

Komunikat

W dniu 10 grudnia 1999 roku Kapituła Nagrody imienia Dra Jana Zygmunta Robla po raz kolejny nagrodziła najlepsze prace magisterskie i dyplomowe z dziedziny nauk sądowych.

Kapituła po zapoznaniu się z pracami i recenzjami jednogłośnie postanowiła przyznać Nagrodę im. Dra Jana Zygmunta Robla za rok akademicki 1998/1999 Pani mgr Barbarze Lewandowskiej-Nalepie za pracę pt. „Przestępstwa popełniane przy użyciu nowoczesnych technologii przetwarzania informacji” obronionej na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu. Promotorem pracy był prof. dr hab. Mariusz Kulicki, kierownik Katedry Kryminalistyki UMK.

Dotychczas Nagrody imienia Dra Jana Zygmunta Robla zostały przyznane za prace z zakresu: kryminalistyki (czterokrotnie), toksykologii (dwukrotnie), psychologii sądowej (jednokrotnie) i hemogenetyki sądowej (jednokrotnie).

Announcement

On 10th December 1999, once again, the Chapter of the Dr. Jan Zygmunt Robel Award selected the best Master's thesis and diplomas in the field of forensic science.

After studying both the thesis and the reviews, the Chapter has unanimously decided to grant the Dr. Jan Zygmunt Robel Award to Mrs. Barbara Lewandowska-Nalepa for the thesis entitled "The offences committed using new technologies of information transformation", elaborated in the academic year 1998/1999, and presented at the Faculty of Law and Administration at the Mikołaj Kopernik University in Toruń. The work was written under Professor Mariusz Kulicki, Head of the Criminalistic Department at the MKU.

Previously, the Dr. Jan Zygmunt Robel Award had been given to works in the fields of: criminalistics (four times), forensic toxicology (twice), forensic psychology (once), forensic haemogenetics(once).

Stanisława Kabiesz-Neniczka

Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach*

Medico-legal opinions in the case of a physician's error in the material of the Forensic Medicine Department of the Silesian Academy of Medicine in Katowice

Z Katedry Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. H. Sybirska

Badaniami objęto 88 spraw rozpatrywanych w okresie kolejnych szesnastu lat 1975 - 1990 przez zespoły opiniodawcze w Katedrze Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej. Z analizowanego, archiwalnego materiału wynika, że na 88 ocenianych spraw w 21 dopatrzonego się nieprawidłowości w postępowaniu lekarza, co stanowi 23,9 %. Ilość błędów diagnostycznych wynosiła 17, tj. 80,9 %, a 4 sprawy zakwalifikowano do błędów terapeutycznych. Wśród 21 opinii, w których postępowanie lekarskie zakwalifikowano jako błędne, w 9 sprawach miało ono miejsce we wstępnej fazie diagnostycznej, określanej terminologią „doraźna”. Wśród specjalności klinicznych, w stosunku do których najczęściej pojawiały się zarzuty o błędne postępowanie lekarskie, na czoło wysuwały się ginekologia i położnictwo - 17, interna - 15, pediatria - 10.

In years 1975 - 1990 there have been studied 88 cases under investigation by Consultative Bodies at the Forensic Medicine Department, Silesian Academy of Medicine in Katowice. From the archives it appears that a physician's error was found in 21 out of 88 cases (23,9 %). The number of diagnostic errors was 17 (80,9 %) and in 4 cases therapeutic errors were found. Among 21 opinions in which therapeutic management was incorrect, it appeared in the initial "immediate" diagnostic phase in 9 cases. Gynaecology and obstetrics (17), internal medicine (15) and paediatrics (10) were clinical specialities in which incorrect therapeutic management was most often found.

Słowa kluczowe: błąd lekarski, analiza opinii sądowo-lekarskich
Key words: physician's error, analysis of medico-legal opinions

WSTĘP

Problematyka błędu lekarskiego jest stale aktualna i budzi żywą dyskusję zarówno w kręgach i środowiskach lekarskich, jak i też w odbiorze społecznym. Ostro zarysowuje się odpowiedzialność lekarza wobec zmieniających się form opieki zdrowotnej (1, 2, 3, 7, 8). Z drugiej strony widoczne są naciski i często niesprawiedliwa ocena działań lekarskich bez względu na wymiar ryzyka leczniczego. W znacznej ilości rozważań teoretycznych na temat błędnego postępowania lekarskiego, często różniących się między sobą można wyodrębnić trzy podstawowe pojęcia, w różny sposób interpretowane, na bazie których usiłowano stworzyć definicję błędu sztuki lekarskiej i zasad odpowiedzialności lekarza za ten błąd. Do pojęć tych należą najogólniej rzecz ujmując: a) niedostatek wiedzy fachowej lekarza b) niezastosowanie się lekarza do aktualnego stanu wiedzy medycznej c) niedbalstwo lub nieuwaga.

Na karalny błąd lekarski składają się następujące elementy: 1) postępowanie (działanie lub zaniechanie) niezgodne ze współczesnymi i obowiązującymi powszechnie podstawowymi zasadami wiedzy lekarskiej; 2) wina nieumyślna lekarza; 3) ujemny skutek.

W tym świetle przedstawiona analiza błędu lekarskiego dokonana na podstawie studium wybranych akt sprawy zawierających przebieg postępowania lekarskiego może stanowić ważny przyczynek do dyskusji nad tym problemem. Przyczynić się ona może do wyrażania bardziej zdecydowanej odpowiedzi na ważne pytanie - kto ma ponosić ryzyko lecznicze przy stosunkowo nawet niewielkich uchybieniach lekarza lub szerzej-służby zdrowia? (4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13).

CEL PRACY

Celem pracy była prezentacja opinii sądowo-lekarskich, w których stosowaliśmy klasyczne kryteria błędu lekarskiego z ograniczeniem do błędów diagnostycznych i terapeutycznych oraz uwzględniających w znacznej mierze zakres i trwałość ewentualnych, ujemnych skutków na zdrowiu pacjenta. Wyniki analizy mogą zatem stanowić odniesienie porównawcze dla ocen innych ośrodków, w których zastosowano inne kryteria błędu np.: przesunięte w kierunku nadania większego znaczenia zasadzie naruszenia rygorów wiedzy i norm etycznych - a mniejszego w odniesieniu do ujemnych skutków. Zróznicowana mogła to być także ocena związku przyczynowego, zwłaszcza jego bezpośredniość. Celem ostatecznym przedstawionej analizy było:

1. Zasadność podjętego zarzutu i ocenę okoliczności zaistnienia ewentualnego błędu.
2. Podział na specjalności lekarskie.
3. Podział na rodzaje błędów.
4. Przeprowadzenie porównania dotyczącego stopnia zawinienia lekarzy i innych osób, częstości występowania błędów w poszczególnych dziedzinach i sytuacjach organizacyjnych.

MATERIAŁ I METODA

Badaniami objęto 88 opinii wybranych z zasobów archiwalnych Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach i sformułowanych przez zespoły specjalistów różnych dyscyplin medycznych, w okresie szesnastu lat. Uwzględniono w badaniach szczegółową analizę merytoryczną w oparciu o podziały klasyczne i definicje ujmujące błąd lekarski jako nieprawidłowość w procesie leczniczym, a także w procesie diagnostycznym, polegającą na odejściu od zasad wiedzy lekarskiej a wynikającą z niedbalstwa lub lekkomyślności. Oddzielnie analizowano problem zaniechania, nieprawidłowości organizacyjnych, a także badano związki skutkowo-przyczynowe uznając lub nie uznając ich bezpośredniości. Przeprowadzono porównania uzyskanych zbiorów poszczególnych przypadków błędów, które poddano ocenie za pomocą rachunku statystycznego.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Na 88 rozpatrywanych spraw w 21 przypadkach zespoły opiniodawcze oceniły postępowanie lekarskie jako błędne. Stanowi to 23,9 %.

Szczegółowa analiza charakteru wskazanych nieprawidłowości medycznych pozwoliła na wyróżnienie dwóch zasadniczych kategorii błędnego postępowania: diagnostycznego i terapeutycznego. Podział na kategorie błędów przedstawiono w tabeli nr I.

Tabela I. Zestawienie liczby błędów uznanych za błędy diagnostyczne i terapeutyczne oraz procentowy wskaźnik tych kategorii.

Table I. Number comparison of errors admitted to be diagnostic or therapeutic ones and their proportional ratio.

Ilość błędów ogółem Total number of errors	Ilość błędów diagnostycznych Number of diagnostic errors	Ilość błędów terapeutycznych Number of therapeutic errors	Stosunek procentowy błędów diagnostycznych do ilości błędów ogółem Proportional ratio of cases with diagnostic error admitted to total number of errors
21	17	4	80,90%

Analizowano szczegółowo podział ujawnionych błędów diagnostycznych i terapeutycznych uwzględniający specjalności medyczne. Stwierdzono, iż błąd terapeutyczny występował najczęściej w ginekologii i chirurgii, zaś największą ilość błędów diagnostycznych stwierdzono w pomocy doraźnej, internie i neurologii. Analizę tą przedstawiono w tabeli nr II.

Tabela II. Zestawienie uznanych błędów z uwzględnieniem kryterium podziału na błędy diagnostyczne i terapeutyczne w rozbiciu na specjalności.

Table fl. Comparison of admitted errors according to the criterion of classifying among diagnostic and therapeutic ones with regard to specialities.

Specjalność Speciality Rodzaj błędu Kind of error	Pomoc Doraźna Emergency medical aid	Ginekologia i Położnictwo Gynaecology and obstetrics	Interna Interna! medicine	Neurologia Neurology	Chirurgia Surgery	Pediatria Paediatrics
Terapeutyczny Therapeutic	–	3	–	–	1	–
Diagnostyczny Diagnostic	9	1	3	2	1	1

W dostępnym materiale wykazano, iż najwięcej błędów popełniono w tzw. pomocy doraźnej, ginekologii i położnictwie oraz internie i pediatrii, co zawarto w tabeli nr III.

Na podstawie analizy omawianych przypadków stwierdzić można, iż stosunkowo ograniczona liczba orzeczonych błędów w warunkach leczenia szpitalnego może świadczyć o poprawnym stanie wiedzy i umiejętnościach personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w wyspecjalizowanych jednostkach organizacyjnych leczenia a o większym zagrożeniu błędnością w otwartej służbie zdrowia.

Grupą lekarzy szczególnie narażonych na popełnienie błędu w sztuce lekarskiej byli tzw. „lekarze pierwszego kontaktu” - np.: pracownicy pogotowia ratunkowego, izb przyjęć w szpitalach, izb wytrzeźwień.

W badanym materiale ujawniono zdecydowaną przewagę błędów natury diagnostycznej. Dotyczyła ona nieprawidłowości popełnionych w pierwszej fazie kontaktu lekarza z pacjentem, a więc w rozpoznaniu wstępnym.

Częstość występowania błędu diagnostycznego, polegającego na nierozpoznaniu stanów pourazowych, maskowanych przez działania alkoholu, świadczy o niedostatecznym przygotowaniu lekarzy do diagnozy różnicowej w tym zakresie.

Obserwowano również braki w kompetencji lekarzy w zakresie diagnozy różnicowej neurologicznej, krwotoków śródczaszkowych, objawów narastającej ciasnoty śródczaszkowej i właściwej oceny zagrożenia życia chorego. Dotyczą one zarówno lekarzy „pierwszego kontaktu” (pogotowia ratunkowego), jak 1 lekarzy izb przyjęć i izb wytrzeźwień.

Zaobserwowano istniejące braki w systemie organizacyjnym służby zdrowia, zwłaszcza w zakresie tzw. „obiegu informacji”, czy też „pośrednictwa informacyjnego”. Brak jest również podziału kompetencyjnego pomiędzy lekarzami reprezentującymi różny „szczebel” procesu leczniczego (np.: lekarz pogotowia - lekarz dyżurny izby przyjęć - lekarz przychodni rejonowej).

Tabela Ml. Zestawienie badanych spraw o błąd lekarski w rozbiciu na poszczególne specjalności z uwzględnieniem wskaźników procentowych.

Table Eli. Comparison of examined cases on a physician's error with regard to speciality and proportional ratios.

Specjalność Speciality	Spraw ogółem Total number of cases	Ilość spraw w których stwierdzono błąd Number of cases with error admitted	Stosunek procentowy spraw w których stwierdzono błąd do całej liczby badanych spraw Proportional ratio of cases with error admitted to total number of cases	Stosunek procentowy spraw w danej specjalności do całej liczby badanych spraw. Proportional ratio of cases for particular speciality to total number of cases
Pomoc Doraźna Emergency medical aid	19	9	47,40%	21,60%
Ginekologia i położnictwo Gynaecology and obstetrics	17	4	23,50%	19,30%
Interna Internal medicine	15	3	20%	17%
Chirurgia Surgery	9	2	22,20%	10,20%
Neurologia Neurology	9	2	22,20%	10,20%
Pediatria Paediatrics	10	1	10%	11,40%
Farmacja Pharmacy	3			3,40%
Anestezjologia Anaesthesiology	1			1,40%
Kardiologia Cardiology	1			1,40%
Laryngologia Laryngology	1		–	1,40%
Onkologia Oncology	1	–	–	1,40%
Ogółem Total	88	21	23,90%	

Przeprowadzona analiza wykazała, iż najczęstsze podłoże patofizjologiczne, w którym oceniono postępowanie lekarskie jako błędne, to urazy mózgowo-czaszki z krwinkami śródczaszkowymi oraz stany tzw. ostrego brzucha, a także powikłania pooperacyjne. Szczegółowa analiza wydanych ocen została zawarta

w tabeli nr IV.

Tabela IV. Najczęstsze podłoże patofizjologiczne badanych przypadków z zarzutem popełnienia błędu lekarskiego.

Table IV. The most frequent pathophysiological basis of the examined cases with a charge of making a physician's error.

	Błąd uznany Error admitted	Błąd nieuznany Error non admitted
Niewydolność wieńcowa - zawał mięśnia sercowego Coronary failure — Myocardial infarction	1	6
Urazy mózgowczaszki krwiaki śródczaszkowe Cranio-cerebral injuries Intracranial haematomas	7	8
Ostry brzuch choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy Acute abdomen Chronic gastric and duodenal ulcer disease	2	4
Zatrucia Alkohol Leki Poisonings Alcohol Medicines	1	
Położnictwo nieprawidłowe Rozwiązanie porodu Obstetrics; wrong delivery	1	15
Niewydolność oddechowa Zapalenia płuc Respiratory failure Pneumonia	1	7
Powikłania pooperacyjne Postoperative complications	2	9
Inne Other	2	18
Ogółem Total	21	67

Miejscem interwencji lekarskiej, gdzie najczęściej powstawało podejrzenie błędnego działania lekarskiego, był: szpital, izba przyjęć, izba wytrzeźwień, miejsce zamieszkania.

Tabela V. Miejsca interwencji lekarskiej w których powstało podejrzenie błędnego działania lekarskiego.

Table V. Places of medical intervention in which the wrong therapeutic action was suspected.

		Błąd uznany Error admitted	Błąd nieuznany Error non admitted
	Ulica Street	—	1
	Dom House	3	10
Pomoc doraźna Emergency medical aid	Ambulatorium pogotowia Outpatient department of emergency	1	3
	Hotel robotniczy Lodging - house	—	1
Izba przyjęć szpitala Admission room		3	2
Izba wytrzeźwień Sobering room		2	1
Przychodnia Outpatient clinic		1	2
Szpital Hospital		9	40
Klinika Teaching hospital		1	—
Inne Other		1	7
Ogółem Total		21	67

WNIOSKI

1. W przedstawionych do opiniowania sądowno-lekarskiego sprawach o błąd lekarski w co piątej sprawie uznano fakt zaistnienia błędu i winę lekarza.

2. Reorganizacja pierwszej pomocy i postępowania doraźnego (diagnostycznego) może zmniejszyć liczbę popełnianych tam błędów. W leczeniu zespołowym konieczne jest ściśle organizacyjne określenie kompetencji poszczególnych lekarzy. Należałoby rozważyć potrzebę uregulowania prawnego w postaci wytycznych czy regulaminów postępowania w przypadkach wątpliwej diagnozy pierwszego kontaktu. Byłyby to wytyczne dla lekarzy dyżurnych szpitali, pogotowia ratunkowego, personelu pomocniczego izb wytrzeźwień, a także służb prewencyjnych Policji.

3. W nauczaniu przedmiotów klinicznych na uczelniach medycznych należy zwrócić większą uwagę na diagnozę różnicową przypadków zagrożonych częstymi błędami diagnostycznymi. Dotyczy to zwłaszcza ostrych urazowych

przypadków, połączonych z równoległym toksycznym, zacierającym objawy urazu, działaniem alkoholu.

4. Opiniowanie błędu lekarskiego powinno pozostać w obszarze medycyny sądowej w oparciu o kolegialne, komisyjne, wielospecjalistyczne rozstrzygnięcia samodzielnych pracowników nauki. Jak wskazuje przedstawiona analiza, nadal dla oceny błędów lekarskich przydatne są klasyczne kryteria błędu uwzględniające zwłaszcza zakres ujemnych skutków na zdrowiu pacjenta.

PIŚMIENICTWO

I. Baran E.: Uwagi na temat przydatności zachowania pojęcia „błąd lekarski” w opiniowaniu sądowym. Arch. Med. Sąd. Krym. 1995, 45, 1, 33-36 - 2. Baran E.: Błąd medyczny w opiniach Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w sprawach karnych w latach 1990-1994. Arch. Med. Sąd. Krym. 1995, 45, 2, 173-179 - 3. Baran E. Woźniak K.: Błąd lekarski (decyzyjny) w badaniach pośmiertnych sądowo-lekarskich. VI Ogólnopolska Konferencja Naukowa Błąd Medyczny oraz Symposium Hemogenetyczne. Streszczenia 1996, 14 - 4. Dzida J.: Granice kompetencji medyka sądowego przy współopiniowaniu z lekarzami innych specjalności. VI Ogólnopolska Konferencja Naukowa Błąd Medyczny oraz Symposium Hemogenetyczne. Streszczenia 1996, 15 - 5. Kołodziej J. Marek Z.: Ocena postępowania lekarskiego w stosunku do zatrutych alkoholem. VI Ogólnopolska Konferencja Naukowa Błąd Medyczny oraz Symposium Hemogenetyczne. Streszczenia 1996, 27 - 6. Kunz J.: Niektóre przyczyny rozbieżności stanowisk prawników i biegłych lekarzy w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Cz. 1: Problematyka związku przyczynowego. Arch. Med. Sąd. Krym. 1992, 42, 1, 38-60. - 7. Marek Z. Plac-Bobula E. : Klasyfikacja błędu medycznego. Arch. Med. Sąd. I Krym. 1994, 44, 2, 187-201. - 8 Marek Z. : Błąd diagnostyczny czy/i nieprawidłowości organizacyjne Arch. Med. Sąd. Krym. 1989, 39, 1. - 9. Nasiłowski W. Szczepański J.: Błąd lekarski rozpatrywany w granicach odpowiedzialności zawodowej. Arch. Med. Sąd. Krym. - 10. Nasiłowski W. Szczepański J.: Realizm opinii sądowo-lekarskiej w sprawach o błąd lekarski. Arch. Med. Sąd. I Krym.

II. Popielski B.: Medycyna i prawo. PZWL, Warszawa, 1968. -12. Popielski B. Kobiela J.: Medycyna sądowa. PZWL, Warszawa 1972. -13. Świątek B. Tajemnica lekarska a przestępstwa przeciwko wolności. Postępy Med. Sąd. I Krym. 1995, 2, 45-50. -14. Świątek B. Problemy sądowo-lekarski a aktualne przepisy prawne. Postępy Med. Sąd. I Krym. 1995, 2, 51-58

Adres autora:

Katedra Medycyny Sądowej AM w Katowicach
40-752 Katowice
ul. Medyków 18

Ewa Raczek

Polimorfizm układu D1S80 w populacji Górnego Śląska; jego przydatność w badaniach spornego ojcostwa

D1S80 polymorphism in the Upper Silesia population; its application to paternity testing

Z Katedry Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. H. Sybirska

Badania populacyjne lokus D1S80 obejmują 260 osób dorosłych niespokrewnionych z regionu Górnego Śląska. Obserwowano 20 alleli, 57 fenotypów spośród 210 możliwych; najczęściej występujące allele to :24 (35.19%), 18 (23.65%) i 31 (7.69%), zaś fenotypy - 18-24 (15.77%), 24-24 (12.69%) i 18-18 (5.77%). W populacji jest zachowana równowaga Hardy-Weinberg'a. W niniejszej pracy porównano wyniki badań polimorfizmu lokus D1S80 w populacji górnośląskiej z 6 innymi populacjami polskimi przeprowadzając analizę homogenności w badanym układzie (test Carmody'ego). W populacji górnośląskiej wielkości istotne dla potrzeb sądowo-lekarskich zastosowania układu przyjmują następujące wartości: Ht obs. = 78.85%, Ht ocz. = 80.29% , PD = 94.14%, PM = 5.86%, PE = 60.30% i PIC = 78.36%.

A population study of the D1S80 locus was carried out in 260 unrelated adults from the Upper Silesia region. Out of the 210 possible phenotypes, 57 were observed; alleles 18, 24 and 31 were detected with a frequency of 0.3519, 0.2365 and 0.0769 respectively. The Upper Silesia population shows HWE; the homogeneity of the Polish population was analysed by the Carmody test. The observed heterozygosity was 78.85%, the expected heterozygosity (unbiased) = 80.29%± 2.47, PD = 94.14%, PM = 5.86%, PE = 60.30% and PIC = 78.36%.

Słowa kluczowe: D1S80, badania populacyjne, test homogenności, mutacja

Key words: D1S80, population data, homogeneity test, mutation