

BŁĄD MEDYCZNY

Krzysztof Woźniak

Katedra Medycyny Sądowej

Uniwersytet Jagielloński

Collegium Medicum

Udzielenie tzw. świadczenia zdrowotnego a późniejszy stan pacjenta:

1. poprawa
2. taki sam stan, jak przed udzieleniem pomocy
3. pogorszenie aż do zgonu włącznie

Przypadki 2 i 3 wcale nie muszą oznaczać popełnienia wobec chorego błędu medycznego (jak i 1 wcale nie oznacza, że takiego błędu na pewno nie popełniono).

W przypadku wielu schorzeń zatrzymanie, albo też nawet spowolnienie postępu procesu patologicznego (choroby) może być uznawane za sukces terapeutyczny.

NIEPOWODZENIE DIAGNOSTYCZNE:

nawet przy użyciu wszelkich dostępnych współczesnych metod diagnostyki klinicznej istnieje możliwość, że rozpoznanie będzie niepełne (co nie oznacza od razu – błędne), przebieg schorzenia subkliniczny,

stąd też np. przypadki tzw. zgonów nagłych / nieoczekiwanych – osób pozornie zdrowych, u których patologiczne objawy wystąpiły w czasie mniejszym niż 1 godzina (24 godziny) przed zgonem

np. **nie ma możliwości kategorycznego stwierdzenia przyczyny zgonu na podstawie wyłącznie danych klinicznych** (musi to pozostawać w zakresie hipotez) – jedynie badanie pośmiertne, czyli sekcja zwłok wraz z badaniem materiału, zabezpieczonego podczas sekcji daje podstawy do ugruntowanych twierdzeń

NIEPOWODZENIE LECZNICZE:

pomimo prawidłowego, adekwatnego dla jednostek chorobowych leczenia może dojść do pogorszenia, ze zgonem włącznie

można przyjąć, że nawet przy stałej, sumiennej kontroli nad pacjentem choć jeden raz w jego życiu dojdzie do niepowodzenia terapeutycznego – bezpośrednio przed śmiercią

Należy także pamiętać o możliwych powikłaniach w związku z podawaniem leków – nie ma leków „bezpiecznych”, każdy daje ryzyko działań ubocznych / niepożądanych, albo też może stanowić tzw. hapten przy reakcjach nadwrażliwości chorego na dany lek (zależne od ustroju pacjenta).

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA WYSTĄPIENIE NIEPOWODZENIA LECZNICZEGO:

1. pierwotna ciężkość właściwa dla procesu chorobowego, np. zjadliwość zakażenia
2. wystąpienie powikłań, czyli nie zawsze towarzyszących, ale związanych z pierwotnym procesem chorobowym możliwych następstw konkretnego schorzenia
3. nieprawidłowej (obniżonej / podwyższonej - nadwrażliwość) reaktywności organizmu chorego na czynnik patologiczny, w tym obniżonej odporności

PRZYKŁAD:

PODSTAWOWA REGUŁA DOTYCZĄCA SKUTKÓW DZIAŁANIA URAZU NA USTRÓJ CZŁOWIEKA – EFEKT W POSTACI OBRAŻENIA ZALEŻY NIE TYLKO OD DZIAŁAJĄCEJ SIŁY / ENERGII URAZU, ALE I MIEJSCOWEJ OPORNOŚCI TKANEK NA URAZ

DEFINICJA BŁĘDU MEDYCZNEGO:

nieprawidłowe postępowanie, którego skutków można było uniknąć przy zachowaniu z w y k ł e j staranności, bez konieczności podejmowania działań nadzwyczajnych, w sytuacji kiedy był czas do namysłu.

LEKARZ POPEŁNIA WIĘC WOBEC PACJENTA BŁĄD MEDYCZNY W SYTUACJI, KIEDY NIE ZROBIŁ WSZYSTKIEGO CO MÓGŁ I POWINIEN BYŁ ZROBIĆ ZGODNIE Z AKTUALNĄ WIEDZĄ I PRAKTYKĄ MEDYCZNĄ

Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że w niektórych przypadkach może istnieć wielotorowość postępowania – niezgodne ze wskazaniami jednej „szkoły” postępowanie, zgodne z zasadami postępowania równorzędnej „szkoły” nie jest błędem (np. prowadzenie leczenia zachowawczego gdy inni preferują leczenie operacyjne)

Dla medyka sądowego jest oczywiste, że błędem medycznym może być zarówno niepoprawne działanie wobec pacjenta, jak i zaniechanie prawidłowych działań

PRAWIDŁOWE POSTĘPOWANIE LEKARSKIE:

1. Powinien uczynić wobec pacjenta „wszystko co może i powinien”,
działając rozważnie, z najwyższą starannością.
2. Podejmuje się leczenia tylko w zakresie posiadanych kwalifikacji,
z wyjątkiem stanów naglących.
3. Lekarz jest zobowiązany do:
 - posiadania aktualnej wiedzy
 - krytycznej oceny własnych kwalifikacji
 - podnoszenia własnych kwalifikacji

KLASYFIKACJA BŁĘDU MEDYCZNEGO wg ośrodka krakowskiego:

BŁĄD DECYZYJNY (zawierający w sobie „klasyczne” błędy diagnostyczny i terapeutyczny) – popełniany przez lekarzy nieprawidłowo diagnozujących i nieadekwatnie do stwierdzonego stanu klinicznego leczących chorych

WYKONAWCZY (niektórzy piszą o błędzie technicznym) – popełniany przez fachowego pracownika opieki zdrowotnej: lekarza, położną, pielęgniarkę, technika, nieprawidłowo realizujących decyzje

ORGANIZACYJNY dotyczy osób organizujących świadczenia zdrowotne, np. niewłaściwie planują obsadę dyżurów

OPINIODAWCZY wydawanie orzeczeń lekarskich i opinii niezgodne z zasadami wiedzy i doktryną opiniodawczą (w tym „opinie grzecznościowe”)

nie oznacza to, że w przypadku dwóch rozbieżnych opinii jedna jest błędna (np. kwalifikacja utraty jednego jądra – różnice w tej sprawie także w orzecznictwie SN i Sądów Apelacyjnych)

ZASADY OCENY POSTĘPOWANIA LEKARSKIEGO:

1. Zawsze oceniamy przypadek „**ex ante**”, a więc biorąc pod uwagę te dane, którymi lekarz mógł i powinien był dysponować podczas postępowania wobec chorego, a **nie** kompletem danych „**ex post**”, z podstawową informacją o niekorzystnym przebiegu przypadku, aż do zgonu

myślę, że zasada ta jest uniwersalną, dotyczy oceny każdego postępowania, nie tylko lekarskiego

2. Jeśli w ocenie biegłych doszło do popełnienia błędu:

– wykazujemy, na czym on polegał, jednocześnie wskazując, jak miało wyglądać prawidłowe postępowanie,

-oceniamy negatywny skutek dla zdrowia chorego i wykazujemy ewentualne istnienie związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy błędnym postępowaniem a tym skutkiem (może się okazać, że takiego związku nie ma, a jest tylko związek czasowy)

SĄD OCENIA ZAKRES WINY NIEUMYŚLNEJ

TEST WARUNKU KONIECZNEGO STOSOWANY W OPINIOWANIU SĄDOWO –
LEKARSKIM W CELU OKREŚLANIA SKUTKU BIOLOGICZNEGO DLA POTRZEB
POSTĘPOWANIA KARNEGO *conditio sine qua non*

1. wynik testu **dodatni**: bez działania / zaniechania nie byłoby takiego skutku - istnieje ewidentny związek przyczynowo – skutkowy
2. wynik testu **ujemny**: niezależnie od działania / zaniechania wystąpiłby taki sam skutek – brak związku przyczynowo – skutkowego, a jedynie czasowy
3. wynik testu **wątpliwy**: jest możliwe, ale nie pewne, ani nie prawdopodobne „w stopniu graniczącym z pewnością”, że bez działania / zaniechania nie byłoby takiego skutku; w takim przypadku wobec postępowania karnego stosujemy zasadę *in dubio pro reo*

PRZYCZYNY BŁĘDÓW DECYZYJNYCH:

1. Niestaranne przeprowadzenie badania podmiotowego (czyli niewłaściwe zebranie wywiadu) lub przedmiotowego (czyli fizykalnego), np.:
 - niezwrócenie uwagi na ewentualność doznania urazu mechanicznego w przypadku skarg na dolegliwości bólowe, czy ból pojawił się „ostro”, czy też jest przewlekły,
 - nieuwzględnienie danych na temat przebytych schorzeń, operacji, uczulenia na leki,
 - niezbadanie stanu i reaktywności źrenic, tzw. objawów oponowych czy otrzewnowych, innych badań jako niewypełnienie właściwego ich zakresu.
2. Niewykorzystanie badań laboratoryjnych i / lub obrazowych właściwych dla oceny danego przypadku lub niedostateczna wiedza o ich wydolności, np.:
 - brak zlecenia tomografii komputerowej głowy w przypadkach wskazujących na możliwość powstania pourazowych zmian śródczaszkowych,
 - niewykonanie badania EKG i / lub poziomu enzymów indykatorowych przy podejrzeniu ostrego epizodu wieńcowego / zawału mięśnia sercowego.
3. Niewystarczający poziom wiedzy fachowej i praktyki (doświadczenia), skutkujące nieumiejętnością właściwego wnioskowania.

PRZYKŁADY NIEPOPRAWNEGO POSTĘPOWANIA LEKARSKIEGO

najczęściej oceniane postępowanie lekarskie dotyczy pomocy doraźnej i dyscyplin zabiegowych

1. Pomoc doraźna:

-niewłaściwa ocena stanu chorego i nieprzekazanie go do szpitala celem dalszych badań pomimo odnotowywanych wyraźnych odstępstw od stanu prawidłowego, uznawanych za „stan nagły”,

-niewłaściwe zabezpieczenie transportowe chorego (np. brak zaopatrzenia albo niewłaściwe zaopatrzenie obficie krwawiącego obrażenia, niezapewnienie dostępu do żyły),

-nieuznawanie chorych w stanie ciężkiego zatrucia alkoholem etylowym za przypadki wymagające czynnej pomocy choremu, a nie tylko obserwacji w warunkach izby wytrzeźwień,

-niezwrócenie uwagi na możliwość poważnych obrażeń śródczaszkowych u chorych zatrutych alkoholem etylowym,

- stwierdzenie zgonu bez właściwej oceny stanu chorego i występowania znamion śmierci.

PRZYKŁADY NIEPOPRAWNEGO POSTĘPOWANIA LEKARSKIEGO

2. Pomoc w warunkach szpitalnej izby przyjęć:

- zlekceważenie możliwości istnienia obrażeń śródczaszkowych, w tym u chorych w stanie upojenia alkoholowego,
- zlecenie niewłaściwego zakresu badań nie dających szansy oceny rzeczywistego stanu chorego,
- nieuznawanie chorych w stanie ciężkiego zatrucia alkoholem etylowym za przypadki wymagające czynnej pomocy choremu i „odsyłanie” w celu obserwacji w warunkach izby wytrzeźwień,
- zlecenie niepotrzebnego transportu do innych placówek opieki zdrowotnej, opóźniającego właściwe udzielenie pomocy,
- zlekceważenie niebezpieczeństwa powstania uszkodzeń narządów wewnętrznych przy uzasadnionym podejrzeniu ostrego zatrucia, wobec przejściowo dobrego stanu ogólnego,
- nierozpoznanie objawów tzw. „ostrego brzucha”, albo nieuwzględnienie już wcześniej dokonanych obserwacji lekarskich w tym zakresie.

PRZYKŁADY NIEPOPRAWNEGO POSTĘPOWANIA LEKARSKIEGO

3. Dyscypliny zabiegowe:

- nierozpoznanie stanu zagrożenia wewnątrzmacicznym obumarciem płodu,
- niewłaściwe prowadzenie porodu, decyzja o prowadzeniu porodu drogami natury przy ewidentnym niestosunku płodu i kanału rodnego,
- zbyt późne podjęcie decyzji i wykonanie cięcia cesarskiego,
- niewłaściwa obserwacja parametrów życiowych pacjenta i spóźnione reakcje na występujące zaburzenia (np. zatrzymanie czynności serca),
- podjęcie decyzji o zaopatrzeniu operacyjnym złamań kości z następowym obfitym krwawieniem w niewłaściwym terminie i inne nieadekwatne postępowanie w krwotokach.

PRZYKŁADY NIEPOPRAWNEGO POSTĘPOWANIA LEKARSKIEGO

4. Organizacja opieki zdrowotnej:

- niewłaściwa obsada oddziałów szpitalnych i dyżurów lekarskich,
- niewłaściwa organizacja pracy w sali operacyjnej (np. brak właściwych zasad postępowania co do kontroli użycia materiałów operacyjnych podczas zabiegów),
- nieprawidłowa organizacja pracy laboratoriów,
- niewłaściwie prowadzona dokumentacja.

5. Opiniowanie:

- niewłaściwy zakres badania pośmiertnego, nie dający szans na właściwe wnioskowanie na temat przyczyny zgonu i występujących istotnych zmian rzutujących na stan kliniczny,
- niewykonywanie niezbędnych dodatkowych technik sekcyjnych w przypadkach sądowo – lekarskich sekcji zwłok w określonych rodzajach śmierci (np. brak nacięcia grzbietowej części tułowia i kończyn dolnych z badaniem tkanek miękkich i kości w przypadkach pieszych potrąconych / przejechanych przez pojazd mechaniczny),
- rozpoznawania wstrząśnienia mózgu czy tzw. cerebrastenii pourazowej bez podstaw klinicznych.

OPINIE NA TEMAT DOMNIEMANYCH BŁĘDÓW MEDYCZNYCH OPRACOWYWANE W ZAKŁADZIE MEDYCyny SĄDOWEJ COLLEGIUM MEDICUM UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

- w latach 1990 – 1994 średnio około 50 rocznie (łącznie 222 – w około 30% uznano zaistnienie błędu, pozostałe sprawy wg biegłych to przypadki niepowodzeń i nieuzasadnione zarzuty) - za: E.BARAN Arch.Med.Sąd.Kryminol. 1995 (2)
- w roku 2005 - około 200

OPINIOWANIE NA TEMAT POPRAWNOŚCI POSTĘPOWANIA LEKARSKIEGO W PRZYPADKACH ZGONÓW, WOBEC NIEPRZEPROWADZENIA BADAŃ POŚMIERTNYCH

Mogłoby być oparte wyłącznie na podstawie dwóch grup dowodów:

1. rzeczowych w postaci dokumentacji lekarskiej, nierzadko wytworzonej przez tych samych lekarzy, których dotyczą ewentualne zarzuty,
2. osobowych w postaci zeznań przede wszystkim lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej

OBA TE TYPY DOWODÓW SĄ A PRIORI NEGOWANE PRZEZ BLISKICH ZMARŁEGO

WOBEC BRAKU PODSTAW DO JEDNOZNACZNEGO OKREŚLENIA PRZYCZYNY ZGONU WNIOSKI NIE MOGĄ BYĆ WYSTARCZAJĄCO UGRUNTOWANE I SĄ „SŁABE” Z PUNKTU WIDZENIA ZASAD OPINIOWANIA DLA POTRZEB POSTĘPOWANIA KARNEGO

Badania pośmiertne to nie tylko określenie przyczyny zgonu, ale i stwierdzenie ewentualnych powikłań, jak i stanu zmian chorobowych różnych narządów, które mogą w zasadniczy sposób wpływać na przebieg i rokowanie

DOKUMENTACJA LEKARSKA POTRZEBNA DO SPORZĄDZENIA OPINII

1. w przypadku pomocy doraźnej – pogotowia ratunkowego – karta zlecenia wyjazdu,
2. w przypadku leczenia ambulatoryjnego – ambulatoryjna historia choroby
3. w przypadku leczenia szpitalnego – pełna, oryginalna historia choroby ze wszystkimi wynikami badań (nierzadko zdarza się przy opiniach na temat mechanizmu powstania obrażeń, że nie są nadsyłane klisze rtg, obrazujące złamania kości!), jeśli wykonywano zabiegi operacyjne – dodatkowo protokół operacyjny, którego kopia powinna być w historii choroby, ale nie zawsze jest nadsyłana. **Jeśli historia choroby jest pisana pismem nieczytelnym dla Prokuratora, niewątpliwie i biegły jej nie odczyta, należy dodatkowo sporządzić odpis.**

Karta informacyjna, zawierająca wybór wyników badań, bez wpisów dotyczących przebiegu choroby – jest niewystarczająca.