

Margit Kis-Wojciechowska*, Zygmunt Przybylski**

Błąd medyczny

Słowa kluczowe: historia medycyny, błąd medyczny, błąd techniczny, personel medyczny

Streszczenie: Stosunek pacjentów do lekarzy, a szerzej do całej sfery ochrony zdrowia, jest w wysokim stopniu ambiwalentny: z jednej strony spotykamy się z wiarą w omnipotencję medycyny, z drugiej strony niepowodzenie terapii wywołuje podejrzenie o błędy popełnione przez lekarza, zaniedbanie czy wręcz złą wolę. Skargi na błędy medyczne zdarzały się zawsze, w ostatnich jednak latach notuje się ich wzrost, szczególnie w krajach o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego. Błąd lekarski jest pojęciem tak starym, jak i sama medycyna, a jego zakres znaczeniowy, skutki społeczne i prawne, zmieniały się wraz z rozwojem historycznym. Nowym zjawiskiem jest rozszerzenie pojęcia „błąd lekarski” do pojęcia „błąd medyczny”, gdyż dobrostan pacjenta zależy nie tylko od lekarza, ale i od wielu innych osób i zespołów pracowników. Współczesna organizacja opieki medycznej jest wielopoziomowa, a błąd może być popełniony na każdym etapie kontaktu pacjenta ze służbą zdrowia. Może popełnić go lekarz, pielęgniarka czy położna, ratownik medyczny, laborant, farmaceuta albo nawet może powstać w produkcji farmaceutycznej, w dyspozytorni Pogotowia Ratunkowego; może popełnić go technik obsługujący urządzenia szpitalne albo minister odpowiedzialny za kierowanie resortem zdrowia. Pacjent obwinia często nie konkretnego lekarza, ale instytucje: przychodnię, szpital, pogotowie, czyli kilkudziesięcio- albo i kilkusetosobowe zespoły pracowników różnych specjalności.

Medical Error

Key words: history of medicine, medical error, technical error, medical staff

Summary: The attitude of patients towards doctors, and more broadly to all areas of healthcare is highly ambivalent. On the one hand, omnipotence of medical science is believed in, and on the other hand the failure of therapy provokes suspicion of errors made by the doctor, negligence or even wrongful intent. Medical error complaints have been always present, yet their incidence has been recently on the increase, in particularly in highly developed countries. Medical error is a concept as old as medicine itself and its meaning, social and legal implications have evolved over time. A new development is the evolution of the “doctor’s error” concept towards the present “medical error” concept, since the patient’s well-being no longer depends on the doctor only, but rather on a number of other persons and teams. Contemporary healthcare organisation is multifacet, and an error can be

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

** Wyższa Szkoła Pedagogiki i Administracji im. Mieszka I w Poznaniu

made at every stage of patient-healthcare interaction by a doctor, nurse or midwife, paramedics, lab technicians, pharmacists, or even may originate at a pharmaceutical production site, in the medical emergency dispatching centre, by a technician who operates hospital equipment, or the minister responsible for healthcare. The patient often puts the blame not on a doctor, but rather institutions, such as out-patient clinics, hospitals, medical emergency, or teams of various specialties comprising from a few to several dozen individuals.

Historyczna ewolucja pojęcia błędu lekarskiego, medycznego

Ambiwalentny stosunek do osoby medyka (lekarza) towarzyszy tej profesji od zarania dziejów. Leczenie wchodziło w skład umiejętności szamańskich ludów pierwotnych, a więc w odbiorze społecznym było silnie związane z magią. Medyk mógł zarówno pomóc choremu, jak i zaszkodzić, znał bowiem leki i trucizny, znał dobre i złe duchy, a wszystko to mógł wykorzystywać w celu pomocy choremu, jak i na jego szkodę¹.

W starożytności medycy praktykowali najczęściej przy świątyniach. Wszystkie niemal ludy starożytne miały w panteonie swoich bóstw boga, w którego pieczy było zdrowie (Thot w Egipcie, Eskulap w Grecji, Enka w Sumerze)². Przy niektórych świątyniach funkcjonowały nawet tzw. Domy Zdrowia, czyli swoiste polikliniki ze szpitalami i zakładami balneologicznymi, oczywiście działające zgodnie z ówczesnym poziomem wiedzy. Zachowane teksty prastarych recept świadczą zarówno o znajomości ziołolecznictwa czy mineralogii, jak i praktyk magicznych. Badania znajdowanych szkieletów i mumii dowodzą, że i techniki chirurgiczne były w użyciu (zaleczone złamania, urazy, amputacje, nawet trepanacje czaszki). W epoce klasycznego antyku znano już niemal wszystkie podstawowe narzędzia chirurgiczne. Wykonywano je z drewna, kości, obsydianu, brązu i metali szlachetnych³.

Śmiertelność w tamtych czasach była jednak bardzo wysoka, do czego przyczyniały się: nieznaną higienę, szerzące się choroby pasożytnicze i zakaźne, brak dostępu do czystej wody, powikłania porodowe itp. Nie brakowało też chybionych terapii. Lekarz oskarżony o błąd, o wyrządzenie szkody, odpowiadał głową, a co najmniej musiał się liczyć z utratą oka czy ręki. Takie kary przewidywał np. Kodeks Hammurabiego. Surowe prawo dla lekarzy głosił także Kodeks Solona oraz inne prawodawstwa starożytności⁴. Lekarz wezwany do zabiegu na osobie władcy, np. w Petrze, był rytualnie skazywany na śmierć za to, że dotykał boskiej osoby, a następnie otrzymywał nowe nazwisko, nową tożsamość, gdyż nie mógł już egzystować pod poprzednim. Zaiste uprawianie medycyny należało do zajęć tyleż lukratywnych, co ryzykownych.

Jednocześnie w starożytności powstał lekarski kodeks etyczny, w ogólnych zarysach obowiązujący do dzisiaj, czyli *Przysięga Hipokratesa* – jego pierwszy punkt w wersji łacińskiej brzmi *Primum non nocere* – „po pierwsze, nie szkodzić”.

Średniowiecze, z jego abnegacją cielesności, z pogardą dla „grzesznej, pogańskiej” praktyki mycia ciała, ze skrajnie restrykcyjnym traktowaniem każdego zdarzenia jako woli Bożej lub kary Boskiej, cofnęło wiedzę medyczną o wiele stuleci. Równocześnie jednak klasztory przejęły niektóre funkcje dawnych Domów Zdrowia, utrzymując szpitale,

¹ J. Frazer, *Złota galąź. Studia z magii i religii*, Warszawa 1978, s. 47.

² *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 10–89.

³ Ibidem; J. Torwald, *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga*, Wrocław 2000, s. 21–58.

⁴ Ibidem.

czyli coś pośredniego między lecznicą a przytułkiem. Powstawały nawet zakony, których głównym zadaniem była służba medyczna (Szpitalników, Kawalerów Maltańskich itd.). Starożytna wiedza medyczna doskonalona była natomiast w świecie islamskim, szczególnie na terenach perskich i w Hiszpanii. Europa renesansu chętnie korzystała z osiągnięć arabskiej medycyny. Nieco zabawny może się wydawać fakt, że „leczenie nożem” (czyli chirurgia) nie było traktowane jako specjalność lekarska, lecz balwierska (fryzjerska) – balwierz czy cyrulik skrobał brody, podcinał włosy, puszczał krew i przecinał wrzody. Popęlnienie błędu medycznego nie groziło już bezpośrednio śmiercią lub obcinaniem członków, ale w dobie burzliwej polityki dynastycznej na dworach łatwo było zostać oskarżonym o podanie trucizny czy wręcz o czary, co w obliczu wszechwładnej Inkwizycji mogło także skończyć się tragicznie. Obsesjom takim sprzyjały kolejne fale pomorów i chorób zakaźnych przywleczonych do Europy przez wojska powracające z kolejnych wypraw krzyżowych⁵.

Stopniowo kształceniem zawodowym lekarzy zaczęły zajmować się uniwersytety (szczególnie znany i ceniony wydział lekarski w Padwie), a medycyna stała się jedną ze sztuk wyzwolonych i zawodem, potwierdzonym stosownym egzaminem i dyplomem. Studia takie dostępne były jedynie dla mężczyzn. W domenie kobiet pozostawała medycyna ludowa, domowa, ziołolecznictwo i położnictwo, a także troska o zdrowie dzieci. I to one, kobiety parające się medycyną ludową, były znacznie częściej oskarżane o czary i błędy lekarskie. Wiele z nich przyplaciło swoją pracę postawieniem przed sądem – świeckim lub kościelnym – i wyrokiem skazującym na śmierć. Lekarze dyplomowani zatrudniani byli na dworach lub otwierali swoją praktykę w miastach, wchodzili w skład mieszczaństwa i korzystali z pomocy profesjonalnych aptek. Zamożne dwory królewskie i magnackie często zatrudniały po kilku medyków. Był to jeden ze środków zapobiegających popełnianiu błędów lekarskich. Dwie lub więcej osób konkurujących ze sobą, wzajemnie się oceniających i kontrolujących, ograniczało pole do działań nieetycznych bądź lekceważenia swoich obowiązków.

Wraz z rozwojem nauk medycznych i zmianą nastawienia do kondycji cielesnej człowieka, pod wpływem wielowiekowego gromadzenia doświadczeń i obserwacji, a także przenikania do nauki europejskiej wiedzy gromadzonej przez odległe cywilizacje azjatyckie, a potem i amerykańskie, rosło zapotrzebowanie na kwalifikowaną pomoc medyczną i rosły oczekiwania społeczne. Jak zwykle w takich wypadkach, odpowiedzialność za niepowodzenie terapii kładziono często na karb lekarza. W pewnym sensie każde niepowodzenie terapeutyczne, każdy zgon jest porażką medycyny – w rozumieniu ludowym porażką lekarza leczącego, być może spowodowaną jego błędem. Przed sądami grodzkimi albo uniwersyteckimi stawiano lekarzy oskarżonych przez niezadowolonego pacjenta albo jego rodzinę. Zdzisław Marek w swojej pracy pt. *Błąd medyczny* przytacza celne

⁵ Ibidem.

stwierdzenie Kazimierza Jaegermanna, że źródła konfliktów i niezadowolenia chorych leżą u podstaw każdego niemal leczenia, ponieważ chory zawsze oczekuje więcej, niż może uzyskać⁶.

Stopniowo nad wykonywaniem zawodów medycznych nadzór zaczęły sprawować Collegia Medicorum, czyli zespoły renomowanych lekarzy, oceniające prace innych lekarzy na swoim terenie i rozstrzygające konflikty na linii lekarz – pacjent. W Polsce pierwsza taka organizacja powstała w Gdańsku w XVII wieku, a potem stopniowo pojawiły się kolejne w innych większych ośrodkach miejskich. Jednym słowem, członkowie owych zespołów medycznych pełnili rolę biegłych sądowych i sądów lekarskich⁷.

Pierwszym dokumentem opisującym błąd lekarski na ziemiach polskich było orzeczenie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Krakowskiego, w którym pojawia się stwierdzenie: „...można przez nieświadomość lekarza spowodować nie tylko śmierć chorego, lecz również to, że chory umiera nagle, bez spowiedzi”⁸. Pomijając kwestię spowiedzi, orzeczenie to zawiera podstawową przesłankę błędu medycznego – nieświadomość, a więc brak wiedzy i umiejętności w danym, określonym przypadku lub brak staranności.

Dopiero jednak wiek XIX przyniósł rozwój teoretycznych opracowań tej tematyki. To wtedy właśnie, wraz z burzliwym rozwojem nauk przyrodniczych, a w ich ramach i nauk medycznych, praktyka wymusiła kodyfikacje prawne w dziedzinie odpowiedzialności lekarza za błąd w leczeniu. Sprawa była pilna, gdyż ludzie uwierzyli w nieograniczone możliwości nauki i winę za każdy przypadek niepowodzenia medycznego przypisywali lekarzowi. Rozwojowi praktyki medycznej groził całkowity paraliż, gdyż lekarze obawiali się oskarżeń o błąd, jeżeli tylko przekroczą sztywne ramy przyjętych procedur. Tymczasem przybywało wiedzy, opracowano podstawy anestezji i aseptyki, zyskano pierwsze leki syntetyczne. Z oporami, wszystkie te zdobycze z wolna wprowadzano do praktyki lekarskiej⁹. Konieczne stało się przyznanie lekarzom pewnego marginesu ryzyka.

Jurysdykcja różnych państw była odmienna. Ogromną restrykcyjnością charakteryzowało się prawo pruskie, które każde niepowodzenie traktowało jako winę lekarza. Z kolei prawo austriackie, a także potem polskie, było bardziej liberalne – stwierdzało, że lekarz nie popełnił błędu, jeżeli działał korzystając z wiedzy zawodowej dostępnej w praktyce medycznej, a także dochował staranności w zbieraniu informacji i ordynowaniu terapii. W tym też czasie zaczęły się wykształcać normy prawne, dopuszczające ów niewielki margines ryzyka, jaki może wystąpić w praktyce lekarskiej. Zagadnieniem odpowiedzialności prawnej lekarza zajmowało się w XX wieku wielu prawników. Pierwsza problem ten podjęła Rachel Bar, próbując określić związek przyczynowo-skutkowy między decyzjami podjętymi przez lekarza a skutkiem tych decyzji i działań dla pa-

⁶ Marek Z., *Błąd medyczny*, Kraków 1999, s. 31–102.

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

⁹ Ibidem.

cjenta. Potem pisali na ten temat Kazimierz Sośnicki, Agnieszka Liszewska, Andrzej Zoll i Andrzej Lisowski¹⁰.

Definicje pojęcia „błąd medyczny”

Błąd medyczny jest – według definicji Bolesława Popielskiego – postępowaniem wbrew podstawowym, powszechnie uznanym zasadom współczesnej (aktualnej) wiedzy medycznej. Powołane przez WHO Światowe Przymierze dla Bezpieczeństwa Pacjentów informuje, że: „*Niekorzystne wydarzenia w opiece zdrowotnej są przyczyną wielokrotnie choroby, szkody czy nawet śmierci. Badania wielu państw określają skalę tych zdarzeń na 3,5% do 16% wśród hospitalizowanych pacjentów. Średnio jeden z dziesięciu pacjentów przyjętych do szpitala cierpi z powodu możliwych do uniknięcia szkód, które mogą powodować poważne kalectwo lub śmierć*”¹¹. W taki sposób postrzega to zagadnienie Światowa Organizacja Zdrowia, czyli agenda ONZ-tu ds. zdrowia populacji państw członkowskich.

Sprawę ogromnie komplikuje brak dokładnego rozeznania w skali zjawiska. Z wyjątkiem Szwecji i Stanów Zjednoczonych Ameryki, żaden kraj nie prowadzi dokładnej statystyki występowania błędów medycznych, a i w dwóch ww. dane są gromadzone przez instytucje ubezpieczeniowe, a nie administrację państwową czy wymiar sprawiedliwości. Siłą rzeczy do rejestrów trafiają tylko sprawy o roszczenia odszkodowawcze, częściowo sprawy karne i te, które zostały zaskarżone przed Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy albo równorzędnymi instytucjami korporacyjnymi. Reszta pozostaje w sferze szacunków i spekulacji.

Jak współcześnie definiuje się błąd medyczny? Nie ma jednej, uniwersalnej definicji tego błędu, gotowej kalki, którą można podłożyć w każdej sytuacji. Poszukując znaczenia tego terminu, można wyjść od definicji przytoczonej przez Agnieszkę Liszewską:

Błąd w sztuce medycznej oznacza 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 do stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności¹².

¹⁰ A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Zakamycze 1999, s. 19–55, 153–199; A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 34–76.

¹¹ D. Epstein, P. Philip, A. Leotsakos, *Global health leaders join the World Health Organization to announce accelerated efforts to improve patient safety* <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr74/en/>> [tłum. za:] A. Sandauer, *Błędy Lekarskie Polska – inne państwa* <http://www.sppnn.org.pl/old/arch2/dz_ch2005/st.doc>.

¹² A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Zakamycze 1998, s. 28.

Podana definicja zawiera cały szereg określeń znanych, ale znaczeniowo nieostrych, trudnych w weryfikacji. Niestety, z takim zjawiskiem można się spotkać za każdym razem, gdy język prawny zderza się z pojęciami medycznymi. Temu zagadnieniu poświęcona jest praca Tomasza Jurka pt. *Pojęcia medyczne stosowane w karnej kwalifikacji uszkodzeń ciała*¹³. Wszystkie opisowe definicje zawierają takie niejednoznaczne sformułowania. Co znaczy „stosowna ostrożność” albo „namysł”? Jak je zmierzyć i z czym porównać? Jasne jest, że pojęcia tak długo funkcjonujące w praktyce deontologicznej i prawnej są instynktownie doskonale rozumiane przez wszystkich uczestników środowiska. Nie przestają jednak pozostawiać dość szerokiego marginesu interpretacji.

Rozważania o błędzie medycznym zaprzętają od lat umysły zarówno prawników, jak i lekarzy, a także specjalistów innych dziedzin. Błędy powstają na gruncie kontaktów pacjenta z lekarzem na różnym poziomie i w różnym czasie, na różnych etapach leczenia. Mogą powstać już przy pierwszym zetknięciu, gdyż praktyka i prawo wymagają, aby chory lub jego przedstawiciel prawny wyraził zgodę na leczenie. Za taką zgodę uważa się już samo zgłoszenie się pacjenta do jednostki służby zdrowia. Ta jednorazowa zgoda, kiedy to chory wybiera lekarza, nie wystarcza, podobnie jak nie wystarczy jednorazowa zgoda podpisana przez pacjenta na druczku przyjęcia do szpitala. Zgoda jest wymagana na każdym etapie leczenia, przed każdym zabiegiem i każdym badaniem inwazyjnym. Każda taka zgoda wymaga ponadto udzielenia choremu wyjaśnień w sposób dla niego zrozumiały, gdyż zdarzają się skargi na zabiegi „bo chory nie zrozumiał, więc się zgodził”.

Jak już powiedziano, nie ma jednej definicji błędu i jednego rodzaju błędów medycznych. Została jednak opracowana typologia błędów, która będzie omówiona poniżej.

Rodzaje błędów medycznych i ich podział

Błędy powstają na różnych etapach działalności medycznej, niosą też ze sobą różne skutki albo nie niosą ich wcale, mimo że błąd obiektywnie miał miejsce. Są indywidualne błędy określonego lekarza i błędy popełniane w zespołach czy instytucjach. Są wreszcie błędy strukturalne, występujące na szczeblu państwowym albo i międzynarodowym. W literaturze przedmiotu wyróżniano następujące błędy.

Błąd diagnostyczny, czyli sytuacja, gdy lekarz nie rozpozna choroby wskutek:

- braku informacji (wywiad, wyniki badań podstawowych, wczesny, nieswoisty przebieg choroby),
- wyciągnięcia mylnych wniosków z danych dostępnych w chwili diagnozowania,

¹³ T. Jurek, *Pojęcia medyczne stosowane w karnej kwalifikacji uszkodzeń ciała*, praca doktorska, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wydział Lekarski, Wrocław 2007 [maszynopis].

- niedostępności pewnych badań specjalistycznych i laboratoryjnych,
- rutynowego, wynikłego z dotychczasowych doświadczeń potraktowania objawów i odniesienia ich do niewłaściwej jednostki chorobowej.

Wszystkie te przyczyny, albo tylko niektóre z nich, prowadzą do popełnienia błędu lekarskiego¹⁴. A jako że diagnoza jest najwcześniejszą decyzją lekarską, od niej wywodzi się i następny błąd, tj. błąd terapeutyczny.

Błąd terapeutyczny, czyli sytuacja, gdy zastosowano zły sposób leczenia w stosunku do występującego schorzenia, nie podjęto decyzji o zabiegu chirurgicznym albo podjęto ją zbyt późno, nie podjęto monitoringu powikłań albo nie uprzedzono chorego o możliwości ich występowania¹⁵.

Zarówno błąd diagnostyczny, jak i terapeutyczny, może popełnić lekarz – nie pracownik ochrony zdrowia innej specjalności¹⁶.

Błąd techniczny – może być popełniony przez każdego fachowego pracownika służby zdrowia: analityka medycznego, operatora urządzeń diagnostycznych, osobę nadzorującą sprawność sprzętu anestetycznego, postępowania aseptycznego, aparatury podtrzymującej życie czy urządzeń awaryjnych zaopatrujących placówkę w wodę i prąd, osobę wydającą i podającą leki, pielęgniarkę, fizykoterapeutę, a nawet dyspozytora dyżurującego przy telefonie Pogotowia Ratunkowego. Błędy techniczne najczęściej obciążają instytucje służby zdrowia, są niejako błędami zbiorowymi, nawet jeśli zostały popełnione przez konkretną, indywidualną osobę.

Błąd techniczny może mieć wpływ zarówno na diagnozę stawianą przez lekarza (błędy analityczne czy źle wykonane albo źle oznakowane wyniki badań aparaturowych), jak i na podjęcie niewłaściwej terapii. Może także spowodować bezpośrednie szkody dla zdrowia i życia pacjentów, w razie dopuszczenia do posługiwania się uszkodzonym sprzętem (np. do naświetlań w chorobie nowotworowej – casus białostockiego szpitala wojewódzkiego), pozostawienia ciał obcych w ciele pacjentów po zabiegach chirurgicznych (chusty chirurgiczne nieprzeliczone przed i po zabiegu), narażenie chorych na zakażenia szpitalne poprzez niedotrzymywanie standardów aseptycznych i wiele innych. Błąd dyspozytora

¹⁴ A. Lisowski, *Przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu. Orzecznictwo Sądu Najwyższego*, Warszawa 1996; *Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*, red. H. H. Schromgens, tłum. S. Filipecki, Warszawa 1996; T. Brzeziński, *Błąd lekarski a etyka*, [w idem:] *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 261–268.

¹⁵ T. Jurek, op. cit.; B. Świątek, *Błąd medyczny*, prezentacja, oprac. w Katedrze Prawa Medycznego ZMS AM we Wrocławiu; E. J. Gorzelańczyk, P. Błaszak, *Wybór przepisów prawnych dla lekarza praktyka*, Poznań 2000, s. 8–219.

¹⁶ M. Filar, *Rola odpowiedzialności zawodowej lekarza w systemie prawnym*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 2001, nr 4/5, s. 1–3; M. Filar, *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi działaniami lekarskimi*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5(2), s. 59–72.

przyjmującego zawiadomienie o chorobie może skutkować utrudnionym dostępem do fachowej pomocy medycznej albo jej znacznym opóźnieniem w sytuacji kryzysowej.

Błąd organizacyjny – występuje na różnych szczeblach zarządzania lecnictwem: od szczebla ordynatora oddziału i kierownika przychodni, dyrektora szpitala czy ZOZ-u, lekarza miejskiego i wojewódzkiego, po departamenty Ministerstwa Zdrowia i ministra osobiście. W szczególnych przypadkach winą można obarczyć całość administracji państwowej. Dzieje się tak w przypadku wielkich katastrof naturalnych czy przemysłowych, epidemii czy wojny, kiedy cały system ochrony zdrowia może nagle okazać się niewydolny, mało mobilny i trudno dostępny dla wielkiej rzeszy osób poszkodowanych albo zagrożonych. Ogólnie można powiedzieć, że istotą takiego błędu jest wadliwa organizacja pracy podległego zespołu, niedrożność kanałów przepływu informacji, brak informacji i koordynacji działań, niejasne granice odpowiedzialności i kompetencji podległego personelu i jednostek organizacyjnych, fragmentaryczny i niestaranny dozór pracy podległych jednostek, tolerowanie zaniedbań w doształcaniu pracowników i w prowadzeniu dokumentacji medycznej. Do tego samego zakresu błędów organizacyjnych należy brak nadzoru albo nadzór niedostateczny nad gospodarką finansowo-materialną podległych zakładów opieki zdrowotnej¹⁷.

Wraz z rozwojem współczesnej nauki i jurysdykcji opisującej błąd medyczny, przyjęta została nowa typologia dla tego zjawiska.

Błąd decyzyjny – zasadza się na błędnej decyzji diagnostycznej podjętej przez lekarza, czego pochodną będą błędne decyzje terapeutyczne. Błąd decyzyjny łączy więc w sobie dwa poprzednio wyróżniane błędy: diagnostyczny i terapeutyczny. Popęlnić taki błąd może jedynie lekarz diagnozujący pacjenta i planujący dla niego dalszy tok leczenia. U podstaw takiego błędu leży mało wnikliwy wywiad, badanie rzeczowe bez zlecenia badań podstawowych albo badań dodatkowych, również zła interpretacja wyników takich badań, ale przede wszystkim brak wnikliwości i staranności w ocenie całego zasobu diagnostycznego dotyczącego tego przypadku. W efekcie powstaje mylne rozpoznanie choroby, skutkujące nieadekwatną do schorzenia terapią. Błąd taki nie zawsze jest zawiniony przez lekarza. Do błędów decyzyjnych należy również odkładanie istotnych badań i zabiegów w szpitalach w niektórych okresach (czas urlopowy, weekendy), gdy na oddziałach i w pracowniach jest znacznie mniej lekarzy i personelu pomocniczego, do czasu pełnej obsady personalnej.

¹⁷ Ibidem; J. Haberko, R. D. Kocyłowski, B. Pawelczyk, *Lege artis. Problemy prawa medycznego*, Poznań 2008, s. 8–53; K. Jaegermann, Z. Marek, *Rozbieżności w opiniach sądowo-lekarskich*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1979, nr 29(4), 249–257.

Błąd wykonawczy – w zasadzie jest tożsamy z dawnym błędem technicznym. Należy jednak podkreślić, że jest to błąd coraz częściej spotykany. Praca instytucji jest pracą zbiorową. Szpital to zespół kilkuset osób różnej specjalności, o różnym zakresie kompetencji i odpowiedzialności. Nawet przy prawidłowej diagnozie i leczeniu zgodnym z aktualnym stanem wiedzy medycznej rezultat terapii zależy od wielu czynników i wielu innych ludzi poza lekarzem prowadzącym. Sprawę komplikuje naszpikowanie dzisiejszych lecznic techniką i elektroniką oraz niewystarczające środki finansowe, ograniczające dostęp chorych do nowych leków i kosztownej diagnostyki. Wynik podjętego leczenia, jak nigdy wcześniej, zależy od wielu ludzi, sprawności sprzętu i dostępności nowych technik. Każdy z zaangażowanych w proces leczenia może popełnić błąd, może zawieść aparatura albo, prozaicznie, wichura może uszkodzić linię przesyłową energii, a agregat prądotwórczy szpitala może być jednocześnie niesprawny. Taki przypadek miał miejsce na jesieni 2008 roku na Opolszczyźnie – w wyniku tego zbiegu okoliczności pacjent będący na stole operacyjnym zmarł, zabrakło zasilania w aparaturze podtrzymującej życie na OIOM-ie i w inkubatorach wcześniaków. Na szczęście awaria trwała tylko 40 minut i nie pociągnęła za sobą więcej przypadków śmiertelnych (operowany pacjent nie rokował pozytywnie, niezależnie od awarii), unaoczniała jednak wszystkim, do jakiego stopnia współczesna medycyna zależna jest od elektryczności. Ktoś w tym szpitalu popełnił poważny błąd wykonawczy i rzeczą prokuratury będzie określenie zakresu odpowiedzialności: Czy był to elektryk nie sprawdzający systematycznie sprawności agregatu prądotwórczego? Czy winny był zastępca dyrektora szpitala ds. technicznych, czy może sam dyrektor, odpowiedzialny za nadzór ogólny, a więc popełniający trzeci rodzaj błędu?

Błąd organizacyjny – ten rodzaj błędu omówiono już w poprzedniej typologii. Zakres pojęciowy pozostał bez zmian.

Błąd opiniodawczy – wystawianie zaświadczeń i opinii to istotna część pracy lekarza. Jest jego obowiązkiem, podobnie jak diagnostyka i leczenie – i jak one wymaga rzetelności, uczciwości i rozważań. Opinie lekarskie są to dokumenty procesowe wystawiane przez lekarza na zlecenie sądu, prokuratury, policji, instytucji ubezpieczeniowych, wyjątkowo też na zlecenie zespołów adwokackich i zakładów pracy¹⁸, natomiast zaświadczenie wystawia się na każdą prośbę pacjenta.

Barbara Świątek z Katedry Prawa Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu proponuje nieco inny podział błędów medycznych:

- **błąd merytoryczny** – obejmuje błędne rozpoznanie, wadliwą terapię i błędne decyzje z powodu nieprzestrzegania wymogów aktualnej wiedzy medycznej,

¹⁸ M. Filar, *Odpowiedzialność karna...*, op. cit., s. 59–72.

- **błąd formalny** – zachodzi w przypadku nieprzestrzegania prawa medycznego, w tym praw pacjenta i obowiązków lekarza oraz personelu medycznego,
- **błąd organizacyjny** – kiedy placówka lub organ nadzorujący jest źle zorganizowany,
- **błąd techniczny** – kiedy używany jest wadliwy sprzęt lub niewłaściwe procedury lecznicze¹⁹.

Bardzo ważnym aspektem tej propozycji jest położenie nacisku na prawne uwarunkowania działań medycznych w odniesieniu do pacjenta, który winien otrzymać wyczerpującą i zrozumiałą informację, obejmującą ryzyko lecznicze, ryzyko operacyjne, nietolerancję na leki i możliwości niepowodzenia medycznego.

Niezależnie od rodzaju błędu lekarskiego, wyróżniamy jego następujące elementy skutkujące odpowiedzialnością prawną:

- postępowanie (działanie lub zaniechanie) niezgodne ze współczesnymi i obowiązującymi powszechnie podstawowymi zasadami wiedzy lekarskiej,
- wina lekarza,
- ujemny skutek,
- związek przyczynowo-skutkowy (błąd bezskutkowy, bez związku przyczynowo-skutkowego, pociąga za sobą odpowiedzialność zawodową lub/i administracyjną, a skutkowy – odpowiedzialność karną i cywilną).

Wszystkie te elementy muszą logicznie się ze sobą wiązać.

W codziennej praktyce lekarskiej należy się liczyć z wystąpieniem niepowodzenia lekarskiego, które nie jest skutkiem niepoprawnej działalności lekarza, ale okoliczności od niego niezależnych. Niepowodzeniami diagnostycznymi są np. nierozpoznanie schorzenia z powodu atypowości objawów, ich braku czy nagłości ich przebiegu. Niepowodzenia lecznicze obejmują między innymi nieprzewidziane powikłania leczenia, brak odporności lub gwałtowność przebiegu schorzenia. Powikłaniem nazywamy możliwe do przewidzenia następstwo postępowania medycznego, np. podania leku lub wykonania zabiegu leczniczego. Błędem jest niezastosowanie profilaktyki, o ile takowa jest znana²⁰.

Jak wspomniano wyżej, do niedawna błąd medyczny rozumiany był jako błąd lekarski. Tymczasem współcześnie przyjmuje się, że, zgodnie z nową typologią błędów, wyłącznie lekarzy dotyczą jedynie błędy decyzyjne. Wyłącznie lekarz może taki błąd popełnić, bo wyłącznie lekarz ma nadane prawem, wykształceniem i praktyką kompetencje do diagnozowania i leczenia pacjenta, a także wystawiania zaświadczeń lekarskich. Pozostałe rodzaje błędów mogą popełniać zarówno lekarze, jak i inni specjaliści zatrudniani przez zespoły i placówki medyczne. Zakres kompetencji, uprawnień i odpowiedzialności

¹⁹ B. Świątek, op. cit.

²⁰ Z. Przybylski, Z. Słomko, *Zagadnienia prawno-medyczne*, [w:] *Ginekologia*, t. 2, red. Z. Słomko, Warszawa 2008, s. 1264–1271; Z. Przybylski, K. Kordel, *Karna i Cywilna odpowiedzialność lekarza*, [w:] *Położnictwo i Ginekologia*, red. T. Pisarski, Warszawa 1998, s. 859–870.

pracowników ochrony zdrowia regulują akty normatywne niższego niż Ustawa rządu – Rozporządzenia Ministra Zdrowia, a także wewnętrzne zarządzenia korporacyjne dla zawodów (wydane np. przez Izbę Pielęgniarek i Położnych, Izbę Aptekarską), ewentualnie regulaminy wewnętrzne szpitali, przychodni, pracowni i laboratoriów.

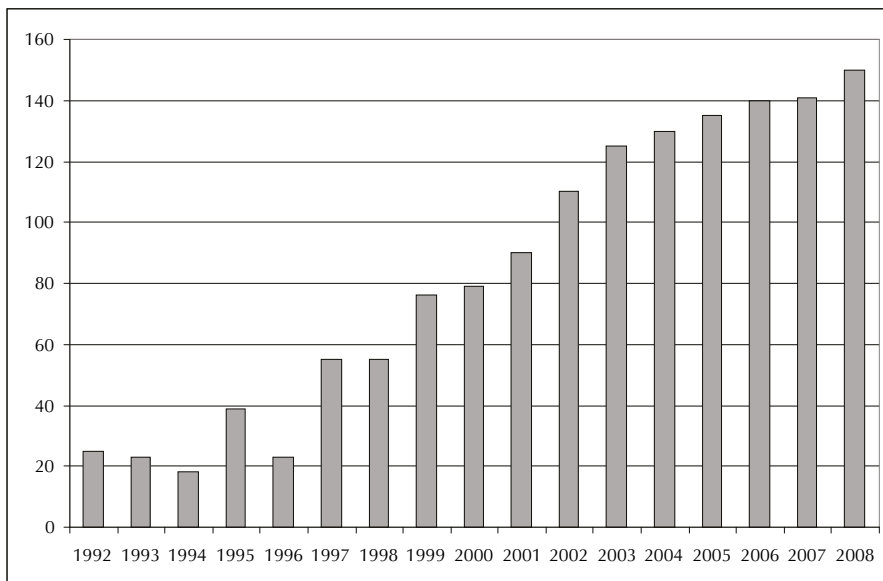
Lista zawodów medycznych i paramedycznych jest długa i wydłuża się z każdym rokiem. Nie tak dawno do starej triady „lekarz – pielęgniarka/położna – farmaceuta” doszedł ratownik medyczny. Obecnie dopisać należy też dietetyków i rehabilitantów, protetyków, informatyków medycznych i wielu innych. A każdy z tych ludzi może popełnić błąd albo nie dopełnić obowiązków służbowych, co może mieć negatywny wpływ na stan zdrowia pacjenta. Groźne bywają na przykład błędy popełnione w krwiodawstwie, w stacjach dializ, czasem w transplantologii. Głośna była sprawa zakażenia kilku tysięcy osób we Francji wirusem HIV, kiedy to pacjentom z hemofilią przetoczono zakażoną krew, nie poddaną wcześniej badaniu. W Polsce natomiast zdarzył się przeszczep nerek z nowotworem, bowiem organy pobrane od zmarłego nie zostały poddane ocenie patomorfologicznej. Do opinii publicznej docierają najczęściej takie spektakularne przypadki, pozostaje natomiast nierozpoznana cała strefa błędów, być może jednostkowych, niemniej sumujących się do poważnych zaniedbań systemowych.

Nową dziedziną medycyny stał się rozród wspomagany i rozmaite techniki implantacji i przechowywania zarodków. Stwarza to nie tylko dylematy etyczne, ale również prawne i techniczne, a wiąże się z możliwością popełnienia wielu błędów przez wielu ludzi. Stany Zjednoczone i Wielka Brytania, gdzie znajdują się prominentne kliniki o tej specjalności, już poznały konsekwencje prawne pozwów o pomylenie tkanek, o implantację cudzego zarodka o innych cechach genetycznych niż biologiczni rodzice, o zagubienie zarodka. Biorąc pod uwagę, że zespoły zajmujące się stosowaniem metod *in vitro* są liczne i transspecjalistyczne, nie wiadomo, kogo winić. Biochemików? Chłodniarzy? Genetyków, ginekologów czy farmakologów? Do tego grona dochodzą liczni technicy, pracownicy zaplecza i obsługi. Tego typu kłopoty prawne wcześniej czy później poznają także polskie placówki tej specjalności i warto już teraz wypracowywać procedury postępowania medycznego i bezwzględnie egzekwować reżimy postępowania, by w przyszłości zminimalizować szkody dla wszystkich zaangażowanych: rodziców, dzieci, a także zakładów medycznych.

Błąd organizacyjny to najbardziej rozpowszechniony typ błędu medycznego. Może go popełnić przede wszystkim osoba pełniąca funkcje kierownicze i nadzorcze. Błędy takie pociągają za sobą wadliwe funkcjonowanie całych instytucji lub ich części. Najczęściej nie wynikają ze złej woli, a z zaniechań, nieumiejętności kierowania zespołami ludzkimi i egzekwowania przestrzegania procedur. W efekcie w szpitalu, na bloku operacyjnym, w jednostce pogotowia albo innej instytucji panuje bałagan, lekceważone są niektóre normy i powinności, pracownicy pracują równie ciężko, jak ci z oddziałów dobrze zarządzanych, a efekty ich pracy są nieporównanie gorsze. Cierpią na tym i pacjenci, i personel, i dobra opinia placówki.

Ostatnio coraz częściej (na różnych poziomach zarządzania) zatrudnia się na stanowisku dyrektora placówki medycznej specjalistów nie medyków, a menedżerów, prawników, ekonomistów, specjalistów zarządzania. Jeżeli taka osoba potrafi przekonać do siebie zespół medyczny i ściśle współpracuje z zastępcą ds. leczenia, to taka decyzja może okazać się korzystna i dla medyków, i dla pacjentów.

Analiza opinii sądowo-lekarskich opracowanych na zlecenie organów ścigania i władz wymiaru sprawiedliwości przez zespół biegłych z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu w latach 1992–2008 w sprawach dotyczących popełnienia błędu medycznego wykazuje, że przytłaczająca większość badanych spraw dotyczy niepowodzenia medycznego, a nie błędów lekarskich. Spraw, w których biegli dopatrzili się znamion błędu, było około 20%. Wyniki badań przedstawione na Ryc. 1 obrazują lawinowy wzrost ilości skarg do policji i prokuratury w badanym czasie.



Ryc.1. Liczba opinii z uznanymi błędami lekarskimi w rozbiciu na lata 1992–2008
[Źródło: badania własne]

Podsumowanie

O błędach lekarskich można mówić od kiedy tylko ludzkość zajmuje się leczeniem. W trakcie ewolucji definicji tego pojęcia, jak i powstania wielu różnych jej podziałów,

określenie „błąd lekarski” nabrało szerokiego znaczenia, a adekwatnym określeniem do oceny wykonania bądź zaniechania procedur związanych z pacjentem stało się obecnie sformułowanie „błąd medyczny”. Coraz częściej niechęć i agresja wobec pracowników służby zdrowia i lawinowo wzrastająca ilość skarg do policji i prokuratury są nie tyle efektem gwałtownego pogorszenia się dostępności do procedur leczniczych, co świadectwem wzrastających oczekiwań. Jako przyczyny tego zjawiska można wyróżnić:

- nagłaśnianie w mediach publicznych wyników prac badawczych i innowacyjnych w medycynie, co powoduje wiarę w możliwości współczesnej medycyny znacznie przewyższającą stan faktyczny,
- wzrastającą świadomość pacjentów w zakresie ich praw i obowiązków pracowników służby zdrowia wobec nich,
- mnożące się sprawy o odszkodowania finansowe za błędy medyczne, które spowodowały wręcz stworzenie nowej specjalności prawniczej, zajmującej się wyłącznie uzyskiwaniem rekompensat finansowych,
- szeroki dostęp społeczeństwa do kwalifikowanej opieki medycznej, a w związku z tym rozszerzająca się sfera zarówno pomocy efektywnej, jak i możliwych błędów czy niepowodzeń medycznych.

Należy zwrócić uwagę, że większość złożonych do organów ścigania skarg na postępowanie personelu medycznego dotyczy niepowodzenia medycznego, a nie błędów. Najczęstszą kategorią błędów medycznych są błędy organizacyjne, związane ze złym zarządzaniem i niedostatecznym nadzorem merytorycznym. Na drugim miejscu znajdują się błędy techniczne.

Pacjenci, coraz bardziej świadomi swoich praw, reprezentowani przez coraz lepiej przygotowane kadry prawników, coraz śmielej wnoszą skargi i zakładają procesy sądowe przeciwko lekarzom i placówkom medycznym. Niemal każda taka sprawa pociąga za sobą konieczność zaangażowania biegłych sądowych. W przyszłości należy się spodziewać wzrostu liczby spraw i rozszerzenia ich zakresu o nowe dziedziny medycyny, takie jak transplantologia i rozród wspomagany.

Literatura

- Błędna diagnoza w praktyce ogólnolekarskiej*, red. H. H. Schromgens, tłum. S. Filipecki, Warszawa 1996.
- Brzeziński T., *Błąd lekarski a etyka*, [w idem:] *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 261–268.
- Filar M., *Rola odpowiedzialności zawodowej lekarza w systemie prawnym*, „Biuletyn Informacyjny Sądu Lekarskiego i Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej” 2001, nr 4/5, s. 1–3.
- Filar M., *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi działaniami lekarskimi*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5(2), s. 59–72.
- Frazer J., *Złota gałąź. Studia z magii i religii*, Warszawa 1978, s. 47.

BŁĄD MEDYCZNY

- Gorzelańczyk E. J., Błaszak P., *Wybór przepisów prawnych dla lekarza praktyka*, Poznań 2000, s. 8–219.
- Haberko J., Kocylowski R. D., Pawelczyk B., *Lege artis. Problemy prawa medycznego*, Poznań 2008, s. 8–53.
- Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988, s. 10–89.
- Jaegermann K., Marek Z., *Rozbieżności w opiniach sądowo-lekarskich*, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1979, nr 29(4), 249–257.
- Jurek T., *Pojęcia medyczne stosowane w karnej kwalifikacji uszkodzeń ciała*, praca doktorska, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich, Wydział Lekarski, Wrocław 2007 [maszynopis]
- Lisowski A., *Przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu. Orzecznictwo Sądu Najwyższego*, Warszawa 1996.
- Liszewska A., *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Zakamycze 1999, s. 19–55, 153–199.
- Marek Z., *Błąd medyczny*, Kraków 1999, s. 31–102.
- Przybyłski Z., Kordel K., *Karna i Cywilna odpowiedzialność lekarza*, [w:] *Położnictwo i Ginekologia*, red. T. Pisarski, Warszawa 1998, s. 859–870.
- Przybyłski Z., Słomko Z., *Zagadnienia prawno-medyczne*, [w:] *Ginekologia*, t. 2, red. Z. Słomko, Warszawa 2008, s. 1264–1271.
- Świątek B., *Błąd medyczny*, prezentacja, oprac. w Katedrze Prawa Medycznego ZMS AM we Wrocławiu.
- Torwald J., *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga*, Wrocław 2000, s. 21–58.
- Zoll A., *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 34–76.

