstawie dwóch przeanalizowanych pięcioleci można stwierdzić, że biegli częściej opiniowali sprawy dotyczące mężczyzn niż kobiet (53,5% vs 46,5%), jednak statystycznie rzadziej mężczyźni niż kobiety byli dotknięci błędem medycznym w opiniowanych sprawach (28,3% vs 38,8%).

8. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych uwzględniający wiek i płeć chorego

W pracy w celu przeanalizowania wieku chorych, których dotyczyły opiniowane sprawy, oraz w celu określenia zależności między wiekiem a płcią pogrupowano pacjentów według odpowiednich przedziałów wiekowych.

Tabela 24. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający wiek i płeć chorego

Wiek	Kobiety	Mężczyźni
0–10 lat	0	1
11–20 lat	2	5
21–30 lat	5	8
31–40 lat	2	4
41–50 lat	4	4
51–60 lat	10	9
61–70 lat	8	4
71–80 lat	5	7
> 80 lat	1	1



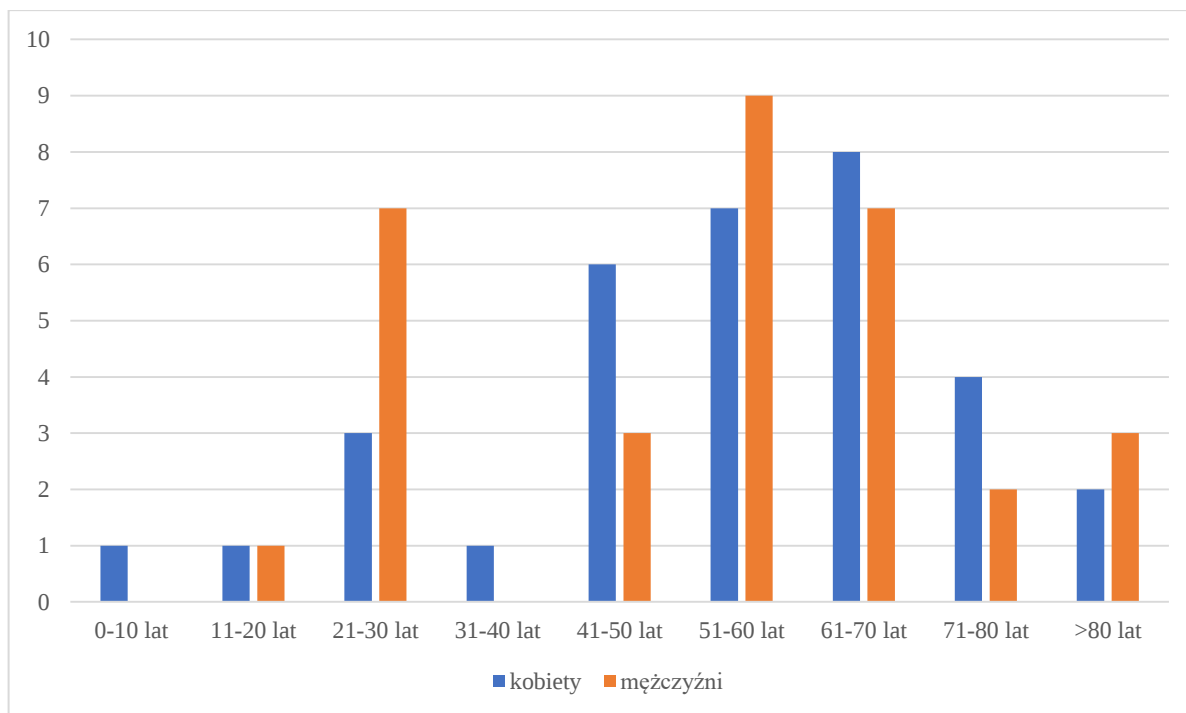
Rycina 24. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający wiek i płeć chorego

Najliczniejszą w analizowanych dokumentach grupą, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, są pacjenci między 51. a 60. rokiem życia. Wśród kobiet drugie miejsce zajmuje przedział 61–70 lat, natomiast wśród mężczyzn 21–30 lat. W przypadku 8 chorych w analizowanych opiniach nie znalazła się informacja o ich wieku. Najmłodszym pacjentem (L.dz.1460/09) był pięcioletni chłopiec po urazie prawej kończyny górnej, który spadł z huśtawki. W izbie przyjęć wykonano badanie RTG, na podstawie którego rozpoznano złamanie nasady dalszej kości przedramienia. Unieruchomiono kończynę w gipsie. Zalecono zmianę opatrunku po 3 dniach na unieruchomienie syntetyczne. Krótko po założeniu gipsu palce zrobiły się sinawe. Ambulatoryjnie inny chirurg rozciął gips i wysłał do osoby, która go zakładała. Tam lekarz nie stwierdził nic niepokojącego i założył opatrunek syntetyczny na 5 tygodni. Po tym okresie po zdjęciu opatrunku palce były przykurczone, wystąpił brak czucia powierzchownego. Ten sam chirurg stwierdził, że objawy ustąpią za kilka dni. Ojciec zgłosił się do szpitala w Trzebnicy, gdzie stwierdzono przykurcz Volkmanna i wdrożono leczenie operacyjne. Po rehabilitacji sprawność ręki została określona jako dobra (niewielki ubytek pełnego zginania oraz niewielkie osłabienie siły mięśniowej).

Najstarszym pacjentem (L.dz.1183/05) był 83-letni kierowca samochodu, który ucierpiał w kolizji z samochodem ciężarowym. Trafił do szpitala we wstrząsie, z którego został wyprowadzony. Kolejnego dnia stan ogólny chorego nagle się pogorszył – wkrótce po tym pacjent zmarł. W badaniu sekcyjnym zaobserwowano lewe płuco całkowicie spadnięte, co było niewidoczne na zdjęciu RTG klatki piersiowej wykonanym w dniu przyjęcia do szpitala. Biegli sądowi stwierdzili, że drugiego dnia w wyniku kaszlu bądź innej niewyjaśnionej przyczyny mogło dojść do translokacji powietrza do jamy opłucnowej, związanego z tym narastania odmy i śmierci chorego. Nie stwierdzono błędu w postępowaniu lekarzy.

Tabela 25. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający wiek i płeć chorego

Wiek	Kobiety	Mężczyźni
0–10 lat	1	0
11–20 lat	1	1
21–30 lat	3	7
31–40 lat	1	0
41–50 lat	6	3
51–60 lat	7	9
61–70 lat	8	7
71–80 lat	4	2
> 80 lat	2	3



Rycina 25. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający wiek i płeć chorego

Najliczniejszą grupę wśród mężczyzn stanowią pacjenci między 51. a 60. rokiem życia. Drugą co do liczebności grupą wśród mężczyzn są osoby w 3. i 7. dekadzie życia. Kobiety były najliczniej reprezentowane przez grupę między 61. a 70. rokiem życia. Na drugim miejscu znalazły się kobiety w 6. dekadzie życia. Żadna sprawa nie dotyczyła mężczyzny w 1. i 4. dekadzie życia. Aż u 19 osób w dostępnej dokumentacji nie można było określić wieku. Najmłodszą osobą (L.dz.1903/16) była 8-letnia dziewczynka, która została przyjęta do szpitala z rozpoznaniem pourazowego uszkodzenia trzustki. Przewróciła się na rowerze. W TK opisywano linijne pęknięcie oddzielające część ogona trzustki od pozostałej części miąższu. W trakcie hospitalizacji wykonano ERCP, kolejne tomografie jamy brzusznej, liczne USG jamy brzusznej oraz badania laboratoryjne. Przez cały okres podtrzymywano decyzję o leczeniu zachowawczym. W badaniach obrazowych opisywano płyn w jamie brzusznej. W 18. dobie hospitalizacji nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego w wyniku wstrząsu septycznego. Przekazano chorą na OIOM. Zdecydowano o pilnej laparotomii. Podczas operacji opróżniono stary krwiak, przepłukano i zdrenowano jamę brzuszną. Wkrótce dziewczynka zmarła. Biegli sądowi nie stwierdzili błędu w postępowaniu personelu medycznego. Najstarszym pacjentem (L.dz.1030/16) był 88-letni mężczyzna, który został przyjęty do oddziału chirurgii ogólnej i urazowej z powodu przekrętarzowego złamania kości udowej prawej. W celu szybkiej rehabilitacji zakwalifikowano go do leczenia operacyjnego. Stan ogólny chorego po operacji stopniowo się pogarszał. Pacjent zmarł 10 dni później. Biegli sądowi nie

dopatrzyli się błędu, gdyż stwierdzili, że ryzyko zgonu u starszych pacjentów, wobec których nie podjęto leczenia zabiegowego, jest bliskie 100%.

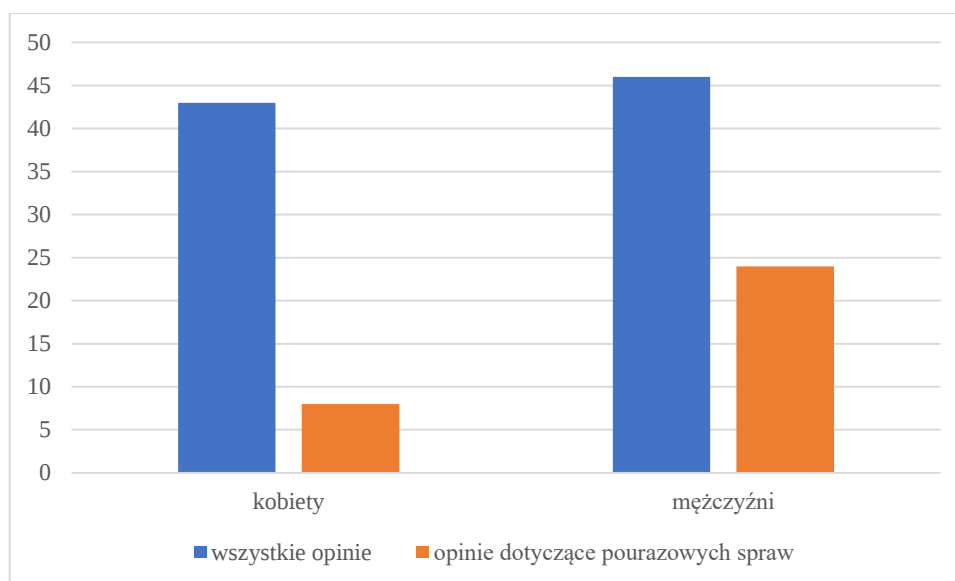
Analizując powyższe zestawienia, można stwierdzić, że większość opinii dotyczy chorych po 50. roku życia. Często są to osoby czynne zawodowo, które zaczynają chorować z większą częstotliwością i z tego powodu częściej mają styczność ze służbą zdrowia, co statystycznie zwiększa możliwość niezadowolenia z opieki i wyników leczenia oraz popełnienia błędu bądź wystąpienia niepowodzenia medycznego. Jedyną dość liczną statystycznie grupą poniżej 50. roku życia są młodzi mężczyźni między 21. a 30. rokiem życia. Stają się oni pacjentami najczęściej w wyniku wypadków komunikacyjnych, wypadków w pracy bądź pobić (nierzadko pod wpływem alkoholu).

9. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego

Z powodu znaczącej liczby opinii dotyczących pacjentów z pourazowymi obrażeniami ciała (33,7% wszystkich opinii) poniżej przedstawiono ich analizę ze względu na płeć.

Tabela 26. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba wszystkich opinii	42	46
Opinie dotyczące spraw pourazowych	8	24
Procentowy udział opinii pourazowych w danej grupie	19	52,2

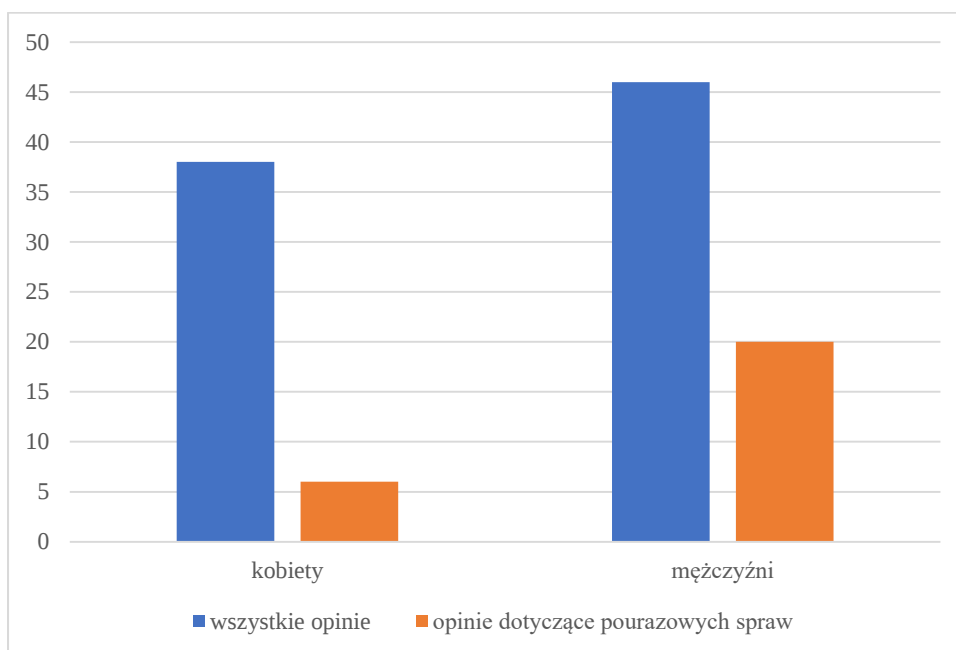


Rycina 26. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego

Zdecydowana większość opiniowanych przez biegłych sądowych spraw związanych z pourazowymi obrażeniami dotyczyła mężczyzn. Była to w ich przypadku ponad połowa opiniowanych spraw, a w przypadku kobiet nie dotyczyła nawet co 5. pacjentki. Kobiety były najczęściej ofiarami potraconymi przez samochód – 4 osoby (połowa). Jedna kobieta uczestniczyła w wypadku samochodowym, jedna potknęła się, a dwie doznały urazu podczas zajęć sportowych. W przypadku mężczyzn spektrum urazów było znacznie szersze. Potracony przez samochód został tylko jeden mężczyzna (co stanowi 4,2%). Najwięcej obrażeń powstało w wyniku wypadków samochodowych (8–33,3%). Drugim powodem obrażeń było 6 upadków z wysokości, m.in. z drabiny, ze stodoły, z III piętra, wypadki w pracy, które stanowiły 25% opiniowanych pourazowych spraw wśród mężczyzn. Dwóch mężczyzn zostało pobitych, dwóch przewróciło się na ulicy, dwie osoby doznały urazu podczas jazdy na rowerze, a trzy doznały mniej istotnych obrażeń kończyn górnych podczas codziennych czynności.

Tabela 27. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba wszystkich opinii	38	46
Opinie dotyczące pourazowych spraw	6	20
Procentowy udział opinii pourazowych w danej grupie	15,8	43,5



Rycina 27. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń ciała uwzględniający płeć chorego

Przeważająca liczba spraw związana z urazami dotyczyła mężczyzn. W ich przypadku sprawy te stanowiły ponad 40%, a w przypadku kobiet nie dotyczyły nawet co 6. pacjentki. Wśród 6 kobiet 2 były uczestniczkami wypadku samochodowego, 1 była rowerzystką potraconą przez samochód, 1 przewróciła się na rowerze (pourazowe uszkodzenie trzustki), a pozostałe 2 doznały obrażeń kończyn górnych podczas upadku. Wśród 20 mężczyzn 5 spadło z wysokości, 3 doznało obrażeń podczas wypadku samochodowego, 5 przewróciło się (3 pod wpływem alkoholu), 2 spadło ze schodów. Zanotowano ponadto 1 próbę samobójczą (rany kłute klatki piersiowej), 1 przypadek obrażeń kciuka po działaniu piły motorowej oraz 4 przypadki, w których pacjenci doznali obrażeń głowy, klatki piersiowej bądź kończyny dolnej, a u których nie określono dokładnie mechanizmu obrażeń. Warto wspomnieć, że 6 spośród 20 mężczyzn, co stanowi 30%, było pod wpływem alkoholu.

W drugim analizowanym pięcioleciu zauważa się niewielki spadek liczby opiniowanych przez biegłych spraw, które dotyczyły obrażeń pourazowych. W obu okresach dominowali mężczyźni, najczęściej ulegając wypadkom w pracy bądź innym wypadkom pod wpływem alkoholu.

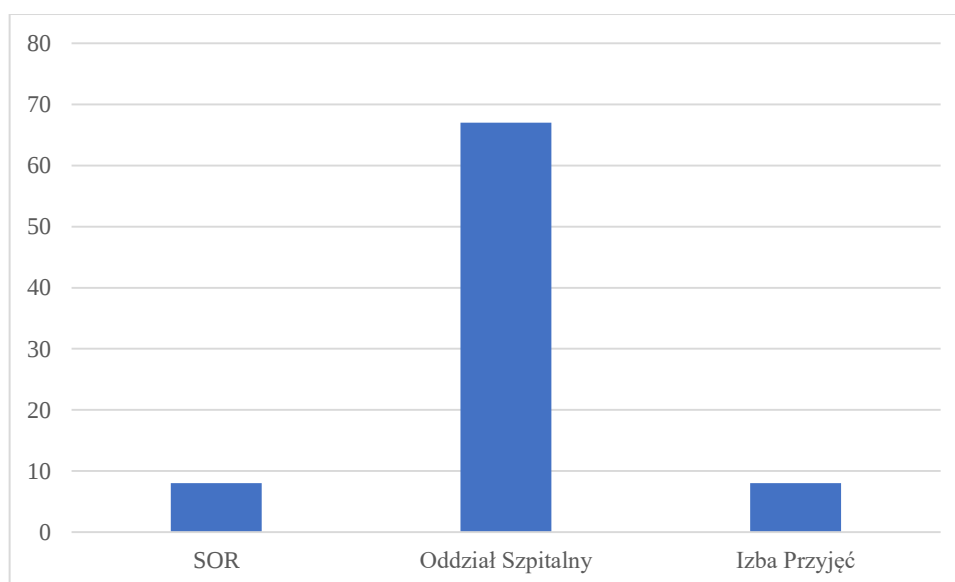
10. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala

W jednym z poprzednich zestawień wspomniano, że spośród 172 opiniowanych spraw 2 dotyczyły pogotowia ratunkowego, 8 poradni ambulatoryjnych oraz 1 pozaszpitalnej pracowni

endoskopii. Czasem poradnie są poradniami przyszpitalnymi, natomiast są osobno kontraktowane i często nie są administracyjnie związane ze szpitalem (oprócz wynajmowanych pomieszczeń), dlatego w tym opracowaniu zaliczono je do szpitalnictwa ambulatoryjnego. Głównymi jednostkami organizacyjnymi szpitala są oddziały, a szczególnym wśród nich jest szpitalny oddział ratunkowy. Ze względu na specyfikę tego oddziału (pilny tryb przyjęć, kilkugodzinne pobyty pacjentów) oraz największą liczbę chorych zaopatrywanych w tym oddziale, można tę jednostkę w poniższym zestawieniu wyłączyć z grupy oddziałów szpitalnych. W niektórych szpitalach rolę SOR pełni izba przyjęć, natomiast z założenia powinno się w niej znaleźć znacznie mniej pacjentów w ciężkim stanie ogólnym. Założenia systemu opieki zdrowotnej (statystyczne) nie zawsze mogą znaleźć pokrycie w rzeczywistej sytuacji chorobowej pacjentów, dlatego czasami izby przyjęć są bardziej obciążonymi jednostkami niż niejeden SOR.

Tabela 28. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala

Jednostka szpitalna	SOR	Oddział szpitalny	Izba przyjęć
Liczba opinii	8	67	8
Procentowy udział opinii	9,6	80,8	9,6



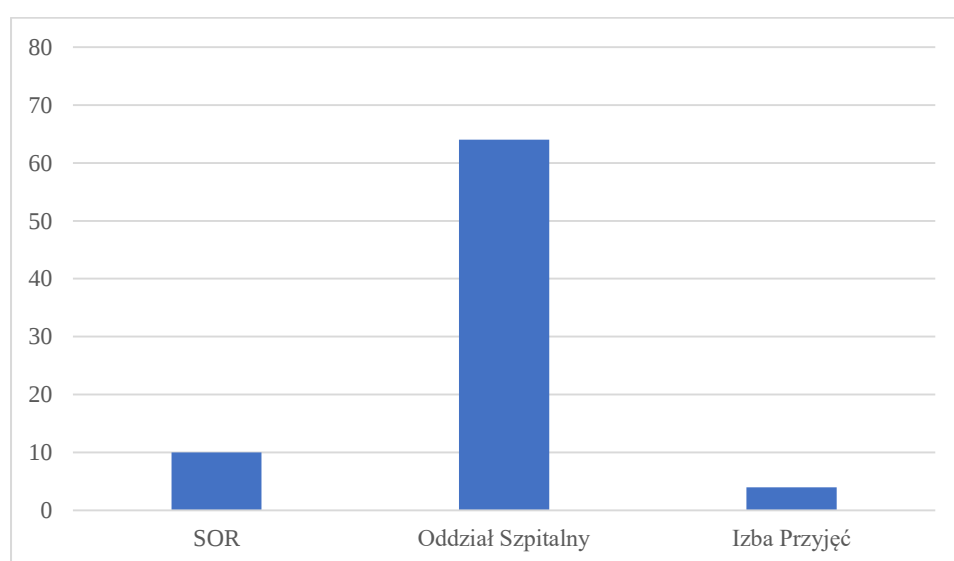
Rycina 28. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala

Praca w szpitalnym oddziale ratunkowym bądź w izbie przyjęć uważana jest za najcięższą dla pracowników służby zdrowia. Wiąże się z potrzebą merytorycznego opanowania objawów

chorobowych wielu pacjentów, działaniem pod presją czasu, a także nieprzyjemnymi rozmowami z pacjentami godzinami oczekującymi w kolejce. Mimo tego sumaryczna liczba opinii zarówno dotyczących SOR, jak i izby przyjęć wynosiła 16, co stanowi 19,2% opinii w lecznictwie zamkniętym w niniejszym opracowaniu. Prawdopodobnie związane jest to z tym, że pacjenci w bardziej ciężkim stanie i wymagający długotrwałego leczenia są niezwłocznie po wstępnym zaopatrzeniu w SOR przyjmowani do oddziału szpitalnego, na którego barkach spoczywa zaplanowanie dalszej diagnostyki, leczenie operacyjne bądź zachowawcze. Najczęściej opiniowane sprawy dotyczące lekarzy izby przyjęć bądź SOR związane są z nieprawidłowym zdiagnozowaniem (pacjent został skierowany do leczenia ambulatoryjnego mimo poważnej choroby – błąd diagnostyczny) bądź nieprawidłowym zaopatrzeniem chorego, który był dalej leczony ambulatoryjnie (np. L.dz.1460/09 – przykurcz Volkmanna po założonym opatrunku gipsowym u dziecka). Spośród błędów diagnostycznych lekarzy można wymienić m.in. nierozpoznanie pourazowego pęknięcia śledziony (L.dz.1973/07, L.dz.823/08, L.dz.1296/08, L.dz.694/09), przeoczenie złamania miednicy chorej potrąconej przez samochód (L.dz.1606/09), nierozpoznanie perforacji żołądka (L.dz.905/09).

Tabela 29. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala

Jednostka szpitalna	SOR	Oddział szpitalny	Izba przyjęć
Liczba opinii	10	64	4
Procentowy udział opinii	12,8	82,1	5,1



Rycina 29. Podział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający jednostkę organizacyjną szpitala

Zdecydowanie najwięcej opiniowanych przez biegłych spraw dotyczy pracy lekarzy w ramach oddziałów szpitalnych. Mimo że spraw dotyczących pracy SOR było nieco ponad dwa razy więcej niż dotyczących izby przyjęć, to i tak stanowiły one 12,8% spraw branych pod uwagę. Sprawy wiążące się z pracą w ramach oddziałów stanowiły 82,1%, gdy sumarycznie zdarzenia łącznie w szpitalnym oddziale ratunkowym i izbie przyjęć stanowiły 17,9%. Wśród błędów diagnostycznych można wymienić m.in. nierozpoznaną perforację żołądka (L.dz.1468/16), nierozpoznanie zapalenia trzustki (L.dz.629/15), nierozpoznanie niedrożności przewodu pokarmowego (L.dz.1169/17). Ze spraw dotyczących nieprawidłowego zaopatrzenia chorego warto wspomnieć o jatrogennym uszkodzeniu tętnicy i żyły podobojczykowej podczas drenażu prawej jamy opłucnowej (L.dz.499/14) czy pozostawieniu ciała obcego (szkła) podczas zaopatrywania rany kończyny dolnej (L.dz.380/17).

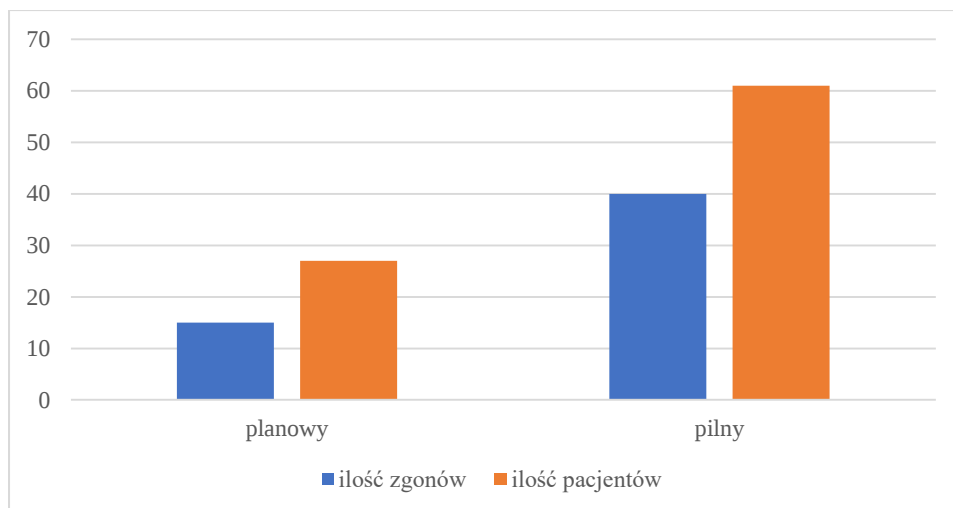
W analizowanych okresach utrzymuje się tendencja o podobnych proporcjach, tj. większość opiniowanych spraw dotyczy pracy w ramach oddziałów szpitalnych. Powyżej podano kilka przykładów błędów popełnianych przez lekarzy podczas pierwszego kontaktu pacjenta ze szpitalnictwem zamkniętym (SOR, izby przyjęć). Powyższe błędy najczęściej nie wynikają z braku kompetencji lekarzy, lecz z ograniczonego czasu na zbadanie chorego i przemyślenie strategii dalszej diagnostyki, wysokiego poziomu stresu oraz ograniczonych zasobów (badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, uwarunkowania organizacyjne szpitala) niezbędnych do podjęcia prawidłowej decyzji. Powyższe przykłady powinny uzmysłwić, jak poważne decyzje podejmuje lekarz SOR czy izby przyjęć, mimo że statystycznie dotyczy ich niespełna 20% opiniowanych przez biegłych spraw.

11. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający przeżycie chorego i jego płeć oraz tryb przyjęcia

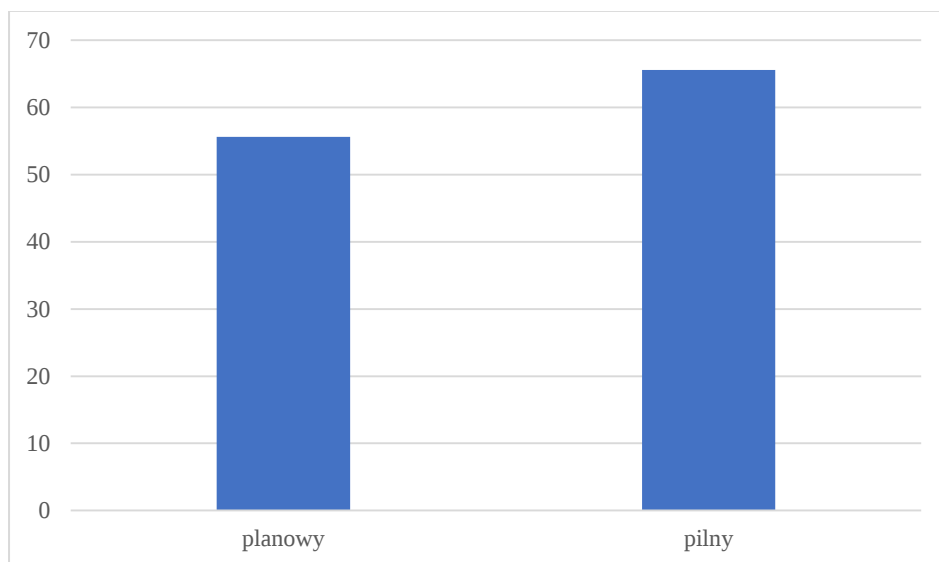
Poniżej zostały przedstawione tabele oraz ryciny prezentujące zależności między przeżyciem chorego, jego płcią a trybem przyjęcia do szpitala. Nie do podważenia jest fakt, że w przypadku pacjenta poddanego operacji w trybie pilnym, bez odpowiedniego przygotowania (choćby żywieniowego), wielokrotnie wzrasta ryzyko powikłań pooperacyjnych. Spośród 172 pacjentów, których dotyczyły opiniowane sprawy, zmarło 105, co stanowi 61%.

Tabela 30. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia

Tryb przyjęcia	Planowy	Pilny
Liczba zgonów	15	40
Liczba pacjentów	27	61
Procentowy udział zgonów	55,6	65,6



Rycina 30. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia

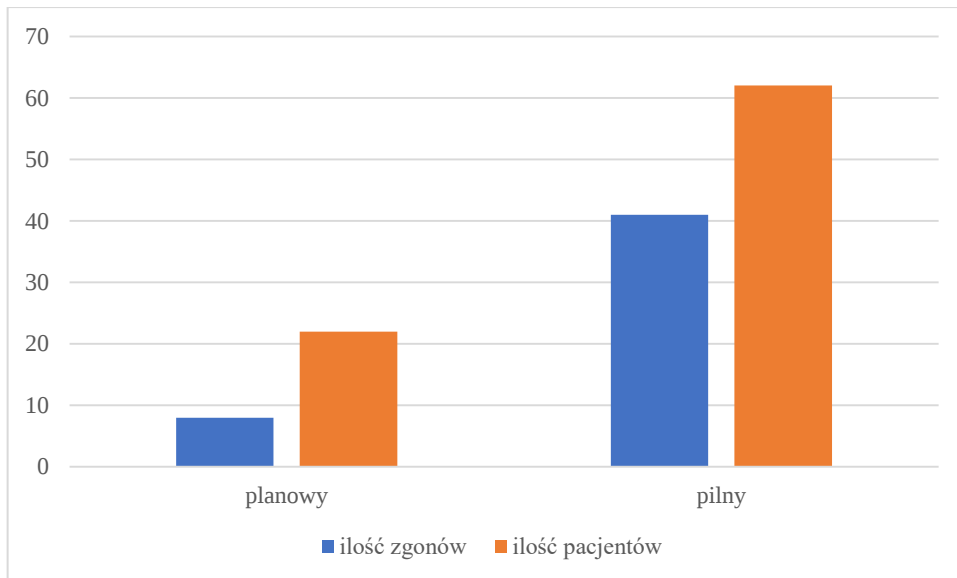


Rycina 31. Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego i tryb przyjęcia

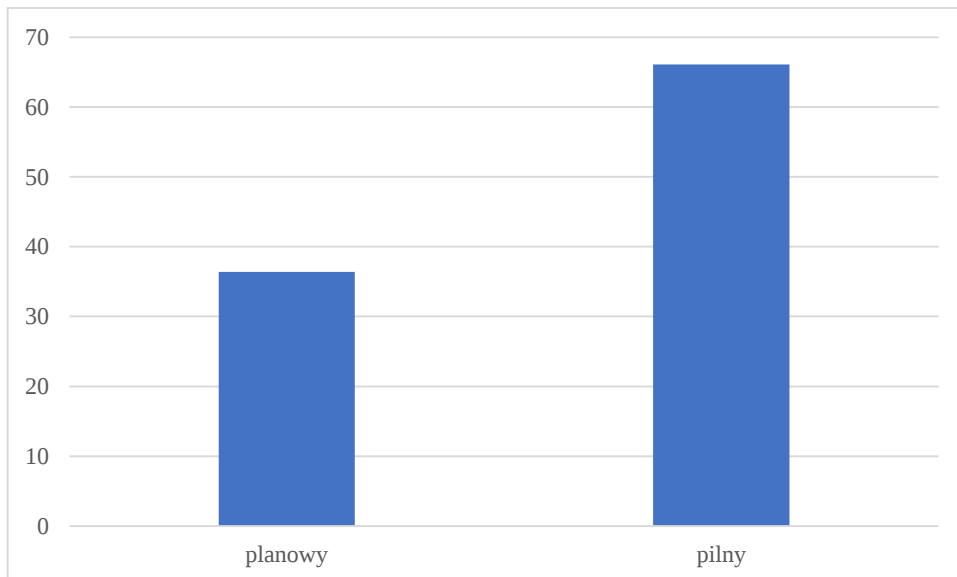
Z przytoczonych powyżej danych wynika, że przeżycie pacjentów w opiniowanych sprawach nie różni się znacząco w zależności od trybu pilności ich przyjęcia. Jest zachowana prawidłowość, że pacjent przyjęty w trybie ostrodyżurowym jest pacjentem zagrożonym większą ilością powikłań i wyższym ryzykiem zgonu, a różnica między dwoma trybami przyjęcia w niniejszym opracowaniu, biorąc pod uwagę śmiertelność, wynosi 10%.

Tabela 31. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia

Tryb przyjęcia	Planowy	Pilny
Liczba zgonów	8	41
Liczba pacjentów	22	62
Procentowy udział zgonów	36,4	66,1



Rycina 32. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego oraz tryb przyjęcia



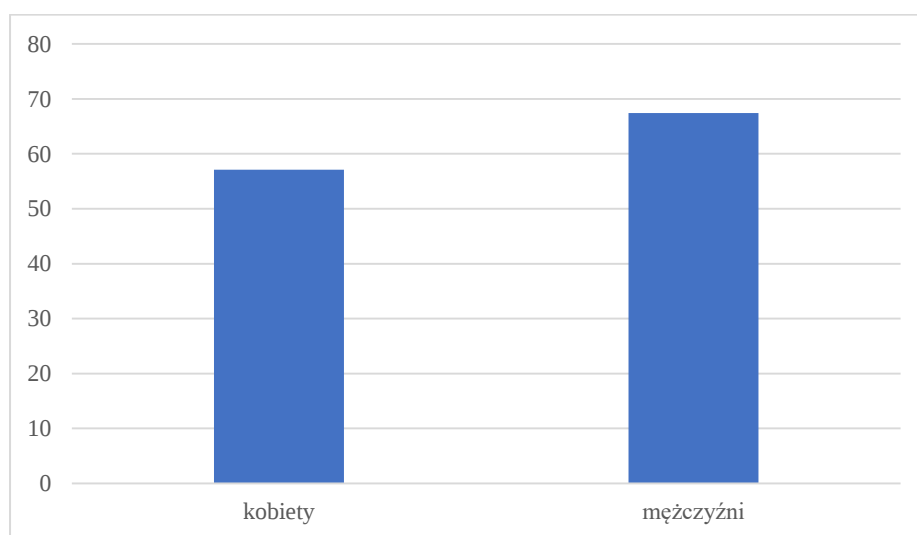
Rycina 33. Procentowy udział spraw analizowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego i tryb przyjęcia

W latach 2014–2018 różnica w opiniowanych sprawach, biorąc pod uwagę zgony pacjentów i tryb pilności ich przyjmowania, była znacząca. W opiniowanych sprawach przyjęcie w trybie pilnym o prawie 30% zwiększało śmiertelność pacjentów.

Zestawiając obydwa pięciolecia, można zauważyć, że procentowa śmiertelność pacjentów przyjmowanych w trybie pilnym była niemal identyczna (65,6% vs 66,1%), natomiast pojawiła się znaczna różnica w śmiertelności pacjentów przyjmowanych planowo. W pięcioleciu 2005–2009 wynosiła ona 55,6%, podczas gdy w kolejnym analizowanym okresie spadła prawie o 20% i wynosiła 36,4%.

Tabela 32. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba zgonów	24	31
Liczba pacjentów	42	46
Procentowy udział zgonów	57,1	67,4



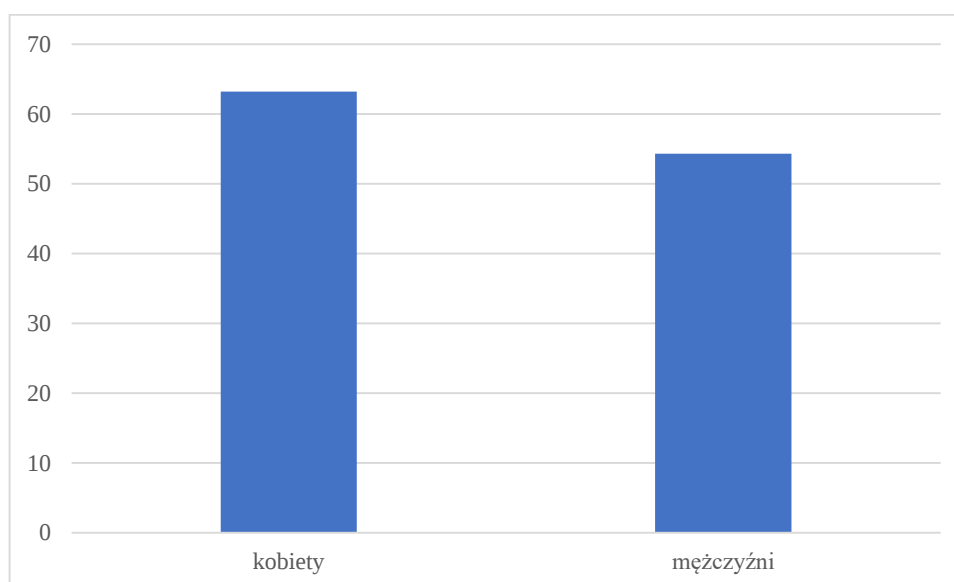
Rycina 34. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć

W opiniowanych sprawach, mimo że liczba pacjentów i pacjentek była zbliżona (46 vs 42), to wśród mężczyzn zaobserwowano o 10,3% więcej zgonów. Wiąże się to z pewnością ze znacznie większą liczbą spraw dotyczących obrażeń pourazowych u mężczyzn. U kobiet połowa zdarzeń to urazy wysokoenergetyczne (potrącenia przez samochód), pozostałe natomiast wynikały z urazów o znacznie mniejszej energii. U mężczyzn dominowały urazy wysokoenergetyczne (wypadki komunikacyjne, upadki z wysokości, potrącenia przez samochód, wypadki na rowerze), które stanowiły 70,8% (17) przypadków. Wspomniane 2 wypadki na rowerze również cechowały się dużą energią i skończyły się śmiercią rowerzystów. W jednej ze spraw (L.dz.1437/09) młody rowerzysta

zderzył się z drugim rowerzystą, w wyniku czego doznał poważnych obrażeń wątroby. Mimo kilku operacji (włącznie z resekcją prawego płata wątroby) zmarł. W drugiej z analizowanych spraw (L.dz.227/08) 58-letni mężczyzna spadł z roweru, doznając obrażeń głowy. W TK głowy zobrazowano liczne złamania w obrębie twarzoczaszki oraz stłuczenie płatów czołowych. Pacjent po 3-tygodniowym pobycie na OIT zmarł z powodu ropnego zapalenia opon mózgowych oraz mózgu.

Tabela 33. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba zgonów	24	25
Liczba pacjentów	38	46
Procentowy udział zgonów	63,2	54,3



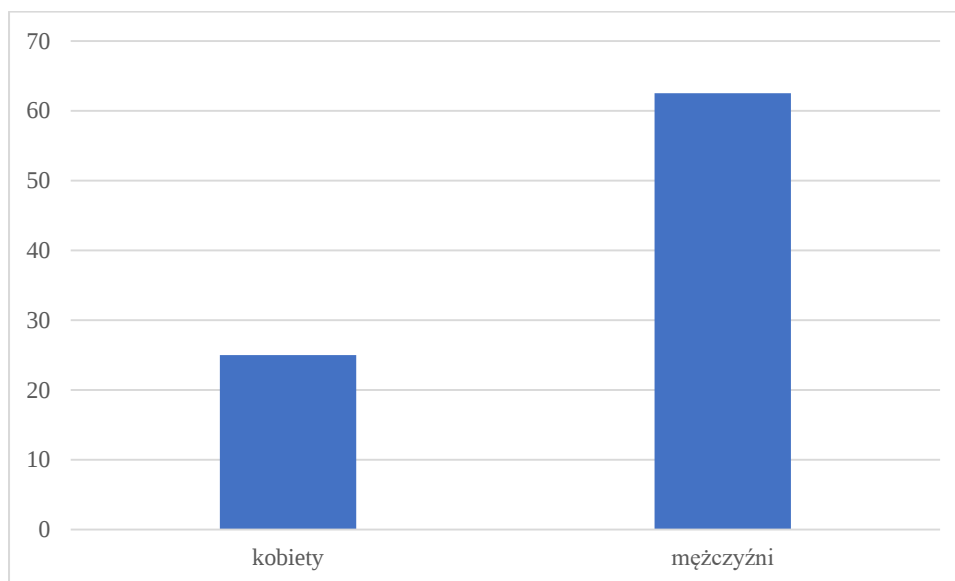
Rycina 35. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający przeżycie chorego i płeć

W okresie 2014–2018 w sprawach opiniowanych przez biegłych sądowych 63,2% pacjentek zmarło, co jest wartością o 8,9% wyższą w porównaniu z grupą mężczyzn. Z jednej strony, jak wynika z niżej przedstawionych danych, śmiertelność w zdarzeniach pourazowych była wyższa w analizowanym okresie u kobiet, z drugiej strony trzeba pamiętać, że sprawy, które opiniują biegli z KiZMS w Poznaniu, mogą być przydzielane losowo przez organy zlecające z innych województw.

Poniżej przedstawiono śmiertelność w przypadku mężczyzn i kobiet w analizowanych sprawach dotyczących obrażeń pourazowych.

Tabela 34. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba zgonów pourazowych	2	15
Liczba pacjentów poddanych urazom	8	24
Procentowy udział zgonów pourazowych	25	62,5

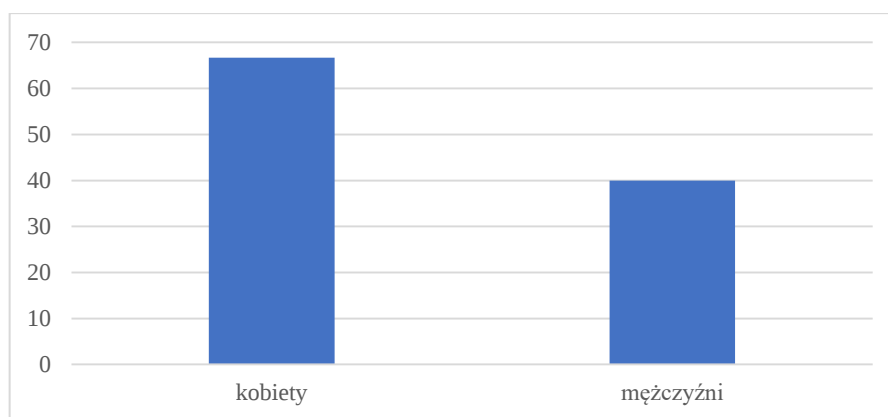


Rycina 36. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć

Powyższe dane obrazują znaczącą różnicę pomiędzy śmiertelnością pourazową w zależności od płci. Jak już wspomniano, wiąże się to ze średnią statystycznie większą energią działającą na organizm w przypadku mężczyzn. Wydaje się, że nie bez znaczenia w obecnym zestawieniu jednym z czynników jest alkohol. U żadnej spośród 8 kobiet w dokumentacji medycznej nie wspomniano o spożyciu alkoholu. Stwierdzono je natomiast u 7 mężczyzn, co stanowi 29,2% pacjentów, którzy ulegli urazom.

Tabela 35. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba zgonów pourazowych	4	8
Liczba pacjentów poddanych urazom	6	20
Procentowy udział zgonów pourazowych	66,7	40



Rycina 37. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych uwzględniający przeżycie chorego oraz płeć

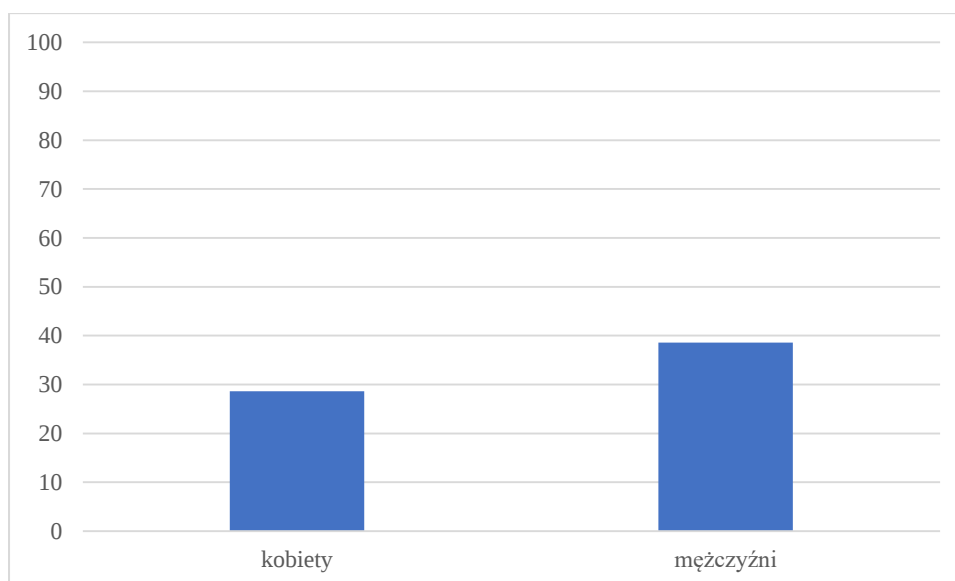
W latach 2014–2018 w opiniowanych sprawach w wyniku urazów zmarło proporcjonalnie więcej kobiet niż mężczyzn (66,7% vs 40%). 4 kobiety, które zginęły, były uczestniczkami kolizji z udziałem samochodów bądź rowerów. U mężczyzn 12 na 20 uległo urazom wysokoenergetycznym (upadki z wysokości i ze schodów, wypadki samochodowe, obrażenia klatki piersiowej), co stanowi 60%, jednak ich przeżywalność była większa. Zmarło 40% uległych wypadkowi. 6 mężczyzn było pod wpływem alkoholu (30%), podczas gdy u żadnej z kobiet nie odnotowano spożycia tej substancji.

Porównując obydwa okresy, można zauważyć odwrócenie tendencji śmiertelności w zależności od płci. W latach 2005–2009 częściej w wyniku urazów umierali mężczyźni, a w latach 2014–2018 większy procentowy udział w statystyce zgonów pourazowych stanowiły kobiety. Jednym z elementów stanowiących o takich wartościach może być fakt, że w pierwszym okresie więcej mężczyzn uległo urazom wysokoenergetycznym, natomiast w drugim okresie czynnik ten dotyczył częściej kobiet.

W przypadku pacjentów po urazach warto wziąć pod uwagę także obrażenia głowy, które w przypadku mnogich obrażeń ciała według literatury wynoszą 82,5% [62]. Poniżej przedstawiono zbiorcze zestawienie z dwóch analizowanych pięcioleci, gdyż ze względu na stosunkowo niewielką liczbę pacjentów z obrażeniami głowy bardziej klarowne było przedstawienie tego zjawiska łącznie.

Tabela 36. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych głowy uwzględniający płeć chorego

	Kobiety	Mężczyźni
Liczba pacjentów dotkniętych urazami głowy	4	17
Liczba pacjentów dotkniętych urazami	14	44
Procentowy udział pacjentów dotkniętych urazami głowy	28,6	38,6



Rycina 38. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 dotyczących obrażeń pourazowych głowy uwzględniający płeć chorego

Analizując powyższe zestawienie, można wyciągnąć wniosek, że urazów głowy doświadczyła mniejsza ilość kobiet. Jednak w ich przypadku były to 3 przypadki wstrząśnięć mózgu bez zmian organicznych w mózgowiu. 2 kobiety zmarły, przy czym jedna (L.Dz.1845/06) kilkanaście dni po urazie, w wyniku masywnej zatorowości płucnej, natomiast druga (L.Dz.534/06) zmarła 4 dni po potrąceniu przez samochód w wyniku obrażeń klatki piersiowej. Tylko u jednej kobiety, uczestniczki wypadku samochodowego, rozpoznano krwaka podtwardówkowego (L.dz.546/14). Zmarła tydzień później. W przypadku mężczyzn generalnie obrażenia głowy były poważniejsze, m.in. krwawienia podpajęczynówkowe, krwaki nad- i podtwardówkowe, złamania kości czaszki i twarzoczaszki. Odnotowano tylko jeden epizod wstrząśnienia mózgu. U tych mężczyzn obrażenia czaszkowo-mózgowe były dominującą przyczyną zgonu. Spośród 17 mężczyzn z obrażeniami głowy 9 zmarło, co stanowi 52,9%. Główną przyczyną, zwłaszcza izolowanych obrażeń głowy, było spożycie alkoholu.

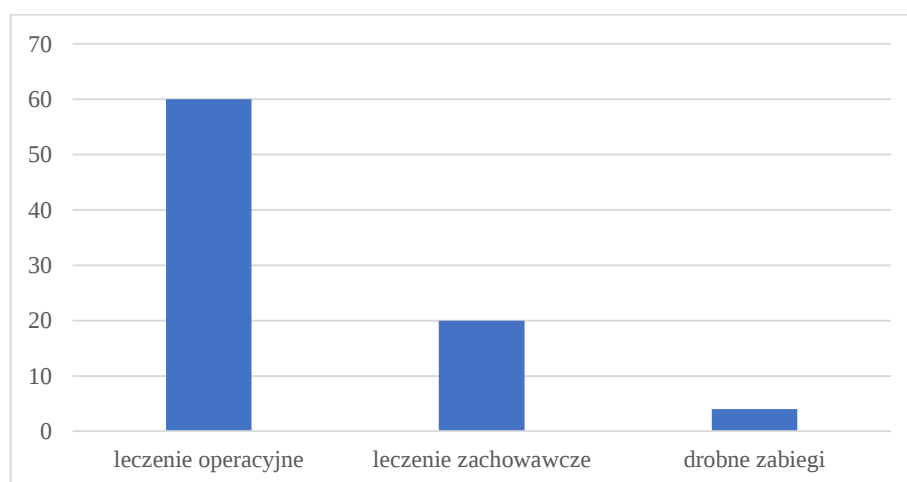
12. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo

Wielu osobom niezwiązanym z medycyną wydaje się, że na oddziałach chirurgicznych leczy się pacjentów wyłącznie operacyjnie. W rzeczywistości znaczna liczba pacjentów w wielu oddziałach chirurgicznych jest hospitalizowana np. z powodu ostrego zapalenia trzustki czy krwawień z przewodu pokarmowego, które rzadko wymagają leczenia operacyjnego. Często przyjmuje się też chorych do oddziału w trybie ostrodyżurowym w celu obserwacji, czy będą wymagali leczenia operacyjnego, jak i osoby po urazach wymagających leczenia zachowawczego i kilkudniowej obserwacji. Te aspekty znajdują odzwierciedlenie także w opiniowanych przez biegłych sądowych sprawach, dlatego poniżej

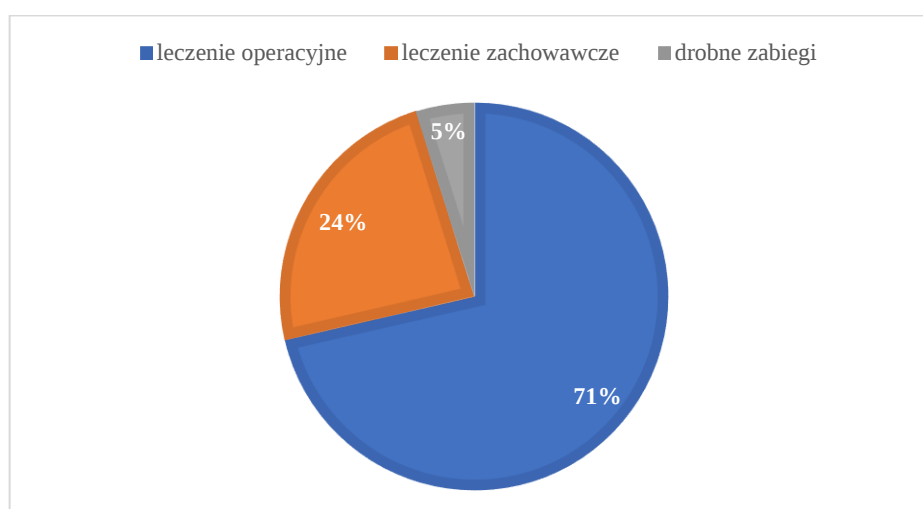
przedstawiono zestawienie opisujące, ilu chorych było operowanych oraz ile wykonywano operacji u jednego operowanego chorego. W zestawieniu wzięto po uwagę również drobne zabiegi wykonywane najczęściej w poradniach ambulatoryjnych, które są częścią codziennej pracy chirurga, a wyłączono sprawy z izby przyjęć i szpitalnego oddziału ratunkowego, gdy pacjent nie był przyjmowany do szpitala bądź gdy nie wykonywano zabiegów w ramach tych jednostek (np. szycie rany).

Tabela 37. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo łącznie z drobnymi zabiegami

	Leczenie operacyjne	Leczenie zachowawcze	Drobne zabiegi
Liczba chorych	60	20	4
Procentowy udział chorych	71,4	23,8	4,8



Rycina 39. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo łącznie z drobnymi zabiegami

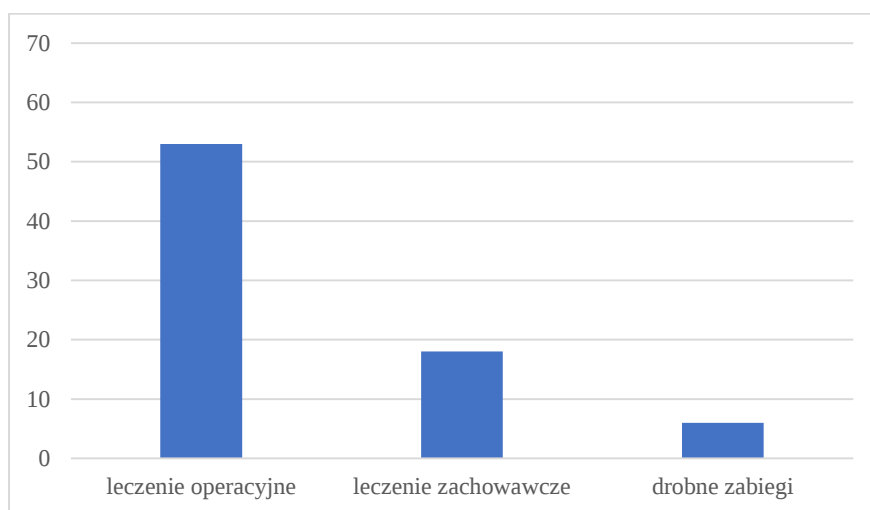


Rycina 40. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo łącznie z drobnymi zabiegami

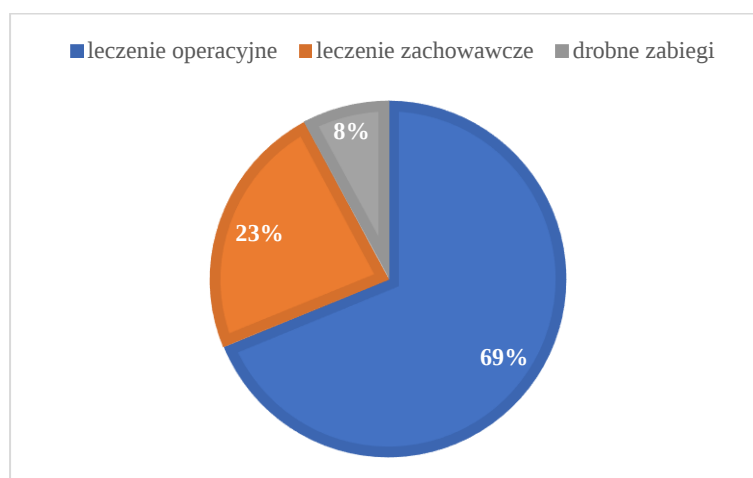
Z powyższych danych wynika, że tylko 23% chorych było leczonych zachowawczo. Znacząca większość spraw opiniowanych przez biegłych sądowych dotyczyła leczenia zabiegowego (operacyjnego i drobnych zabiegów), co wiązało się najczęściej z powikłaniami po leczeniu operacyjnym. Warto zaznaczyć, że spośród 61 chorych leczonych operacyjnie 38 było przyjętych w trybie ostrodyżurowym, co stanowi 62,3%.

Tabela 38. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami

	Leczenie operacyjne	Leczenie zachowawcze	Drobne zabiegi
Liczba chorych	53	18	6
Procentowy udział chorych	68,8	23,4	7,8



Rycina 41. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami



Rycina 42. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający pacjentów leczonych operacyjnie i zachowawczo włącznie z drobnymi zabiegami

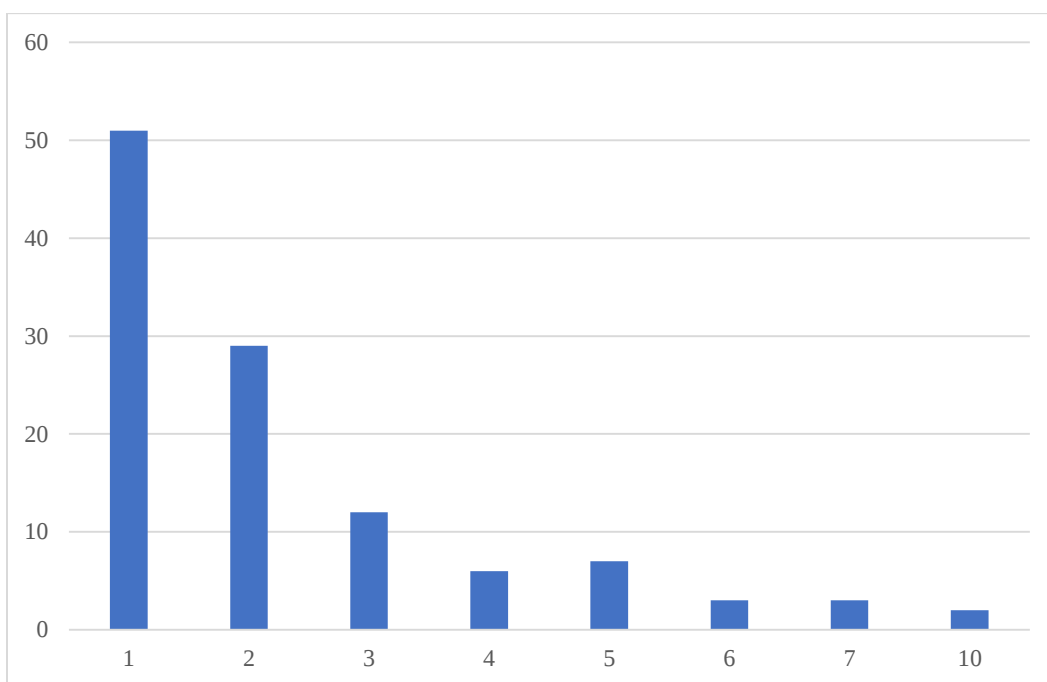
Wśród spraw opiniowanych przez biegłych sądowych dominowały te związane z leczeniem operacyjnym. Leczenie zachowawczo-obszaryjne zostało włączane prawie co u 4. pacjenta, a drobne zabiegi stanowiły niespełna 8%. Spośród 53 chorych leczonych operacyjnie 35 było przyjętych w trybie ostrodyżurowym, co stanowi 66%.

Porównując powyższe okresy, można stwierdzić, że większość opiniowanych spraw dotyczy pacjentów leczonych operacyjnie. Procentowy udział pacjentów leczonych zachowawczo jest prawie identyczny, natomiast w drugim analizowanym okresie nieznacznie spadł udział leczenia operacyjnego na korzyść drobnych zabiegów. Sumując analizowane pięciolecia, otrzymujemy informacje, że w 65,7% wszystkich opiniowanych spraw zastosowano leczenie operacyjne. Spośród tych spraw w 29,2% orzeczono o błędzie.

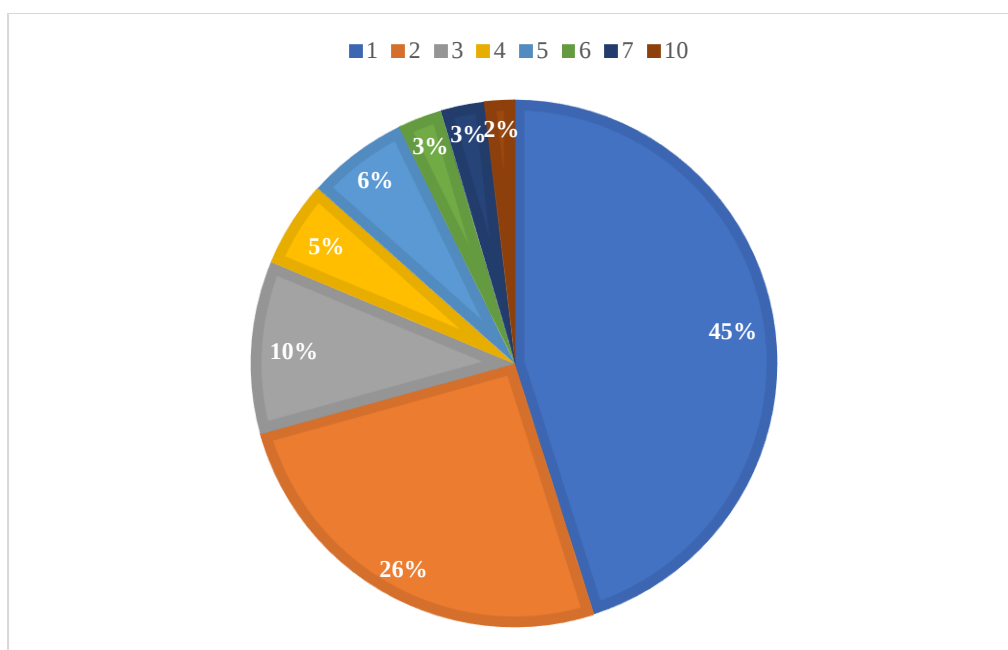
Poniżej przedstawiono liczbę opiniowanych spraw, w których pacjenci byli operowani przynajmniej jeden raz. Ze względu na fakt, że procentowy udział pacjentów leczonych operacyjnie był bardzo podobny w analizowanych pięcioleciach, dla przejrzystości zestawienia poniżej przedstawiono łączne dane zawierające informacje z obydwu analizowanych okresów.

Tabela 39. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych łącznie w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający pacjentów operowanych jeden raz lub więcej

Liczba operacji przypadających na jednego chorego	Liczba chorych operowanych	Procentowy udział w stosunku do wszystkich operowanych chorych
1	51	45,1
2	29	25,6
3	12	10,6
4	6	5,3
5	7	6,2
6	3	2,7
7	3	2,7
10	2	1,8



Rycina 43. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych łącznie w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający pacjentów operowanych jeden raz lub więcej



Rycina 44. Procentowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych łącznie w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający pacjentów operowanych jeden raz lub więcej

W opiniowanych sprawach chorzy, którzy zostali poddani operacji, byli operowani najczęściej 1 raz, co stanowiło 45,1%. Dwukrotnie był operowany co 4. pacjent. Co 10. chory był operowany trzykrotnie, natomiast pozostali operowani więcej niż 4 razy tworzyli grupy stanowiące poniżej 10% każda. 5 pacjentów było operowanych 7 bądź 10 razy. 2 z nich zmarło. Poniżej w skrócie wyjaśniono, jak przebiegał proces ich leczenia.

7 operacji przebyło 3 pacjentów. U jednego z nich (L.dz.589/08), chorującego na cukrzycę, przyjętego do oddziału chirurgicznego z powodu wycieku treści ropnej z III palca stopy, u którego leczenie zachowawcze nie powiodło się, wdrożono leczenie operacyjne, które ze względu na toczące się zakażenie gronkowcowe stopniowo poszerzano. Zakończono je na amputacji II i III kości śródstopia prawego oraz nacięciu stopy.

Drugi przypadek stanowiła pacjentka (L.Dz.1308/06) przyjęta w trybie planowym w celu wykonania cholecystektomii (usunięcia pęcherzyka żółciowego). W trakcie operacji wykonywanej laparoskopowo chirurdzy zorientowali się, że uszkodzili przewód żółciowy wspólny. Zdecydowali o konwersji, czyli otwarciu jamy brzusznej i zespoleniu PŻW na drenie Kehra. Mimo że zespolenie w badaniach obrazowych było szczelne, przebieg pooperacyjny był powikłany ropniami i martwicznym zapaleniem trzustki, co wymuszało kolejne operacje chorej. Leczenie trwało kilka miesięcy.

Trzecią osobą (L.dz.360/18) był młody uczestnik wypadku samochodowego, u którego w przebiegu perforacji jelita cienkiego rozpoznano kałowe zapalenie otrzewnej. Z powodu powikłań pacjent został poddany relaparotomiom oraz wielokrotnemu płukaniu jamy brzusznej. Po odtworzeniu ciągłości przewodu pokarmowego opuścił szpital.

Pierwszy pacjent (L.dz.1687/17), który był operowany dziesięciokrotnie, został przyjęty na oddział chirurgiczny w trybie ostrodyżurowym z rozpoznaniem zapalenia trzustki o podłożu alkoholowym. Pacjent wypijał do 10 piw dziennie. W trakcie hospitalizacji wykonano 10 laparotomii polegających na nekrektomii, płukaniu jamy brzusznej oraz jej drenażu. Rozpoznano ostre ciężkie martwicze zapalenie trzustki. Pacjent zmarł po nieomalże dwumiesięcznej hospitalizacji.

Drugi przypadek to 61-letnia kobieta (L.dz.341/18), u której planowo z powodu polipa żołądka wykonano gastrotomię z usunięciem polipa oraz pyloroplastykę. Kilka dni po operacji wypisano chorą w stanie ogólnym dobrym. Podczas kontrolnej ambulatoryjnej wizyty chirurg, oceniając ranę, wysunął podejrzenie przetoki przewodu pokarmowego. Chora nie zgodziła się na hospitalizację. Przychodziła na kontrolę i dopiero po kilkunastu dniach zgodziła się na przyjęcie do szpitala. Włączono leczenie zachowawcze. Wyłączono żywienie doustne. Po kilku dniach wykonano badanie obrazowe, podczas którego zobrazowano ropnie wewnątrzbrzuszne. Wykonano laparotomię w celu drenażu ropni. U chorej podczas dalszej kilkutygodniowej hospitalizacji kilkakrotnie zmieniano opatrunek ssący, wykonywano relaparotomie, drenując oraz płuczając jamę brzuszną. Stan ogólny chorej stopniowo się pogarszał. Chora zmarła.

W przytoczonych powyżej 5 sprawach biegli tylko w ostatniej stwierdzili błąd – diagnostyczny. Ich zdaniem kluczowym elementem był brak zgody na hospitalizację, ale można było wykonać USG albo TK ambulatoryjnie w celu wcześniejszego zdiagnozowania ropni.

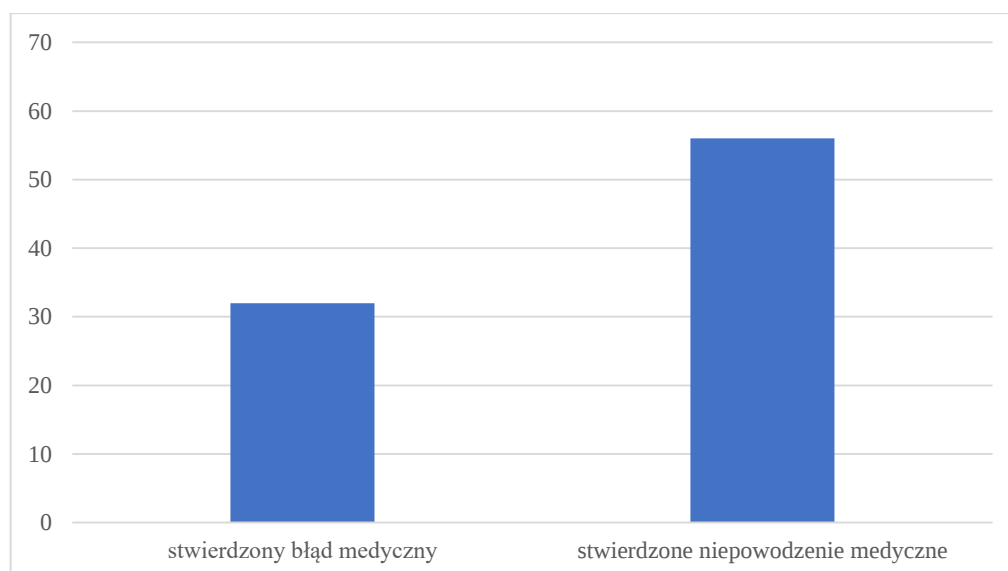
Reasumując, prawie 30% (29,3%) operowanych chorych wymagało przynajmniej 3 operacji, co wynikało z niepomysłnego procesu leczenia, wiązało się z ciężkim stanem chorego oraz trudnościami technicznymi kolejnych etapów leczenia operacyjnego.

13. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne

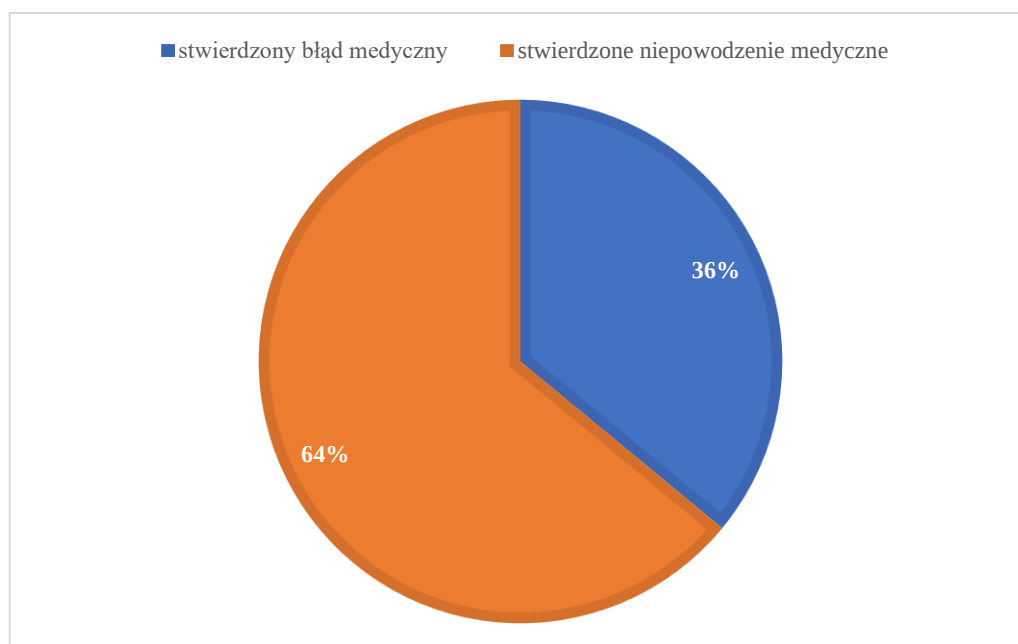
Pacjenci bądź ich rodziny zgłaszają skargi z powodu nieprawidłowego postępowania leczniczego najczęściej do prokuratury bądź do sądów cywilnych, zwykle wtedy, gdy ktoś umiera, doznaje poważnego uszczerbku na zdrowiu lub gdy choroba wymaga bardzo długiego leczenia. Żadna z tych sytuacji nie jest pomyślna dla pacjenta, dlatego chorzy i ich rodziny, doszukując się nieprawidłowego postępowania lekarzy, proszą o wyjaśnienie i ewentualne ukaranie winnych zaistniałej sytuacji. Najczęściej zgłaszający skargi są przekonani o popełnionym błędzie, nie biorą jednak pod uwagę możliwości zaistnienia niepowodzenia medycznego. Organy państwa badające konkretne sprawy proszą wtedy o pomoc biegłych sądowych. Poniżej przedstawiono liczbę stwierdzonych błędów lekarskich oraz ich procentowy udział we wszystkich opiniowanych sprawach. W poniższym zestawieniu wszystkie sprawy, w których nie orzeczono błędu, zostały przyporządkowane niepowodzeniu medycznemu. Jak opisano w rozdziale 1.4 niniejszego opracowania, podstawową różnicą między niepowodzeniem medycznym a powikłaniem jest ich przewidywalność. W obu przypadkach proces diagnostyczno-terapeutyczny przebiega prawidłowo. W związku z tym dla klarowności zestawień i odpowiedniego kontrastu z błędem lekarskim powikłanie włączono do niepowodzenia medycznego, jednocześnie podając analizę ilościową powikłań.

Tabela 40. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne

	Stwierdzony błąd medyczny	Stwierdzone niepowodzenie medyczne
Liczba spraw	32	56
Procentowy udział spraw	36,4	63,6



Rycina 45. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne

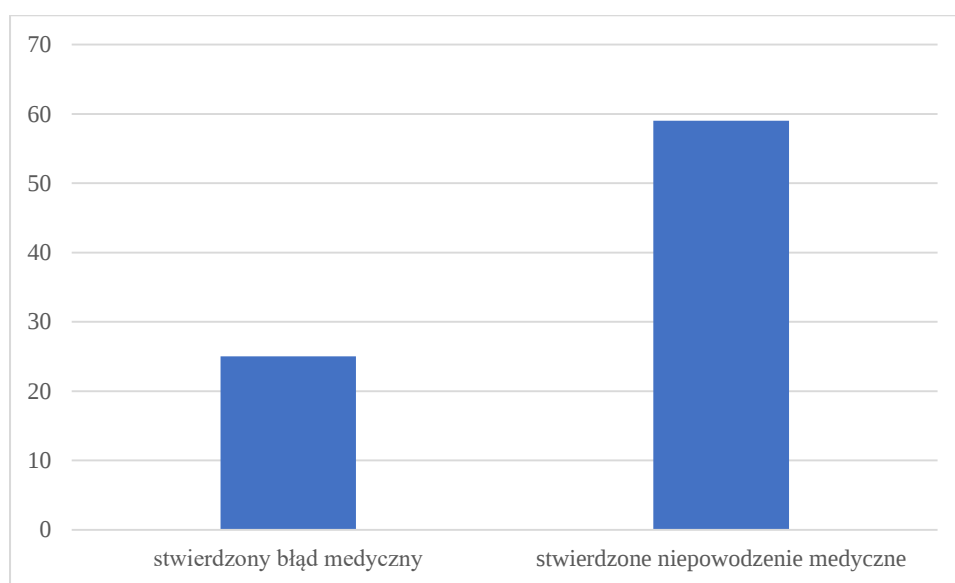


Rycina 46. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne

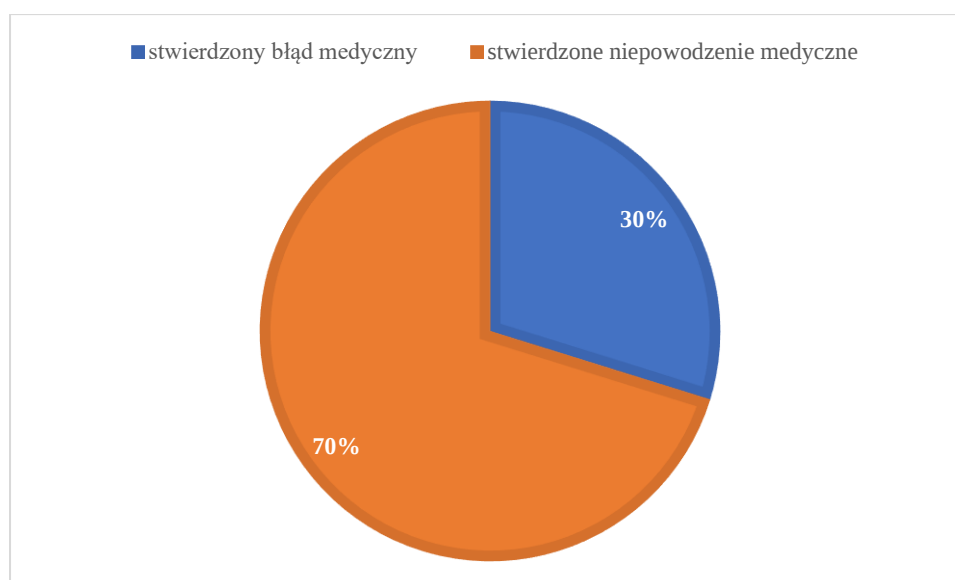
W 32 opiniowanych sprawach biegli sądowi orzekli błąd medyczny, co stanowiło 36,4% opiniowanych spraw. Z jednej strony można stwierdzić, że większość skarg to skargi niepotrzebne. Z drugiej strony w nieco ponad 1/3 spraw istniała potencjalna możliwość uniknięcia zdarzenia niepożądanego. Wśród 56 spraw przyporządkowanych do niepowodzenia medycznego możemy wyróżnić 35 określonych jako powikłanie leczenia, co w badanej grupie stanowi 62,5%. Wśród stwierdzonych błędów medycznych 17 nosiło znamiona błędu skutkowego (53,1%).

Tabela 41. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne

	Stwierdzony błąd medyczny	Stwierdzone niepowodzenie medyczne
Liczba spraw	25	59
Procentowy udział spraw	29,8	70,2



Rycina 47. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne



Rycina 48. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający stwierdzony błąd lekarski bądź niepowodzenie medyczne

W 25 opiniowanych sprawach stwierdzono błąd lekarski, co stanowiło 29,8% opinii. Niepowodzenie medyczne stwierdzono w ponad 70% opiniowanych spraw. Zdarzenie określane jako powikłanie zanotowano w 25 sprawach, co stanowi 42,4% przypadków z grupy niepowodzeń medycznych. Wśród stwierdzonych błędów medycznych 15 nosiło znamiona błędu skutkowego (60%).

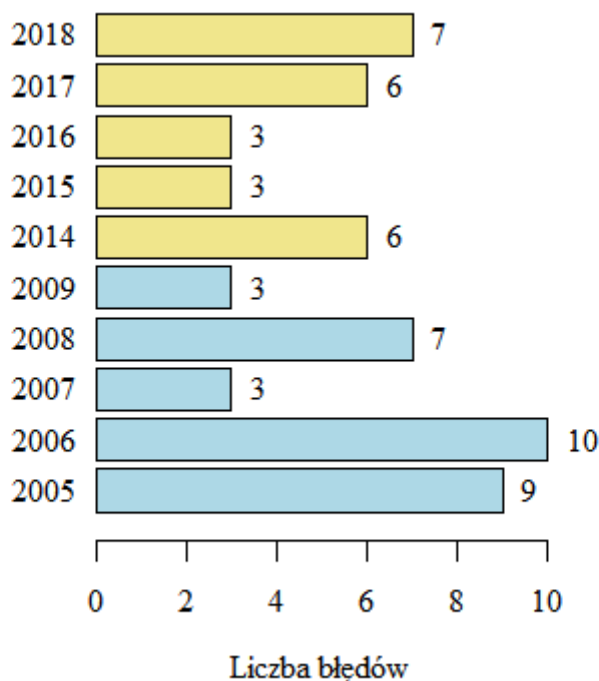
W drugim analizowanym pięcioleciu stwierdzono o 6,6% rzadsze występowanie błędów medycznych w opiniowanych sprawach oraz o 20,1% rzadsze występowanie powikłań w postępowaniu lekarskim. Błąd skutkowy stwierdzano o 6,9% częściej. Sumarycznie w dwóch badanych okresach błąd medyczny stwierdzono w 33,1% opiniowanych spraw.

14. Liczba błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach

Poniżej przedstawiono, jak kształtowała się liczba stwierdzonych błędów medycznych w poszczególnych analizowanych latach.

Tabela 42. Liczba błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach

Rok przyjęcia sprawy	Liczba błędów
2005	9
2006	10
2007	3
2008	7
2009	3
2014	6
2015	3
2016	3
2017	6
2018	7



Rycina 49. Liczba błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach

Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, brak było jasnego trendu w liczbie błędów stwierdzanych w poszczególnych latach. Najwięcej odnotowano ich w latach 2005 i 2006 (odpowiednio 9 i 10), po czym liczba błędów w kolejnych latach wynosiła na przemian 3 i 6 lub 7.

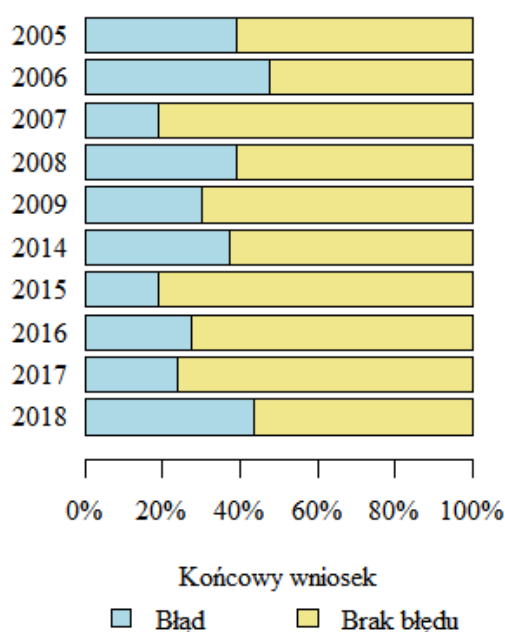
15. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach

Poniżej zostały przedstawione dane na temat odsetka stwierdzanych błędów medycznych w poszczególnych latach w opiniowanych przez biegłych sprawach.

Tabela 43. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach

Rok przyjęcia sprawy	Końcowy wniosek		<i>p</i>
	Błąd	Brak błędu	
2005 (N = 23)	9 (39,13%)	14 (60,87%)	<i>p</i> = 0,562
2006 (N = 21)	10 (47,62%)	11 (52,38%)	
2007 (N = 16)	3 (18,75%)	13 (81,25%)	
2008 (N = 18)	7 (38,89%)	11 (61,11%)	
2009 (N = 10)	3 (30,00%)	7 (70,00%)	
2014 (N = 16)	6 (37,50%)	10 (62,50%)	
2015 (N = 16)	3 (18,75%)	13 (81,25%)	
2016 (N = 11)	3 (27,27%)	8 (72,73%)	
2017 (N = 25)	6 (24,00%)	19 (76,00%)	
2018 (N = 16)	7 (43,75%)	9 (56,25%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 50. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w poszczególnych latach

Powyzsza zależność jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$). Procentowy udział błędów we wszystkich rozpatrywanych sprawach nie zmieniał się na przestrzeni lat.

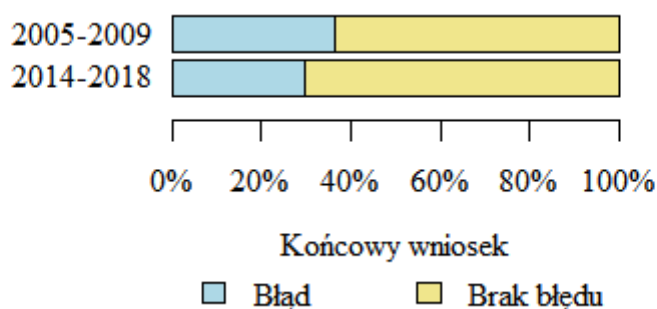
16. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w okresach 5-letnich

Poniżej przedstawiono dane na temat odsetka stwierdzanych błędów medycznych w opiniowanych przez biegłych sądowych sprawach w latach 2005–2009 oraz 2014–2018.

Tabela 44. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018

Okres	Końcowy wniosek		<i>p</i>
	Błąd	Brak błędu	
2005–2009 (N = 88)	32 (36,36%)	56 (63,64%)	$p = 0,449$
2014–2018 (N = 84)	25 (29,76%)	59 (70,24%)	

p – test chi-kwadrat



Rycina 51. Odsetek błędów medycznych stwierdzanych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018

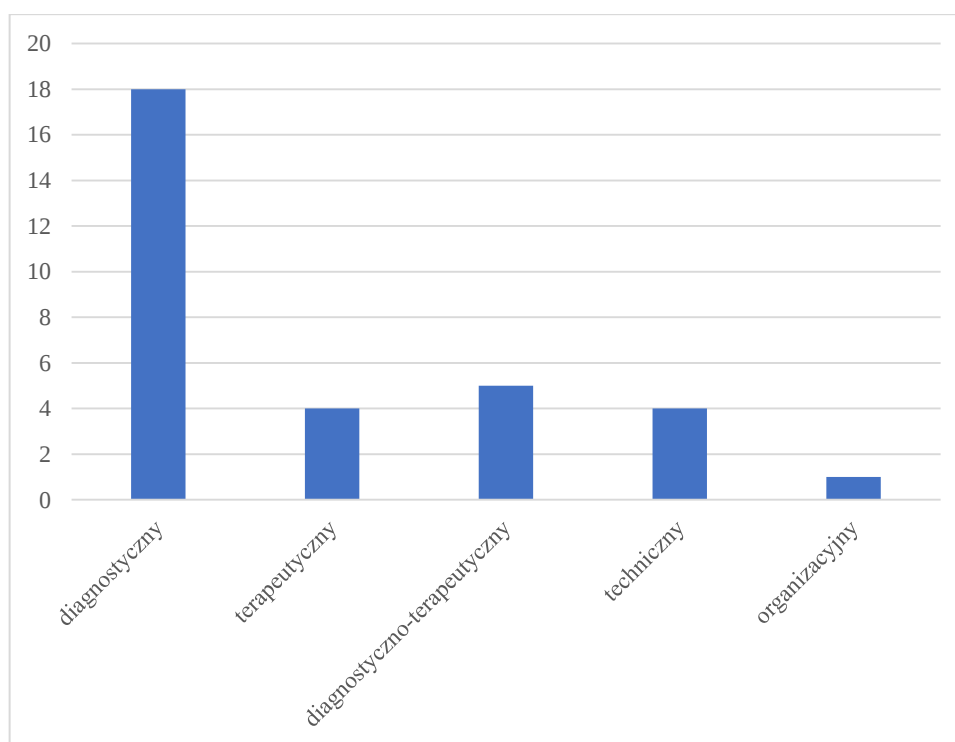
Powyższa zależność jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$). Procentowy udział błędów nie różnił się pomiędzy pierwszym i drugim okresem.

17. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

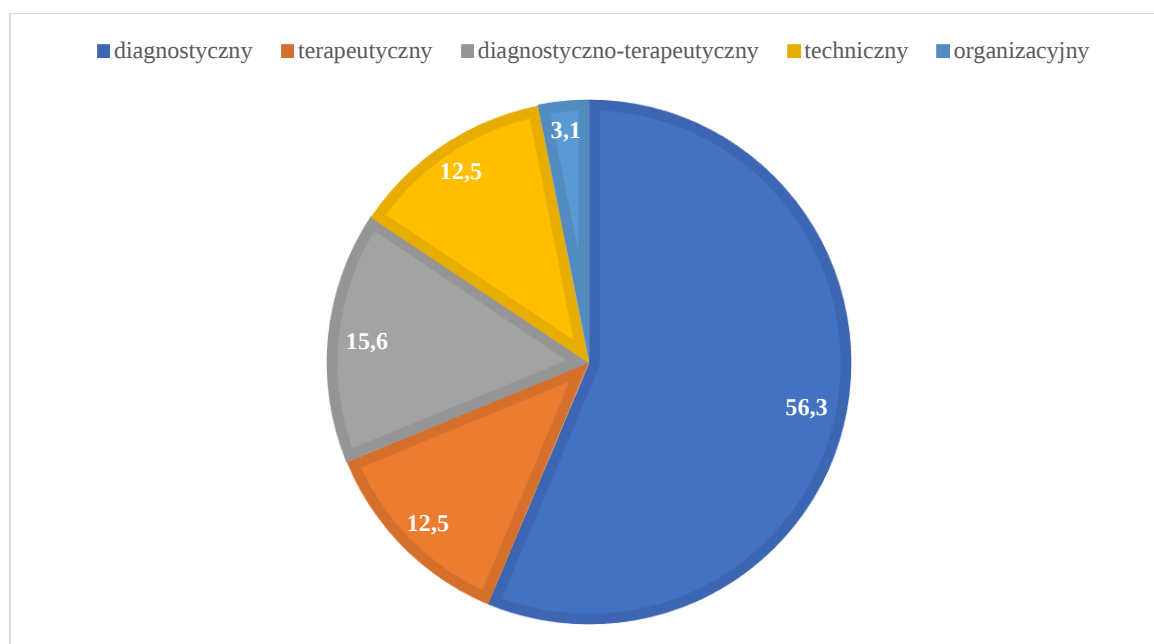
Na początku tego opracowania omówiono rodzaje błędów medycznych. Poniżej przedstawiono zestawienie określające częstość ich występowania w sprawach opiniowanych przez biegłych sądowych. Oprócz błędu diagnostycznego, terapeutycznego, technicznego oraz organizacyjnego pojawiło się w opiniach pojęcie błędu diagnostyczno-terapeutycznego zawierającego komponentę dwóch wcześniej wspomnianych błędów.

Tabela 42. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

Rodzaj błędu	Diagnostyczny	Terapeutyczny	Diagnostyczno-terapeutyczny	Techniczny	Organizacyjny
Liczba stwierdzonych błędów	18	4	5	4	1
Procentowy udział stwierdzonych błędów	56,3	12,5	15,6	12,5	3,1



Rycina 49. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

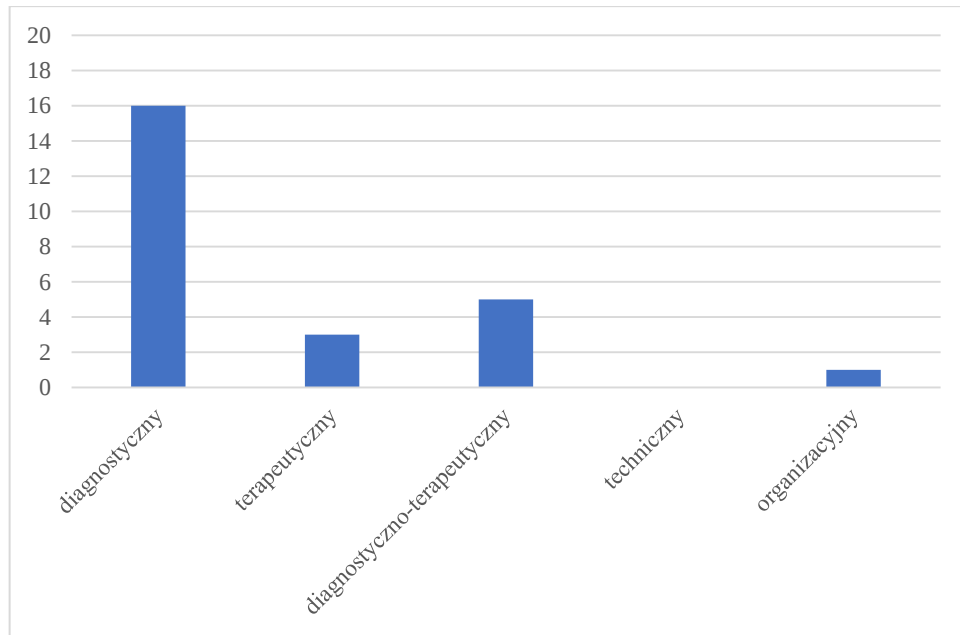


Rycina 50. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

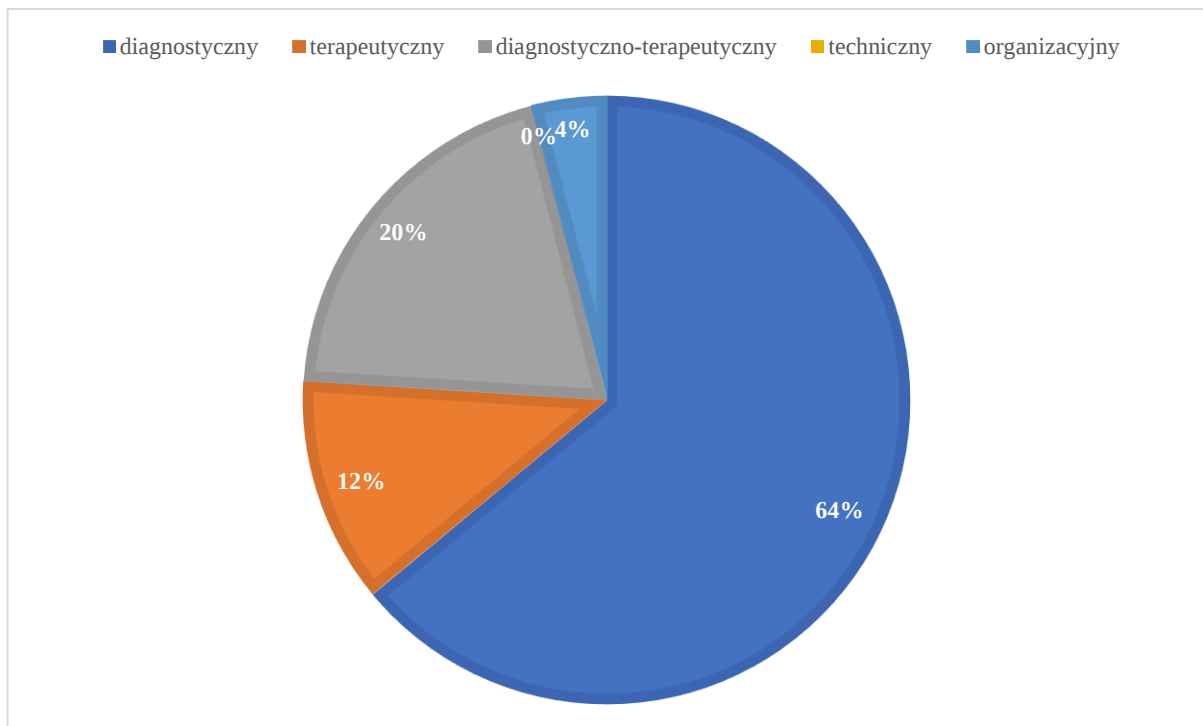
W sprawach opiniowanych przez biegłych sądowych, w których orzeczono o błędzie, w ponad połowie przypadków stwierdzono błąd diagnostyczny, co stanowiło 56,3% opiniowanych spraw. Na drugiej pozycji znalazł się związany z nim błąd diagnostyczno-terapeutyczny, który stwierdzono w 15,6% opiniowanych spraw. Z podobną częstością występował błąd terapeutyczny i techniczny (12,5%). Jedynie raz orzeczono natomiast o błędzie organizacyjnym (3,1%). Z przedstawionych danych wynika, że najtrudniejsze jest rozpoznanie właściwej choroby u pacjenta. Kwestia prawidłowego leczenia chorego przynosi mniej problemów. Co ciekawe, mimo wszystkich trudności organizacyjnych systemu służby zdrowia błędy organizacyjne zdarzają się sporadycznie. Wydaje się, że niedoskonałości systemu (m.in. braki kadrowe) są korygowane ciężką pracą wszystkich pracowników służby zdrowia.

Tabela 43. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

Rodzaj błędu	Diagnostyczny	Terapeutyczny	Diagnostyczno-terapeutyczny	Techniczny	Organizacyjny
Liczba stwierdzonych błędów	16	3	5	0	1
Procentowy udział stwierdzonych błędów	64	12	20	0	4



Rycina 51. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego



Rycina 52. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

W 64% opiniowanych spraw stwierdzono błąd diagnostyczny. Drugim co do częstości stwierdzanym błędem był błąd terapeutyczno-diagnostyczny, stwierdzany w co piątej sprawie, w której orzeczono o błędzie. Błąd terapeutyczny został stwierdzony w 12% spraw, a organizacyjny

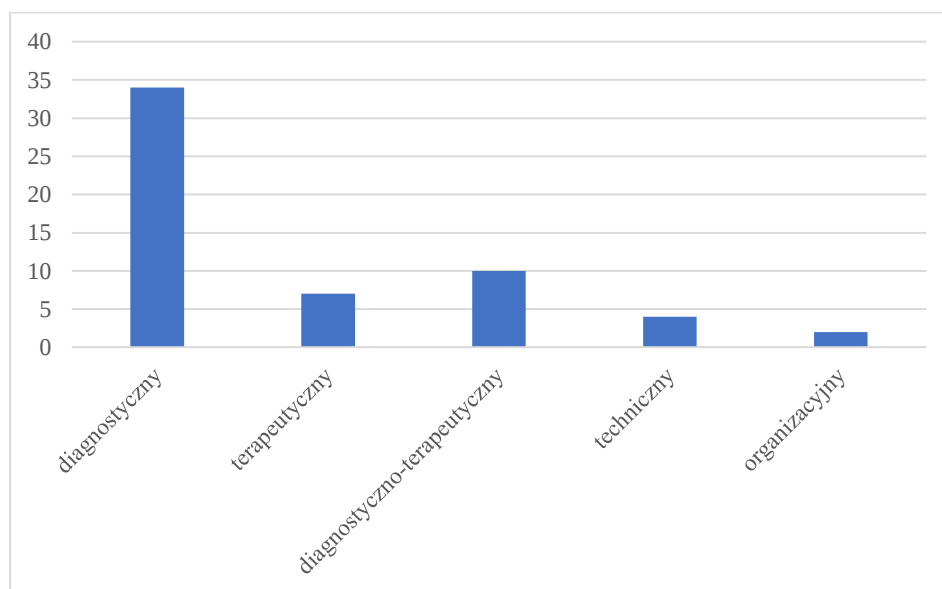
zaistniał w 1 sprawie, co stanowiło 4%. W żadnej ze spraw opiniowanych w latach 2014–2018 nie stwierdzono błędu technicznego.

W analizie dwóch pięcioletnich okresów można stwierdzić, że nieco wzrosła częstotliwość błędów diagnostycznych (o 7,7%) i diagnostyczno-terapeutycznych (4,4%) w latach 2014–2018 na korzyść błędów technicznych, których w tym okresie nie stwierdzono. Częstotliwość błędu terapeutycznego wynosiła w obu okresach około 12%. W obu analizowanych przedziałach czasowych stwierdzono po jednym błędzie organizacyjnym.

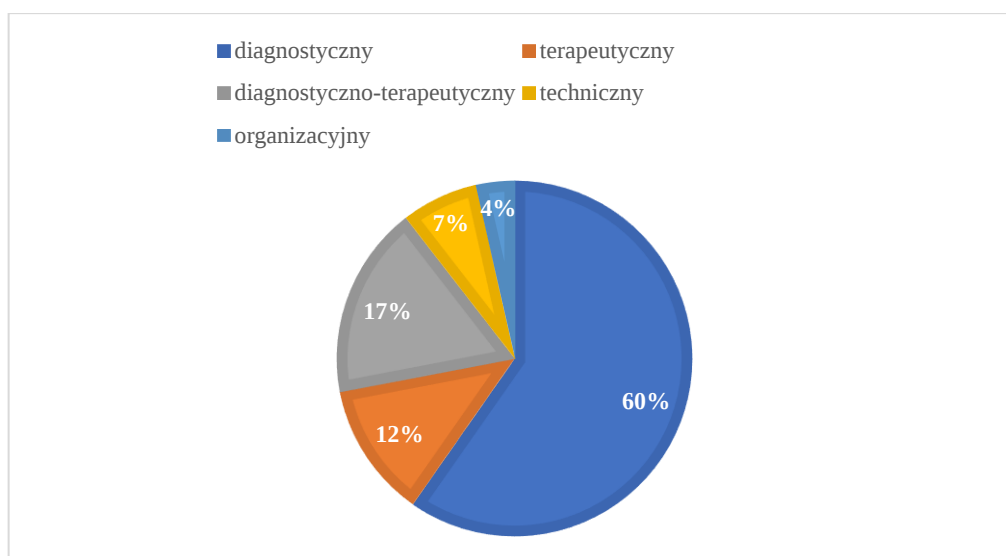
Dla pełnego zobrazowania zagadnienia poniżej przedstawiono sumaryczne zestawienie liczby poszczególnych błędów oraz ich procentowy udział w całości spraw, w których stwierdzono błąd.

Tabela 44. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

Rodzaj błędu	Diagnostyczny	Terapeutyczny	Diagnostyczno-terapeutyczny	Techniczny	Organizacyjny
Liczba stwierdzonych błędów	34	7	10	4	2
Procentowy udział stwierdzonych błędów	59,7	12,3	17,5	7	3,5



Rycina 53. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego



Rycina 54. Procentowy udział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego

Reasumując, ze 172 spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w 57 stwierdzono popełnienie błędu medycznego, co stanowiło 33,1% opiniowanych spraw. Pozostałe sprawy (66,9%) zostały przypisane w pracy do niepowodzenia medycznego, w którym 52,2% stanowiły powikłania wpisane w codzienność działań lekarskich. 32 błędy stanowiące 56,1% nosiły znamiona błędu skutkowego. Najczęściej popełnianym błędem był błąd diagnostyczny, który stwierdzano w 3 na 5 opiniowanych spraw z orzeczoną błędem lekarskim. Najrzadziej występującym w tym opracowaniu błędem był błąd organizacyjny, który pojawił się w 2 sprawach (3,5%).

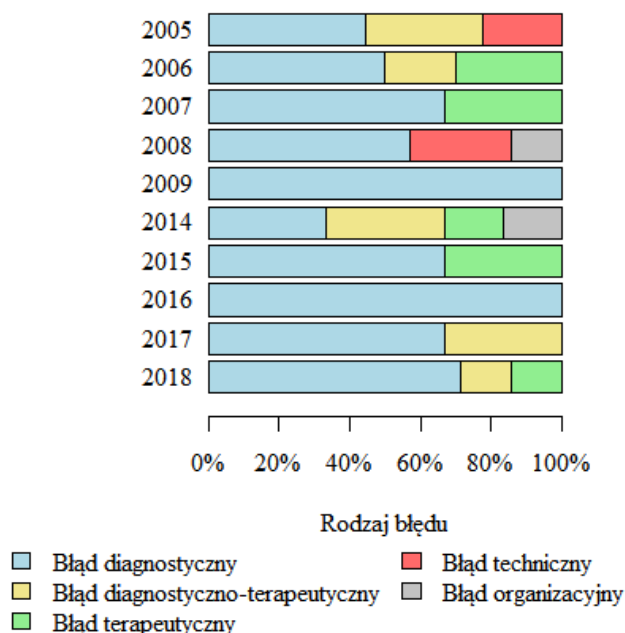
18. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego w poszczególnych latach

Poniżej przedstawiono szczegółowy podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj stwierdzonego błędu medycznego w poszczególnych latach.

Tabela 48. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego w poszczególnych latach

Rok przyjęcia sprawy	Rodzaj błędu					p
	Błąd diagnostyczny	Błąd diagnostyczno-terapeutyczny	Błąd terapeutyczny	Błąd techniczny	Błąd organizacyjny	
2005 (N = 9)	4 (44,44%)	3 (33,33%)	0 (0,00%)	2 (22,22%)	0 (0,00%)	p = 0,599
2006 (N = 10)	5 (50,00%)	2 (20,00%)	3 (30,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
2007 (N = 3)	2 (66,67%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
2008 (N = 7)	4 (57,14%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	2 (28,57%)	1 (14,29%)	
2009 (N = 3)	3 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
2014 (N = 6)	2 (33,33%)	2 (33,33%)	1 (16,67%)	0 (0,00%)	1 (16,67%)	
2015 (N = 3)	2 (66,67%)	0 (0,00%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
2016 (N = 3)	3 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
2017 (N = 6)	4 (66,67%)	2 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
2018 (N = 7)	5 (71,43%)	1 (14,29%)	1 (14,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 58. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj popełnionego błędu medycznego w poszczególnych latach

Powyższa zależność jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$).

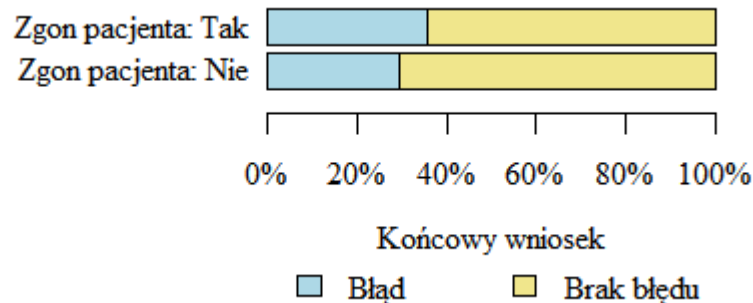
19. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający zgon pacjenta a orzeczenie błędu medycznego

Poniżej przedstawiono podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych, który uwzględniał zgon pacjenta oraz orzeczony błąd medyczny.

Tabela 50. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający zgon pacjenta a stwierdzony błąd medyczny

Zgon pacjenta	Końcowy wniosek		<i>p</i>
	Błąd	Brak błędu	
Tak (N = 104)	37 (35,58%)	67 (64,42%)	<i>p</i> = 0,5
Nie (N = 68)	20 (29,41%)	48 (70,59%)	

p – test chi-kwadrat



Rycina 60. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający zgon pacjenta a stwierdzony błąd medyczny

Przedstawiona zależność jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$).

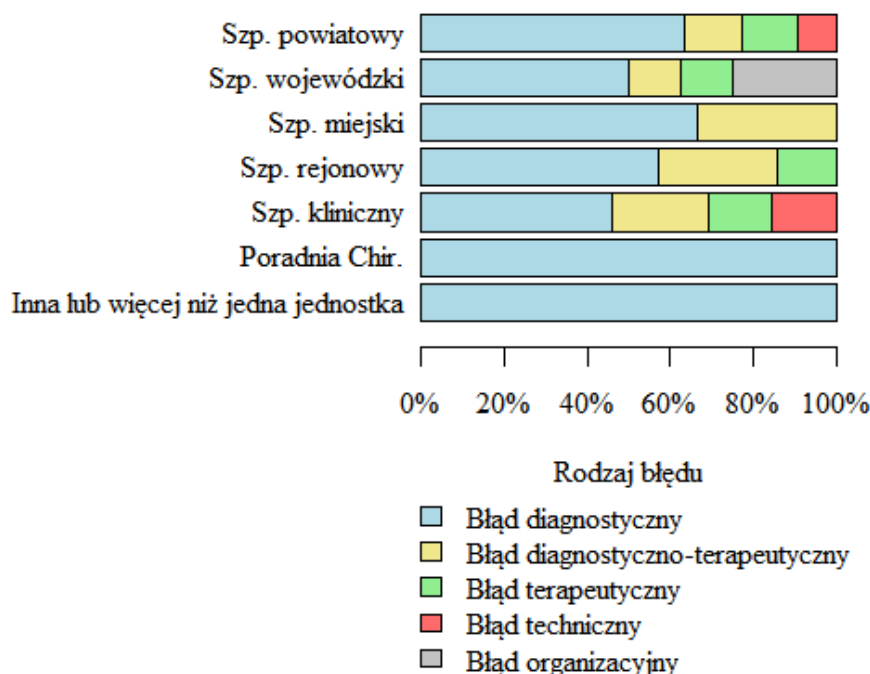
20. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający jednostki systemu opieki zdrowotnej a rodzaj popełnionego błędu

Niektóre nieliczne opiniowane sprawy dotyczyły Pogotowia Ratunkowego bądź zdarzeń, które miały miejsce w więcej niż jednym szpitalu. Dla uporządkowania statystycznego umieszczono je razem w grupie „Inna lub więcej niż jedna jednostka”.

Tabela 51. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający jednostki systemu opieki zdrowotnej a rodzaj popełnionego błędu

Rodzaj szpitala	Rodzaj błędu					p
	Błąd diagnostyczny	Błąd diagnostyczno-terapeutyczny	Błąd terapeutyczny	Błąd techniczny	Błąd organizacyjny	
Szp. powiatowy (N = 22)	14 (63,64%)	3 (13,64%)	3 (13,64%)	2 (9,09%)	0 (0,00%)	p = 0,913
Szp. wojewódzki (N = 8)	4 (50,00%)	1 (12,50%)	1 (12,50%)	0 (0,00%)	2 (25,00%)	
Szp. miejski (N = 3)	2 (66,67%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szp. rejonowy (N = 7)	4 (57,14%)	2 (28,57%)	1 (14,29%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Szp. kliniczny (N = 13)	6 (46,15%)	3 (23,08%)	2 (15,38%)	2 (15,38%)	0 (0,00%)	
Poradnia Chir. (N = 3)	3 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Inna lub więcej niż jedna jednostka (N = 1)	1 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 62. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający jednostki systemu opieki zdrowotnej a rodzaj popełnionego błędu

Powyższa zależność jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$). W każdej z wyżej wspomnianych jednostek dominował błąd diagnostyczny.

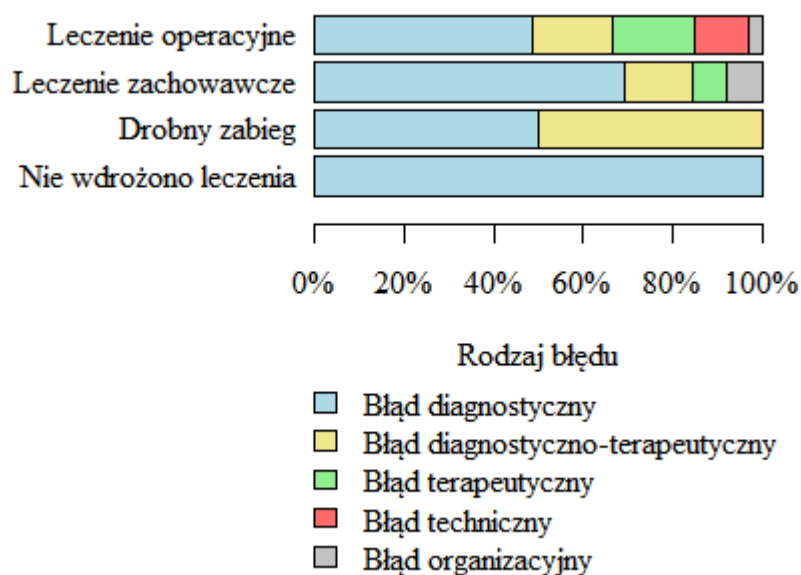
21. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj zastosowanego leczenia oraz rodzaj stwierdzonego błędu

W poniższym zestawieniu przedstawiającym rodzaj leczenia grupa czwarta dotyczyła głównie pacjentów zbadanych, którzy nie zostali zakwalifikowani do dalszego leczenia i w odniesieniu do których nie zdecydowano o ich hospitalizacji (Izba Przyjęć, SOR, Pogotowie Ratunkowe).

Tabela 52. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj zastosowanego leczenia oraz rodzaj stwierdzonego błędu

Rodzaj leczenia	Rodzaj błędu					p
	Błąd diagnostyczny	Błąd diagnostyczno-terapeutyczny	Błąd terapeutyczny	Błąd techniczny	Błąd organizacyjny	
Leczenie operacyjne (N = 33)	16 (48,48%)	6 (18,18%)	6 (18,18%)	4 (12,12%)	1 (3,03%)	p = 0,497
Leczenie zachowawcze (N = 13)	9 (69,23%)	2 (15,38%)	1 (7,69%)	0 (0,00%)	1 (7,69%)	
Drobny zabieg (N = 4)	2 (50,00%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	
Nie wdrożono leczenia (N = 7)	7 (100,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	

p – dokładny test Fishera



Rycina 62. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych uwzględniający rodzaj zastosowanego leczenia oraz rodzaj stwierdzonego błędu

Przedstawiona zależność jest nieistotna statystycznie ($p > 0,05$). Jednoznacznie można stwierdzić, że błąd diagnostyczny jest związany z nierozpoznanie choroby, co skutkuje brakiem wdrożenia u chorego odpowiedniego leczenia.

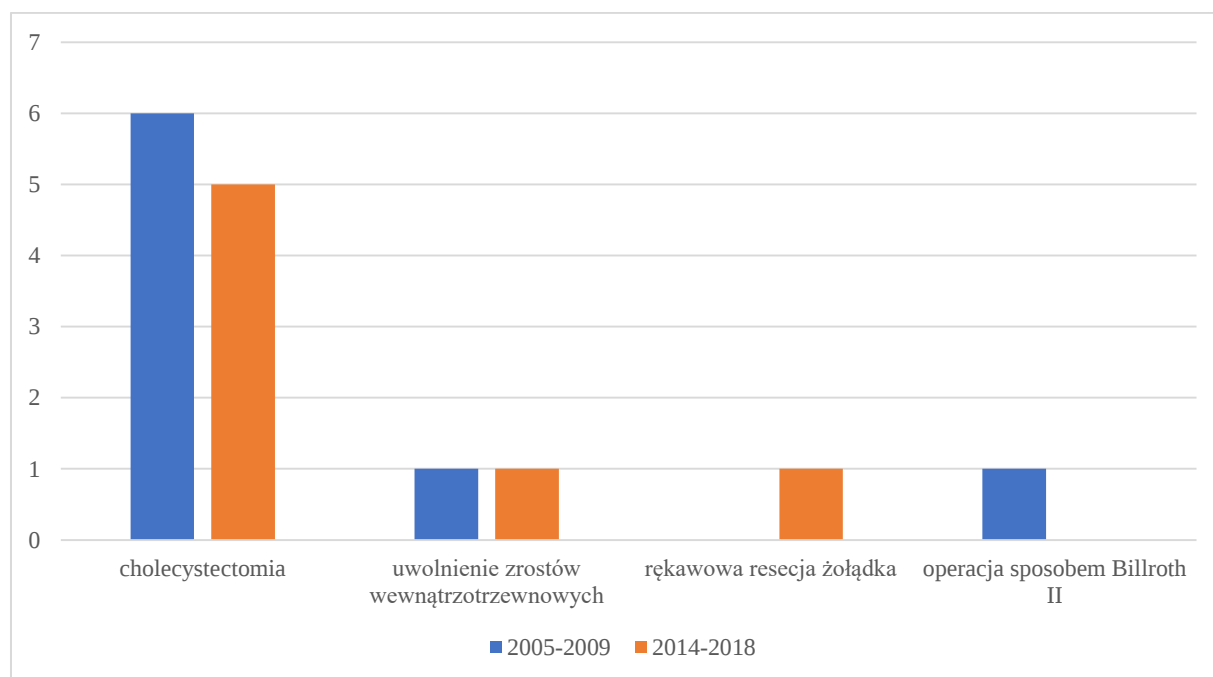
22. Analiza opiniowanych spraw, w których podjęto leczenie operacyjne laparoskopowe

Mimo że techniki laparoskopowe w Polsce pojawiły się pod koniec XX wieku, wciąż coraz więcej chirurgów szkoli się i wykonuje nie tylko cholecystektomie (usunięcie pęcherzyka żółciowego), ale także inne, bardziej złożone zabiegi. Wśród zalet operacji laparoskopowych można wymienić m.in. często skrócenie czasu trwania operacji, krótszą hospitalizację chorego, mniejszy ból pooperacyjny, możliwość prześledzenia większości narządów jamy brzusznej z niewielkiego cięcia. Ze względu na istotę i rozwój laparoskopii w chirurgii poświęcono jej część tego opracowania. Wśród 172 opiniowanych spraw 15 dotyczyło laparoskopii, co stanowiło 8,7%. W latach 2005–2009 opiniowano 8 spraw dotyczących laparoskopii, natomiast w latach 2014–2018 – 7.

Poniżej znajduje się tabela przedstawiająca, jakie operacje wykonywano techniką laparoskopową.

Tabela 45. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj operacji laparoskopowej

Rodzaj operacji	Cholecystektomia	Uwolnienie zrostów wewnątrztrzewnowych	Rękawowa resekcja żołądka	Operacja sposobem Billroth II
2005–2009	6	1	0	1
2014–2018	5	1	1	0



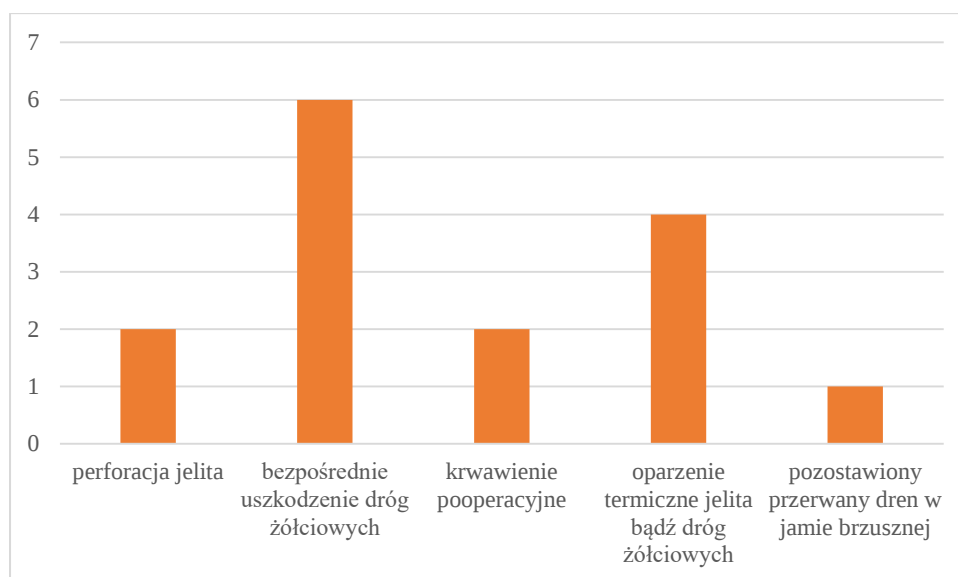
Rycina 55. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający rodzaj operacji laparoskopowej

Cholecystektomia laparoskopowa jest leczeniem z wyboru w przypadku kamicy pęcherzyka żółciowego i, jak przedstawiają powyższe zestawienia, stanowi dominującą większość operacji laparoskopowych (73,3%). Nie zanotowano znaczących różnic w rodzaju operacji laparoskopowych w analizowanych pięcioleciach. Zarówno resekcje rękawowe żołądka, jak i operacja sposobem Billroth II są operacjami wymagającymi drogiego sprzętu, a także dużego doświadczenia i sporych umiejętności operatora, dlatego nie są wykonywane rutynowo we wszystkich ośrodkach. Z tego względu w obecnym opracowaniu pojawiły się pojedynczo i stanowią niewielką część wszystkich operacji laparoskopowych wykonywanych w Polsce, których przeważającą część stanowi chirurgia pęcherzyka żółciowego.

Termin „laparoscopia” kojarzy się pacjentom z nowoczesnością. Ogromna większość chciałaby być zoperowana tą techniką, ale tylko garstka zdaje sobie sprawę z możliwych związanych z nią zdarzeń niepożądanych. Poniżej przedstawiono sumarycznie zdarzenia niepożądane związane z laparoskopią z dwóch analizowanych okresów. Użyto terminu „zdarzenie niepożądane”, gdyż poniżej można znaleźć zarówno powikłania, jak i błędy medyczne związane z laparoskopią.

Tabela 46. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający zdarzenia niepożądane po operacjach laparoskopowych

Rodzaj zdarzenia niepożądanego	Liczba zdarzeń niepożądanych
Perforacja jelita	2
Uszkodzenie dróg żółciowych	6
Krwawienie pooperacyjne	2
Oparzenie termiczne jelita bądź dróg żółciowych	4
Pozostawienie przerwanego drenu w jamie brzusznej	1



Rycina 56. Podział spraw opiniowanych przez biegłych sądowych w latach 2005–2009 oraz 2014–2018 uwzględniający zdarzenia niepożądane po operacjach laparoskopowych

Najczęstszym niepożądanym zdarzeniem (40%) było bezpośrednie uszkodzenie dróg żółciowych, które najczęściej polegało na uszkodzeniu bezpośrednio narzędziem bądź częściowym wycięciu przewodu żółciowego wspólnego i zaklipsowaniu tej struktury w czasie operacji. Drugim pod względem częstości zdarzeniem (26,7%) były oparzenia termiczne bezpośrednio narzędziem bądź wynikające z przeskoku iskry z narzędzia na otaczające tkanki. Często takie powikłanie jest w czasie operacji niewidoczne, a jego skutki pojawiają się nawet po kilku dniach, kiedy dochodzi do martwicy oparzonej tkanki i wypływu treści żółciowej bądź jelitowej do jamy brzusznej. Dwie opiniowane sprawy dotyczyły perforacji jelita. W jednej z nich jelito cienkie zostało uszkodzone podczas wprowadzania trokaru nad pępkiem (L.Dz.1929/05), w drugiej uszkodzono jelito podczas uwalniania masywnych zrostów (L.Dz.1299/06). W 5 sprawach biegli stwierdzili popełnienie błędu medycznego, a w 9 wystąpienie powikłań typowych dla laparoskopii. Wśród 5 błędów 4 były błędami terapeutycznymi – operatorzy źle zakwalifikowali chorych do operacji laparoskopowych bądź nieprawidłowo wykonali jeden z etapów operacji. Jedyny błąd diagnostyczny dotyczył pacjentki (L.dz.727/18), która została przyjęta na oddział chirurgiczny w trybie planowym w celu laparoskopowego wykonania cholecystektomii. Dobę po operacji zauważono wyciek treści żółciowej z drenu. Wykonano ERCP. Nie zobrazowano wycieku kontrastu poza drogi żółciowe. Pomimo utrzymującego się wycieku około 500 ml treści żółciowej z drenu na dobę, 3 dni od pierwszej operacji zdecydowano o laparoskopii diagnostycznej. Odessano treść i przepłukano jamę brzuszną. Sprawdzone założone wcześniej klipsy. Nie zobrazowano wycieku żółci z łóżyska czy z dróg żółciowych. Stan ogólny chorej stopniowo się pogarszał. Po kolejnych 3 dniach z powodu wystąpienia objawów otrzewnowych wykonano laparotomię, podczas której stwierdzono 2 punktowe

miejsca perforacji jelita cienkiego. Zresekowano odcinek jelita i zespolono je. Kilka dni po operacji chora zmarła. Biegli sądowi stwierdzili, że należało ściślej monitorować stan pacjentki i szybciej podjąć decyzję o operacji.

W jednej ze spraw (L.dz.1108/07) nie orzeczono ani o błędzie, ani o powikłaniu. Jest to przykład niepowodzenia medycznego. Pacjentka z przewlekłym zapaleniem pęcherzyka żółciowego została przyjęta do planowej operacji cholecystektomii. W pierwszej dobie pooperacyjnej pielęgniarka zgłosiła, że pacjentka wyrwała sobie dren. Nikt z personelu nie widział usuniętego drenu, w związku z czym ordynator zalecił RTG oraz USG jamy brzusznej, podczas których nie uwidoczniło ciała obcego. W drugiej dobie po operacji pacjentka bez dolegliwości została wypisana z oddziału. Około 1,5 roku później została przyjęta do oddziału chirurgicznego w innym ośrodku z powodu dolegliwości bólowych nadbrzusza (podejrzewano ostre zapalenie trzustki). Wykonano badania obrazowe i w związku z podejrzeniem ciała obcego w jamie brzusznej wykonano laparotomię. Usunięto fragment drenu Redona znajdujący się nieco na lewo od linii pośrodkowej. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjentkę wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. Biegli sądowi stwierdzili, że personel medyczny nie zlekceważył faktu zniknięcia drenu, dołożył wszelkich starań i wykonał niezbędne badania, by tę sprawę wyjaśnić. Dren najprawdopodobniej mógł zostać przerwany podczas ruchów chorej w łóżku.

W opiniowanych powyżej sprawach stwierdzono 5 błędów lekarskich oraz 9 powikłań. Błędy lekarskie dotyczyły najczęściej nieprawidłowej kwalifikacji chorych do leczenia laparoskopowego, co znacznie zwiększało ryzyko operacyjne.

Dyskusja

W niniejszej pracy poruszono zagadnienie błędu medycznego i niepowodzenia medycznego. Mimo że błąd medyczny jest rzadszym zjawiskiem, to został poddany w literaturze setkom analiz. Niepowodzenie medyczne, które występuje mimo prawidłowego procesu diagnostyczno-leczniczego, najczęściej jest przedmiotem analiz wąskiej grupy lekarzy specjalistów z danej dziedziny, którzy omawiając na łamach czasopism bądź na konferencjach przypadłość chorego, zwracają uwagę na niecharakterystyczny przebieg choroby i nietypowe objawy, co rozwija wiedzę i doświadczenie medyków.

Problem błędu medycznego jest dużo bardziej złożony. Nad nim pochylają się lekarze, prawnicy, ekonomiści, politycy oraz media. Wynika to zapewne z niekorzystnych skutków popełnianych błędów, jakimi są między innymi cierpienie, śmierć oraz niebagatelne straty finansowe. O złożoności problemu świadczą ogromne ilości publikacji oraz fakt, że nie powstała w Polsce, ani nawet na świecie, jedna obowiązująca definicja błędu medycznego. Definicje błędu lekarskiego czy medycznego tworzą zarówno prawnicy, jak i lekarze. Ponadto definicje zmieniają się z biegiem lat. Z wielu definicji warto przytoczyć lakoniczną, ale trafną definicję sądu apelacyjnego w Szczecinie z 2017 roku, która jako błąd medyczny określa „odstępstwo od wzorca i zasad należytego postępowania z uwzględnieniem profesjonalnego charakteru działalności (...)”, a powikłanie i niepowodzenie medyczne wiąże z nietypową reakcją pacjenta na prawidłowo przeprowadzony proces leczniczy [46]. W literaturze anglojęzycznej bardzo często błąd medyczny określany jest jako niepowodzenie w zaplanowanych czynnościach, którego skutek był niezamierzony (błąd wykonania), bądź zaplanowanie nieprawidłowego procesu leczniczego, by osiągnąć cel (błąd planowania) [63]. Rzadko znajdziemy tu odwołanie do wiedzy czy staranności lekarzy. W Stanach Zjednoczonych autorzy skupiają się raczej na negatywnym efekcie i próbie jego uniknięcia niż na jednostce, która popełniła błąd. W niektórych publikacjach zagranicznych autorzy zastanawiają się nawet, czy w ogóle istnieje sens używania pojęcia błędu, gdyż wnosi on poczucie winy, złości oraz staje się przyczyną depresji. Praca staje się mniej wydajna, a panująca atmosfera stygmatyzacji powoduje rezygnację niektórych osób z pracy w zawodzie [64, 65]. W polskiej literaturze oprócz niepowodzenia medycznego i powikłania, które różnią się między sobą prawdopodobieństwem wystąpienia, spotyka się termin zdarzenia medycznego, który jest nierozdzielnie związany z wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. W tym przypadku błąd medyczny zostaje nazwany zdarzeniem, gdyż komisje te nie służą do wskazywania winnych,

a jedynie ułatwiania dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych [44, 45]. Jest to model zbliżający myślenie o błędach medycznych do krajów zachodnich.

W literaturze anglojęzycznej częściej używa się terminu zdarzenia niepożądanego niż błędu. Zdarzeniem niepożądanym (ang. *adverse event*) określa się powstanie niezamierzonej szkody dla pacjenta w wyniku działalności leczniczej. Zdarzenie niepożądane jest pojęciem szerszym, gdyż jednym z jego elementów może być błąd medyczny. Warunkiem zaistnienia zdarzenia jest szkoda. Błąd medyczny a priori nie musi być związany ze szkodą. Wśród zdarzeń niepożądanych wyróżniamy te możliwe do uniknięcia (ang. *preventable adverse event*), które są szczególnie warte analiz, co może obniżyć liczbę stwierdzanych zdarzeń, oraz potencjalne zdarzenia niepożądane, nienoszące znamion negatywnego skutku w wyniku wcześniejszego zauważenia bądź wystąpienia nieprzewidywalnych okoliczności, które zapobiegły pojawieniu się negatywnych skutków [66–69].

Tak jak wiele jest definicji błędu medycznego, tak również nie ma jednej klasyfikacji błędów [70]. W literaturze polskiej spotkać się można z dwiema podstawowymi klasyfikacjami błędów medycznych. W starszej wciąż powszechnie używanej typologii wyróżniamy błędy diagnostyczne, terapeutyczne, techniczne i organizacyjne [7, 13, 15, 16]. W późniejszej typologii rozróżnia się błędy decyzyjne, wykonawcze, organizacyjne oraz opiniodawcze [3, 17]. Na błąd decyzyjny składa się błąd diagnostyczny i terapeutyczny, a błędowi wykonawczemu odpowiada błąd techniczny. W pracy oparto się na pierwszej klasyfikacji błędu, ponieważ jest ona bardziej szczegółowa oraz używana przez biegłych sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu. W literaturze obcojęzycznej znajdziemy podobną klasyfikację Instytutu Medycyny ze Stanów Zjednoczonych, która dzieli błędy na diagnostyczne, terapeutyczne, profilaktyczne/zapobiegawcze (nieprawidłowa profilaktyka schorzeń, nieadekwatne monitorowanie leczenia) oraz inne (w tym niepowodzenia w komunikacji personelu) [63]. Coraz więcej autorów odchodzi od tych sztywnych podziałów i wprowadza nowe klasyfikacje ułatwiające raportowanie błędów czy zdarzeń niepożądanych, co służy zmniejszeniu ich ilości. Błędy mogą być klasyfikowane m.in. ze względu na czynniki kliniczne (decyzyjne, związane z umiejętnościami wykonawczymi), komunikację między personelem oraz między personelem a pacjentem, czynniki administracyjne, miejsce wystąpienia (ambulatoryjne, szpitalne), rodzaj wykonanej procedury (leczenie operacyjne, leczenie zachowawcze), błędne przepisywanie leków, prawdopodobieństwo wystąpienia (wysokie, niskie), powszechność oraz możliwość uniknięcia [71–73].

W niniejszej pracy stwierdzono błąd lekarski w dziedzinie chirurgii ogólnej w 33,1% spraw zgłoszonych przez prokuraturę, policję i odpowiednie wydziały sądów do zaopiniowania przez biegłych lekarzy sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu. Wartość tę trudno porównywać chociażby z innymi jednostkami medycyny sądowej w Polsce, gdyż liczba oraz rodzaj

spraw do nich trafiających nie cechuje się konkretnymi prawidłowościami. Najczęstszym błędem lekarskim w opiniowanych przez biegłych sądowych sprawach był błąd diagnostyczny, który stanowił 59,7% spośród stwierdzonych błędów. W. Kwietniewski w swojej pracy dotyczącej błędów chirurgicznych opiniowanych w latach 2005–2010 przez biegłych KiZMS w Warszawie podaje, że w 15% opiniowanych spraw stwierdzono błąd medyczny, w ponad połowie – niepowodzenie medyczne, a błąd diagnostyczny wystąpił w 76% opiniowanych spraw z orzecznym błędem [74]. Częstotliwość błędów diagnostycznych w literaturze zagranicznej również sięga nawet powyżej 70% rozpoznanych błędów [75]. Niektórzy autorzy twierdzą, że 10–20% rozpoznań z badań sekcyjnych wykonywanych w szpitalach wykazuje rozbieżności co do postawionych wcześniej diagnoz [76]. W literaturze można również znaleźć informacje, że około 5% amerykańskich dorosłych pacjentów doświadcza każdego roku błędu diagnostycznego [77]. Ponad połowa z tych błędów może być szkodliwa dla pacjentów. W Stanach Zjednoczonych przykładą się dużą wagę do znaczenia błędów diagnostycznych. W 2008 roku w Phoenix zorganizowano pierwszą konferencję na ten temat. W 2011 roku powstało towarzystwo The Society to Improve Diagnosis in Medicine, mające na celu poprawę procesów diagnostycznych w medycynie. W roku 2014 rozpoczęto wydawanie czasopisma „Diagnosis”, które ma służyć ulepszaniu jakości kształcenia oraz umiejętności stawiania adekwatnych rozpoznań. Interesujący może wydawać się fakt, że w 2015 roku w raporcie „Improving Diagnosis in Health Care” definicja błędu diagnostycznego oprócz kryteriów niewłaściwego bądź spóźnionego rozpoznania została rozszerzona o element komunikacji z pacjentem, gdzie podkreśla się wagę dokładnego wyjaśnienia pacjentowi jego schorzenia [78]. W 2016 roku Światowa Organizacja Zdrowia wydała „Technical Series on Safer Primary Care” – serię 9 monografii poświęconych poprawie bezpieczeństwa w systemach zdrowotnych. Jedna z nich jest poświęcona błędom diagnostycznym [79].

Najczęstszymi przyczynami błędów są nieprawidłowa analiza zebranych informacji, nieprawidłowe zbadanie bądź niezbadanie chorego, niewykonanie bądź nieprawidłowa analiza badań dodatkowych, zbytnia pewność siebie [80, 81].

Drugim co do częstości popełnianym błędem był błąd terapeutyczny, który stwierdzono w 12,3% spraw z orzecznym błędem oraz w 17,5% spraw, w których wystąpił wspólnie z błędem diagnostycznym. Podobnie w pracy W. Kwietniewskiego błąd terapeutyczny popełniono samodzielnie w 5% przypadków, a łącznie z innymi błędami był stwierdzony w 12%. W obu pracach błąd organizacyjny stwierdzano najrzadziej [74].

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, którzy chirurdzy są najbardziej narażeni na popełnienie błędu medycznego, a tym samym oskarżenie o niego. Stwierdzono, że najbardziej narażonymi na oskarżenie o błąd medyczny chirurgami są lekarze szpitali powiatowych.

To ich dotyczy największa liczba spraw z dziedziny chirurgii i w tej grupie w 36,5% spraw orzeczono o błędzie lekarskim. Warto zaznaczyć, że postępowanie w szpitalach klinicznych rzadziej było kierowane do oceny biegłych lekarzy sądowych, jednak statystycznie błędy w tych szpitalach zdarzały się częściej, bo w 43,3%. Szpitale powiatowe zaopatrują ogromny obszar terytorialny i są często pierwszym ośrodkiem, do którego trafiają chorzy pourazowi. Szpitale kliniczne są zobowiązane przyjmować pacjentów często ze złożonymi problemami zdrowotnymi bądź do skomplikowanych operacji, gdzie ryzyko powikłań i popełnienia błędu jest wysokie. Warto również dodać, że szpitale kliniczne są często przepełnione, a wraz ze wzrostem zatłoczenia szpitala wzrasta liczba zdarzeń niepożądanych [82]. Większość zaskarżanych spraw dotyczyła sytuacji, w których wdrożono leczenie operacyjne, choć to do procesu diagnostycznego biegli mieli najwięcej uwag. Takie same wnioski wysnuł w swojej pracy W. Kwietniewski. Ponadto stwierdził on, że ryzyko popełnienia błędu jest największe w poniedziałki i piątki [74]. Bez wątpienia praca w warunkach ostrodyżurowych, a tym bardziej w godzinach nocnych jest elementem, który predysponuje do powstawania zdarzeń niepożądanych [83]. Czynnikiem, który także zwiększa prawdopodobieństwo popełnienia błędu, jest niedobór lekarzy i pielęgniarek w porównaniu do nieadekwatnie dużej liczby pacjentów [82, 84]. W pracy spostrzeżono, że to lekarz na oddziale szpitalnym, a nie w szpitalnym oddziale ratunkowym czy izbie przyjęć jest bardziej narażony na popełnienie błędu medycznego. W publikacji „Surgical Never Events” poruszane są zdarzenia tzw. *never events* ze Stanów Zjednoczonych z lat 1990–2010, czyli takie, które nigdy nie powinny się pojawić w opiece zdrowotnej. Autorzy oszacowali, że w USA występuje średnio nieco ponad 4000 takich zdarzeń rocznie. Należy do nich zaliczyć pozostawienie ciała obcego, pomylenie miejsca operowanego, pomylenie pacjenta, pomylenie strony operowanej u pacjenta, wykonanie nieprawidłowej procedury. Pacjenci, którzy ucierpieli w wyniku *never events*, byli najczęściej w wieku między 40 a 49 lat. Ta sama grupa wiekowa wśród chirurgów była odpowiedzialna za ponad 1/3 popełnionych zdarzeń. Chirurdzy w wieku ponad 60 lat odpowiadali za 14,4% zdarzeń [85]. Doświadczenie chirurga jest bezpośrednio powiązane z występowaniem zdarzeń niepożądanych [86]. Warto także dodać, że lekarze mają wyższy współczynnik wypalenia zawodowego i mniejszą satysfakcję z wykonywanej pracy niż ludzie poza środowiskiem medycznym [87], a ciężka praca chirurga z pewnością jest elementem, który sprzyja temu stwierdzeniu. W badaniu przeprowadzonym w USA w 2008 roku 9% chirurgów przyznało, że w ciągu ostatnich 3 miesięcy popełniło błąd medyczny. Większość amerykańskich chirurgów wiązała niepowodzenia ze swoimi umiejętnościami, a nie z brakami organizacyjnymi systemu opieki zdrowotnej. To przyczyniało się do pogłębienia wypalenia zawodowego [88]. Amerykańskie badania sugerują, że aby ograniczyć liczbę błędów medycznych, należy podnieść komfort pracy lekarzy oraz ich poczucie bezpieczeństwa [89]. W obecnych rozważaniach nie możemy również pominąć chorych, którzy są poszkodowani z powodu zdarzeń

niepożądanych. W pracy zaobserwowano, że więcej opiniowanych spraw dotyczyło mężczyzn, jednak statystycznie większą liczbą błędów były dotknięte kobiety. Większość opiniowanych spraw dotyczy pacjentów po 50. roku życia. Istotnie wraz z wiekiem pacjenta wzrasta częstotliwość popełniania błędów [90]. Najczęściej w literaturze znajduje się informacje, że pacjent, który jest narażony na zdarzenie niepożądane, to przede wszystkim osoba starsza ze złożonym problemem chorobowym, zaopatrywana w trybie nagłym i poddawana procedurom (najczęściej zabiegowym) ratującym życie [91]. S. Brownlee i współautorzy twierdzą, że pacjenci hospitalizowani w ciągu 90 dni przed planową operacją są narażeni na zwiększone ryzyko zdarzeń niepożądanych po operacji, szczególnie powikłań pooperacyjnych [92]. Niektórzy autorzy uważają, że choroba nowotworowa i w mniejszym stopniu cukrzyca są czynnikami zwiększającymi możliwość wystąpienia zdarzenia niepożądanego u operowanych pacjentów [93].

Na tym etapie rozważań warto zadać sobie pytanie, dlaczego tak naprawdę tyle miejsca w literaturze poświęca się błędom medycznym i zdarzeniom niepożądanym. Znaczącym wydarzeniem było ukazanie się na przełomie XX i XXI wieku raportu Institute of Medicine „To Err Is Human”. Eksperti w amerykańskim raporcie z 2000 roku oszacowali, że każdego roku 98 tysięcy pacjentów ponosi śmierć z powodu błędów medycznych, które miały miejsce w szpitalach. Mniej osób umiera łącznie z powodu wypadków samochodowych, raka piersi oraz AIDS [63]. Ocenia się, że całkowity koszt mierzalnych błędów medycznych w Stanach Zjednoczonych wyniósł w 2008 roku 17,1 miliarda dolarów, co stanowiło 0,72% kwoty wydanej na system opieki zdrowotnej. Należy jednak dodać, że autorzy publikacji do grupy błędów włączyli między innymi takie zdarzenia, jak powstanie odleżyn, zakażenia i krwawienia pooperacyjne oraz zespół polaminektomijny [94]. Według brytyjskiego raportu Narodowego Urzędu Kontroli z 2005 roku ponad milion osób każdego dnia korzysta z brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej (NHS – National Health Service). Ministerstwo zdrowia utrzymuje, że co dziesiąty pacjent przyjmowany do szpitala doznaje niezamierzonego uszczerbku na zdrowiu. Jest to wartość podobna do innych systemów w rozwiniętych krajach. Połowy z tych zdarzeń można by było uniknąć, gdyby uczono się na poprzednio popełnianych błędach. Najczęstszymi niekorzystnymi zdarzeniami były m.in. urazy po upadkach w szpitalach, błędy medyczne, zdarzenia związane z niewłaściwym użyciem sprzętu, błędnie sporządzana dokumentacja. Niekorzystne zdarzenia kosztują NHS rocznie ponad 3 miliardy funtów, nie wliczając w to rekompensat wynikłych z procesów sądowych [95].

W 2009 roku NFZ odnotował w Polsce ponad 8,3 miliona hospitalizacji. Skoro statystycznie błąd medyczny popełniany jest w co 10 hospitalizacji, to znaczy, że rocznie w Polsce występuje około 800 tysięcy błędów medycznych [38]. Jak ważny jest problem bezpieczeństwa pacjenta, świadczy fakt, że w maju 2019 roku Światowa Organizacja Zdrowia ustanowiła dzień 17 września Światowym Dniem Bezpieczeństwa Pacjenta. Organizacja szacuje, że roczny koszt błędów medycznych to

42 miliardy dolarów [96]. Jeśli weźmiemy pod uwagę opinię mieszkańców krajów członkowskich Unii Europejskiej, to w badaniu Eurobarometr 2010 prawie połowie respondentów wydawało się, że mogli być poszkodowani przez system opieki zdrowotnej. Ponad 25% ludzi twierdziło, że oni bądź członkowie ich rodzin doświadczyli zdarzeń niepożądanych. Co ciekawe, u 17% ankietowanych, którzy byli operowani, nigdy nie uzyskano pisemnej zgody na operację [97]. Mówiąc o błędach i zdarzeniach niepożądanych, należy wspomnieć, że z badań przeprowadzonych w Australii w latach 90. („Quality in Australian Health Care Study”) wynika, że połowa ogólnie pojętych zdarzeń niepożądanych w szpitalach dotyczyła pacjentów operowanych [98].

Wielu organizatorów służby zdrowia, lekarzy i pacjentów zadaje sobie pytanie, jak zminimalizować liczbę ogólnie pojętych zdarzeń niepożądanych. Ponad 20 lat temu R.M. Wilson i współautorzy twierdzili, że więcej niż połowie zdarzeń niepożądanych można zapobiec, a w przypadku tych, których nie da się uniknąć, należy dążyć do zmniejszenia ich niekorzystnego wpływu na zdrowie pacjenta [91]. Czasami gotowe rozwiązania są na wyciągnięcie ręki. Bardzo trafnie opisuje to zjawisko M. Syed w książce „Metoda czarnej skrzynki”, gdzie sugeruje, by ochrona zdrowia wzorowała się na prawach panujących w lotnictwie. Podaje, że wypadek współcześnie skonstruowanego samolotu zdarza się rzadziej niż na 2 miliony lotów. W przypadku wypadku powoływane są komisje śledcze, które są niezależne i mają na celu zbadać przyczynę wypadku, a nie wskazać winnego. Do raportów tych komisji ma dostęp każdy pilot na świecie, a kluczowe rozwiązania są niezwłocznie wprowadzane do systemów lotniczych. Należy również wspomnieć, że pilotowi, który zgłasza zdarzenie niepożądane, przysługuje immunitet. Trafnym podsumowaniem historii sukcesu lotnictwa są słowa pilota Sullenbergera, które wypowiedział kilka miesięcy po lądowaniu na rzece Hudson: „Cała wiedza, jaką dysponujemy w lotnictwie, wszystkie punkty regulaminu, wszystkie procedury, które stosujemy, wzięły się stąd, że ktoś kiedyś gdzieś zginął (...) Odebraliśmy olbrzymim kosztem, dosłownie okupiliśmy krwią lekcje, które musimy zachować dla przyszłych pokoleń w postaci fachowej wiedzy. Nie możemy sobie pozwolić na moralną porażkę, którą byłoby zapomnieć to wszystko i uczyć się tego od nowa” [99]. Raportowanie zdarzeń niepożądanych jest kluczowym elementem w walce z niedoskonałościami ludzkimi oraz systemu służby zdrowia. Powszechność dokumentacji elektronicznej może sprawić, że narzędzia wykrywające zdarzenia niepożądane będą bardziej dostępne. W pełni z informatyzowany szpital jest w stanie w dość krótkim czasie wygenerować ogromną liczbę raportów i narzędzi, które mogą służyć poprawie bezpieczeństwa pacjentów [100, 101]. Pewne raporty mogą być wygenerowane automatycznie, jednak podstawą dobrego systemu jest samoświadomość personelu medycznego oraz chęć zgłaszania zdarzeń niepożądanych, a nie strach przed ich zgłaszaniem. Umiejętność efektywnego ujawniania zdarzeń niepożądanych to bardzo istotna cecha chirurga [102]. W jednym z badań przeprowadzonych w 2016 roku w Bostonie poproszono chirurgów, by po operacji zgłaszali do Instytutu Medycyny zdarzenia niepożądane. Okazało się, że po analizie protokołów operacyjnych przez badaczy chirurgów

zgłosili jedynie co trzecie zdarzenie niepożądane [103]. W Europie problem ten również jest dostrzegany. S. Güldner i współautorzy opowiadają się za systematyczną zmianą w kulturze bezpieczeństwa, w której błędy nie są postrzegane jako pojedyncze awarie, ale jako punkty końcowe kolejnych zdarzeń, w których znajomość podstawowych mechanizmów może poprawić bezpieczeństwo pacjenta [104]. Niektórzy autorzy proponują wprowadzenie listy kontrolnych błędów medycznych opierających się na samoocenie personelu [105]. W dziedzinach zabiegowych istotne powinno być wykazywanie zdarzeń niepożądanych w czasie interwencji chirurgicznych, co mogłoby pomóc w analizowaniu grup ryzyka wśród pacjentów [106]. Ponadto nieoobojętna jest organizacja pracy na bloku operacyjnym oraz współpraca między personelem. Problemy ze sprzętem w czasie operacji mogą spowodować roztargnienie chirurga i przedłużanie wykonywanych operacji [107]. Na poprawę bezpieczeństwa w tym względzie wpływ mają też rodziny chorych. Często to one zgłaszają błędy medyczne bądź zdarzenia niepożądane, ale wiele z tych zgłoszeń nie jest odnotowanych w dokumentacji medycznej. Rodziny są niedocenionym źródłem danych, które powinno się wykorzystać w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów [108]. Jednym z często poruszanych problemów w literaturze jest problem błędów związanych z użyciem leków, ponieważ są one powszechne i można im w większości przypadków zapobiec. Z tego powodu D.W. Bates i współautorzy badań przeanalizowali niekorzystne zdarzenia związane z podażą leków w szpitalach w Bostonie w latach 90. ubiegłego stulecia. W badaniach 1% zdarzeń związanych z leczeniem farmakologicznym zakończył się śmiercią chorych, a 12% zdarzeń zagrażało ich życiu. Prawie połowy poważnych błędów można było uniknąć. Ponad połowa popełnianych błędów wiązała się ze zlecaniem leków, a co trzecie niekorzystne zdarzenie wystąpiło na etapie podawania leku [109]. Warto nadmienić, że w jednym z badań czerpiących informacje z brytyjskiego uniwersyteckiego szpitala niekorzystne zdarzenia związane z zastosowaniem leków wśród pacjentów pediatrycznych zdarzały się 7 razy częściej na oddziale intensywnej opieki medycznej niż na innych oddziałach [110], a przecież karty zleceń i dokumentacja medyczna na OIOM-ie są bardziej rozbudowane i poświęca się im więcej czasu.

Trzeba zaznaczyć, że od czasu amerykańskiego raportu Instytutu Medycyny „To Err is Human” większość programów naprawczych została poświęcona leczeniu zamkniętemu [111]. Zbieranie danych z leczenia ambulatoryjnego i następnie wyciąganie wniosków zdaje się być jeszcze bardziej problematyczne. Podsumowując, powinno się wprowadzić strategię mającą na celu zminimalizowanie zgonów z powodu błędów medycznych, która powinna opierać się na 3 filarach: wykreowaniu środowiska, w którym błędy są bardziej widoczne, co umożliwi wychwycenie ich i zapobiegnie wystąpieniu negatywnych skutków; nauczaniu właściwego postępowania w przypadku wystąpienia błędu; zmniejszeniu częstotliwości wystąpienia błędów poprzez podniesienie świadomości personelu, co do możliwości ich wystąpienia. System przepływu danych powinien być narodowy oraz międzypaństwowy [112].

Wnioski

Zgromadzony materiał badawczy wraz z analizą materiałów źródłowych pozwolił na sformułowanie następujących wniosków:

1. W analizowanym materiale orzeczono dwa razy więcej niepowodzeń medycznych niż błędów lekarskich. W sprawach, w których nie stwierdzono błędu, powikłania stanowiły nieco więcej niż połowę przypadków.
2. Zdecydowana większość spraw analizowanych przez biegłych sądowych dotyczyła trybu ostrodyżurowego, a przypadki uznania błędu lekarskiego były głównie związane z przyjęciami w trybie pilnym.
3. Wśród leczonych na oddziałach zabiegowych postępowania dotyczyły w przeważającej większości chorych poddanych leczeniu operacyjnemu, a odsetek orzeczeń o błędzie lekarskim dotyczył prawie co trzeciej sprawy.
4. Liczba postępowań sądowo-lekarskich jest proporcjonalna do liczby szpitali powiatowych vs klinicznych, w których stwierdza się z kolei najwięcej błędów lekarskich. Szpitalne oddziały zabiegowe są obciążone większym ryzykiem postępowania sądowo-lekarskiego w stosunku do izb przyjęć czy oddziałów ratunkowych.
5. Błędy diagnostyczne są najczęściej stwierdzanymi błędami i dotyczą ponad połowy analizowanych spraw.
6. W czasie 10 lat nie zaobserwowano zmiany trendu spraw dotyczących operacji laparoskopowych. Przeważająca liczba zabiegów tą techniką dotyczyła cholecystektomii, a najczęstszym powikłaniem było uszkodzenie dróg żółciowych. Nieprawidłowa kwalifikacja do operacji techniką laparoskopową jest najczęstszym błędem lekarskim.
7. W analizowanych pięcioleciach chronologicznie zaobserwowano niewielki spadek liczby stwierdzonych błędów lekarskich, zaś w obu okresach najczęściej orzekano błąd diagnostyczny i związany z nim błąd diagnostyczno-terapeutyczny.

Streszczenie

Słowa kluczowe: błąd medyczny, niepowodzenie medyczne, zdarzenie niepożądane, medical malpractice, medical failure, adverse event

Błąd medyczny jest nieodzownym elementem leczenia. Lekarze są ludźmi, którzy popełniają błędy, a z drugiej strony poziom złożoności jednostek chorobowych oraz skomplikowana organizacja pracy w systemie ochrony zdrowia nie sprzyja byciu nieomylnym. O randze problemu świadczy cierpienie pacjentów i ich rodzin, ale także ogromne koszty finansowe wynikające z popełnianych błędów. Problematyka błędu medycznego jest niezwykle skomplikowana. Między prawnikami a lekarzami (także wewnątrz tych środowisk) trudno o osiągnięcie porozumienia i wypracowanie wspólnych przejrzystych definicji i klasyfikacji błędu medycznego. W literaturze coraz częściej zamiast pojęcia błędu używa się pojęcia zdarzenia niepożądanego, którego celem jest poszukiwanie rozwiązań problemów, by niekorzystne zdarzenia więcej się nie powtarzały.

Głównym celem dysertacji była analiza błędów i niepowodzeń medycznych w dziedzinie chirurgii ogólnej na podstawie spraw opiniowanych przez biegłych sądowych Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 2005–2009 oraz 2014–2018.

Materiał empiryczny był analizowany w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Procedura badawcza polegała na szczegółowej analizie 12 522 opinii sądowo-lekarskich z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu sporządzanych najczęściej na zlecenie prokuratury bądź policji. Spośród tych wszystkich opinii wyselekcjonowano 240, które dotyczyły spraw z zakresu chirurgii ogólnej. Umniejszono je o opinie uzupełniające, otrzymując 172 opinie podstawowe, które stanowiły 172 sprawy poddane szczegółowej analizie i statystyce. Opinie uzupełniające nie zmieniały sensu opinii podstawowych, stanowiły jedynie dopowiedzenie brakujących szczegółów w sprawie. Sprawy te były opiniowane w latach 2005–2009 oraz 2014–2018. Analiza tych pięcioleci pozwoliła na przedstawienie aktualnych danych oraz porównanie zjawisk w chirurgii ogólnej z dwóch dekad XXI wieku.

W pracy przy porównaniu pięcioleci 2005–2009 oraz 2014–2018 dostrzeżono, że liczba opiniowanych spraw różniła się nieznacznie. W pierwszym okresie poddano analizie 88 opinii podstawowych, a w późniejszym – 84 opinie.

Głównym organem zlecającym wydanie opinii biegłym lekarzom sądowym Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu była prokuratura, która w obydwu okresach prowadziła postępowanie w ponad 70% spraw. Biorąc pod uwagę liczbę zleczanych biegłym sądowym spraw, drugim organem zlecającym były wydziały sądów cywilnych.

Z analizy wynika, że dominującą jednostką, której dotyczyły opinie biegłych sądowych, są szpitale powiatowe, co stanowiło 35,6% spraw. Szpitale wojewódzkie (17,5%), kliniczne (16,9%) oraz rejonowe (15,8%) były opiniowane z podobną częstotliwością. 7,9% opinii dotyczyło szpitali miejskich. Sprawy dotyczące pracowni endoskopowych ambulatoryjnych były sprawami pojedynczymi. Ogółem w 172 analizowanych sprawach orzeczono o błędzie medycznym w co trzeciej (33,1%) opiniowanej sprawie: w latach 2005-2009 stwierdzono 32 błędy (36,4%), a w latach 2014-2018 – 25 błędów (29,8%).

Błąd lekarski sumarycznie stwierdzono w 33,1% opiniowanych spraw. W drugim analizowanym pięcioleciu stwierdzono o 6,6% rzadsze występowanie błędu oraz o 20,1% rzadsze występowanie powikłań w postępowaniu lekarskim.

Najczęściej stwierdzono błędy w szpitalach klinicznych – 13 (w 43,3% spraw w tych szpitalach); w szpitalach powiatowych stwierdzono 23 błędy (36,5%), w wojewódzkich 8 błędów (25,8%), w rejonowych 7 (25%), w miejskich 3 (21,4%).

Analizowane sprawy dotyczyły w większości (123 – 71,5%) pomocy udzielanej w systemie ostrodyżurowym (nagłym). Dominowały sprawy związane z leczeniem operacyjnym (65,7%), wśród których w co trzecim przypadku orzeczono o błędzie (29,2%).

Opiniowane sprawy częściej dotyczyły mężczyzn niż kobiet (53,5 vs. 46,5%), jednak to kobiety częściej były ofiarami błędów medycznych (38,8 vs. 28,3%). Najwięcej opinii dotyczyło chorych po 50. r.ż.

W obu analizowanych okresach najczęstszym błędem był błąd diagnostyczny, który stwierdzono w 34 sprawach (59,7%). Drugim co do częstości występowania był błąd diagnostyczno-terapeutyczny (17,5%); na trzecim miejscu był błąd terapeutyczny (12,3%); błąd organizacyjny stwierdzono tylko w 2 przypadkach (3,5%).

W badanych dwóch pięcioleciach liczba spraw związanych z techniką laparoskopową różniła się nieznacznie (8 vs 7). W związku z tym, że przeważająca liczba spośród operacji laparoskopowych dotyczyła cholecystektomii (11–73,3%), najczęstszym powikłaniem (40%) było uszkodzenie dróg żółciowych, które polegało przeważnie na bezpośrednim uszkodzeniu narzędziem bądź częściowym wycięciu przewodu żółciowego wspólnego i zaklipsowaniu tej struktury w czasie operacji. Najczęstszym błędem lekarskim była nieprawidłowa kwalifikacja do operacji techniką laparoskopową.

Reasumując, można stwierdzić, że w co trzecim przypadku potwierdzają się przypuszczenia prokuratury czy rodzin pacjentów co do popełnienia błędu medycznego. Nie zmienia to faktu, że błędy medyczne, a ogólnie ujmując – zdarzenia niepożądane, stanowią poważny problem systemów opieki zdrowotnej, godny wysiłków i wysokich nakładów finansowych, by zmniejszyć jego skalę. Ważna jest zmiana sposobu myślenia pacjentów, prawników, lekarzy i polityków, żeby podejmować działania mające na celu nie szukanie winnych zaistniałych sytuacji, lecz analizowanie problemów, które to wspólnym wysiłkiem mogłyby być rozwiązywane i w przyszłości niepowtarzane.

Summary

Medical malpractice and failure in general surgery based on material from the Department of Forensic Medicine in Poznań

Keywords: medical malpractice, medical failure, adverse event

Medical malpractice is an undeniable element of treatment. The fact that doctors are only people who may make mistakes, and given the level of complexity of diseases and the complex organisation of work within the healthcare system, it is not surprising that medical treatment is infallible. The seriousness of the problem is noted in the suffering of patients and their families, as well as in the huge financial costs resulting from the committed errors. The problem of medical malpractice is extremely complicated. Lawyers and doctors have difficulty in reaching an agreement (inside the two professions as well) and in developing common, clear definitions and classifications of medical malpractice. The concept of malpractice in literature is increasingly and frequently replaced by that of an adverse event, the purpose of which is to look for solutions to problems so that adverse events do not recur.

The main objective of this dissertation was to analyse medical malpractice and failures in the field of general surgery based on cases reviewed by court experts at the Department of Forensic Medicine in Poznań in 2005–2009 and 2014–2018.

The empirical material has been collected in the Department and Institute of Forensic Medicine at the Poznań University of Medical Sciences. The academic procedure consisted of a detailed analysis of 12,522 forensic and medical opinions from the Department and Institute of Forensic Medicine in Poznań, most often prepared at the request of the prosecutor's office or at the request of the police. Out of all of these opinions, we have selected 240 that concerned cases in the field of general surgery. These were reduced by supplementary opinions, which resulted in 172 basic opinions that constituted 172 cases subjected to detailed analysis and statistics. The supplementary opinions did not change the sense of the basic opinions; they merely supplemented missing details in a case. These cases were reviewed for the years 2005–2009 and 2014–2018. The analysis of these five-year spans allowed for the presentation of current data and the comparison of phenomena in general surgery from the two decades of the 21st century.

The comparison of the five-year periods 2005–2009 and 2014–2018 revealed that the number of reviewed cases varied slightly. In the first period, 88 basic opinions were analysed, and later, 84 opinions.

The main authority commissioning the issuance of an opinion from expert court physicians from the Department and Institute of Forensic Medicine in Poznań was the prosecutor's office, which in both periods conducted proceedings in over 70% of cases. As for the number of cases commissioned to court experts, the second commissioning authority was the Department of Civil Courts.

The analysis indicates that the dominant units whose cases were the subject of expert opinions were powiat (county) hospitals, which accounted for 35.6% of cases. Regional (17.5%), clinical (16.9%), and district (15.8%) hospitals were reviewed with similar frequency; 7.9% of reviews concerned city hospitals. Cases related to outpatient endoscopic laboratories were individual cases. In total, 172 cases were found to have a medical error in one third (33.1%) of the reviewed cases: 32 errors (36.4%) were found during the years of 2005–2009, and 25 errors (29.8%) were found during the years of 2014–2018.

Medical error was found in 33.1% of the reviewed cases. In the second analysed five-year period, 2014–2018, the incidence of error was 6.6% lower, and the incidence of complications in medical procedures was 20.1% lower.

The most frequent errors were found in clinical hospitals; 13 errors (in 43.3% of cases in these hospitals); 23 errors (36.5%) were found in powiat hospitals, 8 errors were found in (25.8%) in regional hospitals, 7 (25%) in district hospitals, and 3 (21.4%) in municipal hospitals.

The analysed cases concerned mostly (123 cases, 71.5%), which occurred from assistance provided in the emergency (open) system. Surgical treatment cases dominated (65.7%), of which every third case was found to involve an error (29.2%).

The cases in question concerned men more often than women (53.5 versus 46.5%), but women were more often victims of medical errors (38.8 versus 28.3%). The majority of opinions concerned patients over 50 years of age.

In both of the analysed periods, the most common type of malpractice was a diagnostic error, which was found in 34 cases (59.7%). The second most common type of malpractice was diagnostic and therapeutic error (17.5%); therapeutic error was in third place (12.3%), and organizational error was found only in 2 cases (3.5%).

In the two quarters studied, the number of cases related to laparoscopic techniques differed slightly (8 versus 7). Due to the fact that the majority of laparoscopic surgeries concerned cholecystectomy (11–73.3%), the most common complication (40%) was bile duct damage, which consisted mainly of direct injury caused by the tool, or partial excision of the common bile duct covering this structure during surgery. The most common medical error was incorrect qualification for laparoscopic surgery.

In summary, it can be stated that in every third case, the assumptions of the prosecutor's office or patient's families as to the occurrence of medical malpractice was confirmed. It does not change the fact that medical malpractice and adverse events in general, are a serious problem within healthcare systems and worthy of efforts and high financial contributions to reduce their occurrence. It is important to change the way the patients, lawyers, doctors, and politicians think in order to take action aimed at not only identifying those guilty of the situation, but also analysing problems that with common effort could be resolved and prevented from occurring in the future.

Piśmiennictwo

- [1] Stępień M. *Kodeks Hammurabiego*. Warszawa: Alfa, 1996.
- [2] Wesoły M. *Hippokrates, Wybór pism*. Warszawa: Prószyński i S-ka, 2008; 54–55.
- [3] Marek Z. *Błąd medyczny*. 2nd ed. Kraków: Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, 2007.
- [4] Szumowski W. *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. Warszawa: Sanmedia, 1994; 41.
- [5] Brzeziński T. *Historia Medycyny*. Warszawa: PZWL, 2004; 26–80.
- [6] Nawrocki M. Błąd - ujęcie interdyscyplinarne. *Acta Iuris Stetin* 1 21 2018; 195–212.
- [7] Zieliński P. Kilka słów o pojęciu oraz rodzajach błędu medycznego. *Med Wokanda* 2016; 8: 181–195.
- [8] Orzeczenie SN z dnia 8 grudnia 1953 r., sygn. II K 811/53.
- [9] Dąbek A. Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa. *Acta Univ Lodz Folia Iurid* 2016; 77: 73–90.
- [10] Popielski B. *Medycyna i Prawo*. Warszawa: PZWL, 1968.
- [11] Liszewska A. *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. 1st ed. Kraków: Zakamycze, 1998; 28
- [12] Tołłoczko T. Błąd lekarza. Spojrzenie klinicysty. *Prawo Med* 2000; 5: 49.
- [13] Nesterowicz M. *Prawo Medyczne*. 7th ed. Toruń: Dom Organizatora TNOiK, 2005; 155–161
- [14] Orzeczenie SN z dnia 1 kwietnia 1955 r., sygn. IV CR 39/54, OSNCK 1957, nr 1, poz. 7.
- [15] Wolińska M. Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej. *Prokur Prawo* 2013; 30–35.
- [16] Fiutak A. Klasyfikacja błędów medycznych. *Med Rodz* 2010; 2: 50–55.
- [17] Kis-Wojciechowska M, Przybylski Z. Błąd medyczny. *Homines Hominibus* 2011; 7: 127–141.
- [18] Czapracka A, Marcinkowski JT, Kaczmarek T. Odpowiedzialność prawna i moralna lekarzy i lekarzy stomatologów z tytułu błędów medycznych. *Orzeczn Lek* 2008; 5: 53–57.
- [19] Podciechowski L, Królikowska A, Hincz P, et al. Organizacyjny błąd medyczny. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2009; 2: 288–292.
- [20] Korytkowska D. Pojęcie błędu medycznego, zdarzenia niepożądanego i choroby jatrogennej – rozważania terminologiczne. *Acta Univ Lodz Folia Oeconomica* 296 2013; 55–69.
- [21] Sadowska M. Medical errors and their consequences for human life and health. *Stud Iurid Toruniensia* 2018; 22: 321–336.

- [22] Sadowska M. Zaniedbania podczas badania podmiotowego jako przesłanka odpowiedzialności za błąd diagnostyczny. *Stud Iurid Toruniensia* 2018; XXIII: 271–290.
- [23] Filar M. *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*. Warszawa: Lexis Nexis Polska, 2005; 145–147.
- [24] Bączyk-Rozwadowska K. Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa sądowego. *Prawo Med* 2008; 3: 26–45.
- [25] Białkowski M. Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego. *Przegląd Praw Uniw Im Adama Mickiewicza* 2013; 2: 57–70.
- [26] Rejman G. *Odpowiedzialność karna lekarza*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, 1991; 195–198.
- [27] Malicki A, Malicka-Ochtera A. Odpowiedzialność karna kierownika zespołu operacyjnego w przypadku pozostawienia ciała obcego w polu zabiegu. *Med Wokanda* 2017; 9: 63–72.
- [28] Bachera E., Smółka B. Salus aegroti suprema lex esto – rozważania nad granicami błędu lekarskiego. *Lub Zesz Prawnicze* 2015; 1: 5–16.
- [29] Drobnik J, Susło R, Trnka J. Błąd organizacyjny jako wynik braku optymalizacji funkcjonowania placówek opieki medycznej. *Fam Med Prim Care Rev* 2009; 11: 287–289.
- [30] Chowaniec C, Jabłoński C, Kobek M, et al. Narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jako konsekwencja błędu organizacyjnego – analiza przypadku. *Arch Med Sądowej Kryminol* 2007; 57: 78–80.
- [31] Wąsik N. Bezpieczeństwo użytkowania wyrobu medycznego a odpowiedzialność karna za błąd organizacyjny w leczeniu pacjenta – studium przypadku. *Stud Prawnoustr* 2017; 69–88.
- [32] Żaba C, Żaba Z, Świdorski P, et al. Błąd diagnostyczny i organizacyjny w obrażeniach głowy. *Arch Med Sądowej Kryminol* 2009; 59: 259–262.
- [33] Susło R, Trnka J, Drobnik J, et al. Sposób sporządzania dokumentów medycznych jako przyczyna błędu opiniodawczego. *Fam Med Prim Care Rev* 2009; 11: 506–508.
- [34] Barzdo M, Meissner E, Jurczyk AP, et al. Błędy opiniodawcze w medycynie sądowej. *Arch Med Sądowej Kryminol* 2010; 60: 151–155.
- [35] Chowaniec C, Chowaniec M, Nowak A. Nieprawidłowości w opiniowaniu sądowo-lekarskim dotyczącym kwalifikacji obrażeń ciała i rozstroju zdrowia przez biegłych lekarzy nie będących medykami sądowymi. *Arch Med Sądowej Kryminol* 2005; 55: 257–260.
- [36] Żaba C, Żaba Z, Marcinkowski JT, et al. Przediagnozowanie w rozpoznawaniu obrażeń czaszkowo-mózgowych jako błąd diagnostyczny. *Arch Med Sądowej Kryminol* 2007; 57: 134–137.
- [37] Marek Z. Niepowodzenie lecznicze. *Prawo Med* 2000; 8: 140–144.

- [38] Kaczmarek T, Marcinkowski JT. Odszkodowania za niepowodzenia lecznicze. *Orzecznictwo Lekarskie* 2011; 8: 79–90.
- [39] Chowaniec M, Chowaniec C, Jabłoński C, et al. Sądowo-lekarska ocena wybranych przypadków komplikacji okołoporodowych zakończonych zgonem położnic. Błąd medyczny czy niepowodzenie lecznicze? *Arch Med Sądowej Kryminol* 2005; 55: 115–119.
- [40] Cranovsky R. O niedoskonałości naszych poczynań, czyli o tzw. błędach medycznych – wprowadzenie. *Med Prakt*; 1.
- [41] Pokorski J, Pokorska J. Zdarzenia niepożądane w systemie opieki zdrowotnej. Czynniki ergonomiczne. *Mag Pielęgniarki Oper*; 1(18): 10–15.
- [42] Ustawa z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417.
- [43] Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. Dz. U. 2011 Nr 113.
- [44] Krzych Ł, Ratajczyk D. Wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych – ocena 16-miesięcznej działalności. In: *Ann. Acad. Med. Siles.* 2014, pp. 207–217.
- [45] Jarocho A. Postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. *Stud Prawa Publicznego* 2013; 1: 29–52.
- [46] Wyrok SA w Szczecinie z dnia 12 kwietnia 2017 r. I ACa 6/17.
- [47] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553).
- [48] Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich. Dz. U. z 2016 r. poz. 522 z późn. zm.
- [49] Zielińska E. *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*. 1st ed. Warszawa: Liber, 2001; 155–156.
- [50] Potulski J, Boratyńska K, Wojtal W. *Lekarz a postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej i karnej: wybrane zagadnienia*. Cegedim, 2010.
- [51] M.Filar. *Lekarskie Prawo Karne*. 1st ed. Kraków: Zakamycze, 2000.
- [52] Kędziora R. *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*. Wolters Kluwer, 2009.
- [53] Żaba C. *Wybrane zagadnienia z medycyny sądowej*. Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 2014; 244–272.
- [54] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Dz. U. 1964 Nr 16 poz. 93.
- [55] Nowak W. Zakres odpowiedzialności pracowniczej i etycznej lekarza. *Stud Ekon* 2014; 124–131.

- [56] Kodeks Etyki Lekarskiej z dnia 2 stycznia 2004 r. tekst jednolity, zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy. Warszawa, NRL, 2004.
- [57] Krawiec A. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarza. *Ekon Prawo* 2016; 25–39.
- [58] Morawski A, Steciwko A, Żórawska J, et al. Problemy etyczno-prawne błędu medycznego w praktyce lekarza rodzinnego-odpowiedzialność karna, cywilna i zawodowa. *Acta Univ Lodz; Folia Sociologica* 30, 2003.
- [59] Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043, 1495.
- [60] Wieczorek E. Odpowiedzialność cywilnoprawna względem pacjenta za błąd w sztuce medycznej. *Wydaw Wyższej Szk Zarządzania* 2017; 290–298.
- [61] Huras-Darkowska A, Rej-Kietla A, Przybyłek E. Odpowiedzialność prawna lekarza za szkody medyczne w ramach zatrudnienia na podstawie umowy o pracę. *Probl Nauk Prawnych* 2018; 7: 13–23.
- [62] Szmidt J, Gruca Z, Krawczyk M, et al. *Podstawy Chirurgii*. II. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2009; 718.
- [63] Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. *To err is human: building a safer health system*. Washington: National academy press Washington, DC, 2000.
- [64] Kaufmann M. Medical error: the human perspective. *Ont Med Rev* 2002; 50–1.
- [65] Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. *Can J Surg* 2005; 48: 39–44.
- [66] Boyle D, O’Connell D, Platt FW, et al. Disclosing errors and adverse events in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2006; 34: 1532–1537.
- [67] Smorti A, Cappelli F, Zarantonello R, et al. Medical error and systems of signaling: conceptual and linguistic definition. *Intern Emerg Med* 2014; 9: 681–688.
- [68] Agbabiaka TB, Lietz M, Mira JJ, et al. A literature-based economic evaluation of healthcare preventable adverse events in Europe. *Int J Qual Health Care* 2017; 29: 9–18.
- [69] Olivere LA, Sudan R. A Taxonomy of Errors: Adverse Events and Near Miss Analysis in Bariatric Surgery. In: *Quality in Obesity Treatment*. Springer, 2019, pp. 283–293.
- [70] Cuschieri A. Medical errors, incidents, accidents and violations. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2003; 12: 111–120.
- [71] Elder NC, Dovey SM. Classification of medical errors and preventable adverse events in primary care: a synthesis of the literature. *J Fam Pract* 2002; 51: 927–932.
- [72] La Pietra L, Calligaris L, Molendini L, et al. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005; 25: 339–346.

- [73] Aronson JK. Medication errors: definitions and classification. *Br J Clin Pharmacol* 2009; 67: 599–604.
- [74] Kwietniewski W. *Błąd medyczny w Klinice Chirurgii w oparciu o analizę opinii sądowo-lekarskich*. Rozprawa Doktorska, Uniwersytet Medyczny w Warszawie, 2012.
- [75] Schiff GD, Puopolo AL, Huben-Kearney A, et al. Primary care closed claims experience of Massachusetts malpractice insurers. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 2063–2068.
- [76] Graber ML. The incidence of diagnostic error in medicine. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 21–27.
- [77] Singh H, Meyer AN, Thomas EJ. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 727–731.
- [78] Berner ES. Diagnostic Error in Medicine: Implications for Clinical Laboratory Scientists. *Ann Clin Lab Sci* 2017; 47: 649–656.
- [79] WHO | Technical Series on Safer Primary Care. WHO, http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/ (accessed 6 February 2020).
- [80] Singh H, Schiff GD, Graber ML, et al. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf* 2017; 26: 484–494.
- [81] Cassam Q. Diagnostic error, overconfidence and self-knowledge. *Palgrave Commun* 2017; 3: 1–8.
- [82] Weissman JS, Rothschild JM, Bendavid E, et al. Hospital workload and adverse events. *Med Care* 2007; 448–455.
- [83] Izadpanah F, Nikfar S, Imchek FB, et al. Assessment of Frequency and Causes of Medication Errors in Pediatrics and Emergency Wards of Teaching Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences (24 Hospitals). *J Med Life* 2018; 11: 299–305.
- [84] Aliabadi MM, Mohammadfam I, Soltanian AR, et al. Identification, assessment and control of errors in chemotherapy process. *Int J Occup Hyg* 2017; 9: 192–200.
- [85] Mehtsun WT, Ibrahim AM, Diener-West M, et al. Surgical never events in the United States. *Surgery* 2013; 153: 465–472.
- [86] Wojcik BM, Lee JM, Peponis T, et al. Do not blame the resident: The impact of surgeon and surgical trainee experience on the occurrence of intraoperative adverse events (iAEs) in abdominal surgery. *J Surg Educ* 2018; 75: 156–167.
- [87] Trockel M, Bohman B, Lesure E, et al. A brief instrument to assess both burnout and professional fulfillment in physicians: reliability and validity, including correlation with self-

- reported medical errors, in a sample of resident and practicing physicians. *Acad Psychiatry* 2018; 42: 11–24.
- [88] Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg* 2010; 251: 995–1000.
- [89] Tawfik DS, Profit J, Morgenthaler TI, et al. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors. In: *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2018, pp. 1571–1580.
- [90] Weingart SN. Epidemiology of medical error. *BMJ* 2000; 320: 774–777.
- [91] Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995; 163: 458–471.
- [92] Brownlee SA, Blackwell RH, Blanco BA, et al. Impact of post-hospital syndrome on outcomes following elective, ambulatory surgery. *Ann Surg* 2017; 266: 274–279.
- [93] Roy SB, Maria M, Wang T, et al. Predicting Adverse Events After Surgery. *Big Data Res* 2018; 13: 29–37.
- [94] Van Den Bos J, Rustagi K, Gray T, et al. The \$17.1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30: 596–603.
- [95] Terry A, Mottram C, Round J, et al. *A safer place for patients: Learning to improve patient safety*. London: Department of Health, 2005.
- [96] WHO | Patient safety. WHO, <http://www.who.int/patientsafety/en/> (accessed 8 February 2020).
- [97] Special EUROBAROMETER 72.2. Patient safety and quality of healthcare, https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_327_en.pdf (accessed 8 February 2020).
- [98] Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW, et al. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1999; 170: 411–415.
- [99] Syed M. *Metoda Czarnej Skrzynki*. Kraków: Insignis, 2017; 17–101.
- [100] Classen DC, Resar R, Griffin F, et al. ‘Global trigger tool’ shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured. *Health Aff (Millwood)* 2011; 30: 581–589.
- [101] Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB, et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N Engl J Med* 2010; 363: 2124–2134.
- [102] Newcomb AB, Liu C, Trickey AW, et al. Tell me straight: teaching residents to disclose adverse events in surgery. *J Surg Educ* 2018; 75: 178–191.

- [103] Peponis T, Baekgaard JS, Bohnen JD, et al. Are surgeons reluctant to accurately report intraoperative adverse events? A prospective study of 1,989 patients. *Surgery* 2018; 164: 525–529.
- [104] Güldner S, Mang H, Popp S, et al. Gedanken zur Fehler-und Sicherheitskultur in deutschen Notaufnahmen. *Notf Rettungsmedizin* 2011; 14: 351.
- [105] Tsiga E, Panagopoulou E, Montgomery A. Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach. *Burn Res* 2017; 1–8.
- [106] Millstone DB, Perruccio AV, Badley EM, et al. Factors associated with adverse events in inpatient elective spine, knee, and hip orthopaedic surgery. *JBJS* 2017; 99: 1365–1372.
- [107] van Delft EAK, Schepers T, Bonjer HJ, et al. Safety in the operating room during orthopedic trauma surgery—incidence of adverse events related to technical equipment and logistics. *Arch Orthop Trauma Surg* 2018; 138: 459–462.
- [108] Khan A, Furtak SL, Melvin P, et al. Parent-reported errors and adverse events in hospitalized children. *JAMA Pediatr* 2016; 170: e154608.
- [109] Bates DW, Cullen DJ, Laird N, et al. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: implications for prevention. *Jama* 1995; 274: 29–34.
- [110] Wilson DG, McCartney RG, Newcombe RG, et al. Medication errors in paediatric practice: insights from a continuous quality improvement approach. *Eur J Pediatr* 1998; 157: 769–774.
- [111] Linzer M, Poplau S, Brown R, et al. Do work condition interventions affect quality and errors in primary care? Results from the healthy work place study. *J Gen Intern Med* 2017; 32: 56–61.
- [112] Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj* 2016; 353: i2139.