

**Czesław Chowaniec, Christian Jabłoński, Mariusz Kobek, Małgorzata Chowaniec**

## **Narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, jako konsekwencja błędu organizacyjnego – analiza przypadku**

### **Exposure to the risk of loss of life or detriment to health as a consequence of an organizational error – a case report**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Zofia Olszowy

Zachodzące w ostatnich latach częste zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia mogą powodować dezorganizację w pracy placówek medycznych, szczególnie wysoko wyspecjalizowanych, świadczących usługi medyczne o najwyższym stopniu referencyjności. Stan taki może prowadzić do obniżenia jakości świadczonych usług, co potencjalnie może skutkować narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Dla zilustrowania problemu przedstawiono przypadek 45-letniego mężczyzny, kiedy to zaistniałe nieprawidłowości organizacyjne – systemowe – doprowadziły do opóźnienia w udzieleniu właściwej pomocy lekarskiej, a w konsekwencji do zmniejszenia powodzenia leczniczego i pogorszenia rokowania na przyszłość.

Frequent changes in organization of the Polish health care sector observed over the past few years may lead to disruption of work in health care institutions, particularly in tertiary, highly specialist centers. Such a situation may result in decreasing the quality of services, what may potentially cause exposing the patient to the risk of death or severe detriment to health. To illustrate the problem, the authors present a case of a 45-year old man, where some organizational errors led to a delay in rendering medical care and in consequence to a poorer therapeutic outcome and poorer prognosis.

**Słowa kluczowe:** błąd organizacyjny, kodeks karny, opiniowanie sądowo-lekarskie  
**Key words:** organizational error, criminal code, formulating an opinion

Zachodzące w ostatnich latach częste zmiany w funkcjonowaniu służby zdrowia mogą powodować dezorganizację w pracy placówek medycznych, szczególnie wysoko wyspecjalizowanych, świadczących usługi medyczne o najwyższym stopniu referencyjności. Stan taki może prowadzić do obniżenia jakości świadczonych usług, co potencjalnie może skutkować narażeniem na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu.

Dla zilustrowania problemu autorzy przedstawiają przypadek 45-letniego mężczyzny, kiedy zaistniałe nieprawidłowości organizacyjne – systemowe – doprowadziły do istotnego opóźnienia w udzieleniu właściwej, adekwatnej pomocy lekarskiej, a w konsekwencji do pomniejszenia szans leczniczych i pogorszenia rokowania na przyszłość.

Opiniowanie medyczno-sądowe dla potrzeb postępowania karnego w przypadkach oceny postępowania lekarskiego i wpływu ewentualnych nieprawidłowości na przebieg procesu terapeutycznego napotyka wiele trudności. W szczególności dotyczy to sytuacji, gdy zadaniem biegłego jest rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku doszło do zaistnienia wystąpienia stanu narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu – z winy personelu medycznego. Niepełna lub niejednoznaczna dokumentacja lekarska, brak badań pośmiertnych oraz sprzeczności pomiędzy zeznaniami lekarzy i pielęgniarek, a świadków leczenia – nie zawsze pozwalają na jednoznaczną ocenę właściwości działań

lecniczych i określenie bezpośredniej przyczyny śmierci oraz patomechanizmu zgonu, a tym samym w znacznym stopniu utrudniają podjęcie decyzji co do stopnia wpływu ewentualnego błędu lekarskiego na uszczerbek na zdrowiu lub zgon pacjenta.

Błąd tego rodzaju kojarzony jest zazwyczaj z osobistym postępowaniem personelu medycznego (zazwyczaj lekarskiego). Zdarzają się jednak przypadki, gdzie pogorszenie się stanu zdrowia chorego lub jego zgon należałoby wiązać z nieprawidłowościami w organizacji służby zdrowia – co zwłaszcza może mieć miejsce w okresie przejściowym, w jakim od dłuższego czasu znajduje się system zdrowotny w Polsce.

## OPIS PRZYPADKU

Dla zilustrowania tego, jak najbardziej aktualnego problemu, autorzy przedstawiają opiniowany w KMS SAM przypadek 45-letniego mężczyzny. Wg treści akt sprawy, w dniu 05.08.1999 roku, w wyniku potrącenia przez samochód Z. A. doznał urazu czaszkowo-mózgowego połączonego z krwotokiem podpajęczynówkowym z przebiciem do układu komorowego, stłuczeniem tkanki mózgowej i następowym, pourazowym obrzękiem mózgu, a także stłuczenia lewej połowy klatki piersiowej. Wyjściowo, w następstwie doznanych obrażeń ciała u Z. A. doszło do nagłego zatrzymania krążenia w mechanizmie migotania komór – co skutkowało pełnymi wykładnikami śmierci klinicznej. Bezpośrednio po wypadku pomocy lekarskiej Z. A. udzielił zespół karetki „R” pogotowia ratunkowego, który (po odzyskaniu funkcji układu krążenia) przewiózł chorego do oddziału chirurgicznego, pełniącego w tym dniu ostry dyżur urazowy. Ze względu na rozpoznany uraz głowy i podejrzenie urazu wielonarządowego chory został przewieziony do wysokospecjalistycznego centrum medycyny ratunkowej, gdzie wykonano badania obrazowe mózgu, a po konsultacji zdyskwalifikowano od leczenia operacyjnego – neurochirurgicznego, a następnie odesłano do placówki kierującej. Mimo utrzymującego się dalej, ciężkiego stanu klinicznego (stanowiącego bezwzględne wskazania do hospitalizacji w warunkach oddziału intensywnej terapii, ewentualnie oddziału medycyny ratunkowej), pacjenta przewieziono ponownie do izby przyjęć szpitala pełniącego ostry dyżur urazowy – nie mającego możliwości zapewnienia choremu adekwatnej opieki i terapii. Dopiero po upływie ponad 4 godzin od wypadku Z. A. został przyjęty do jednej z klinik anestezjologii i intensywnej terapii akademii medycznej.

W toku dalszej analizy dokumentacji stwierdzono, że w tym dniu, w dużym mieście wojewódzkim nie można było umieścić chorego na oddziale

intensywnej terapii, a wysoko wyspecjalizowane centrum medycyny ratunkowej nie dysponowało funkcjonującym oddziałem tego rodzaju lub podobnym. Z zeznań lekarzy udzielających wstępnej pomocy Z. A. wynikało, że system organizacji służby zdrowia wykluczał możliwość przewiezienia i przyjęcia poszkodowanego do innego, niż pełniącego ostry dyżur szpitala – mimo bezwzględnych wskazań medycznych. Zauważyć także nie sposób, że początkowo tożsamość Z. A. była nie ustalona (pacjent funkcjonował jako NN mężczyzna) – co w ocenie biegłych w znaczącej mierze mogło konkretnym przypadku skutkować opieszałością i przewłocznością w udzieleniu odpowiedniej pomocy i postępowaniu decyzyjnym z pacjentem.

## OMÓWIENIE I WNIOSKI

Na podstawie całości materiału dowodowego, w tym w szczególności dokumentacji lekarskiej, w odpowiedzi na pytania prokuratury dotyczące oceny postępowania lekarskiego (w szczególności w ośrodku medycyny ratunkowej) podjętego w stosunku do Z. A. i narażenia go na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty zdrowia i życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, nie dopatryliśmy się znamion błędu medycznego w postępowaniu poszczególnych lekarzy sprawujących opiekę na Z. A. od momentu wypadku do przyjęcia do kliniki intensywnej terapii.

Dalej stwierdziliśmy, że poszkodowany po wyprawieniu go ze stanu śmierci klinicznej bezwzględnie wymagał dalszego, intensywnego leczenia, jak również przeprowadzenia odpowiednio szerokiej diagnostyki. W tej sytuacji jedynie słuszną decyzją, z punktu widzenia wiedzy medycznej, powinno być niezwłoczne przekazanie pokrzywdzonego do ośrodka o wysokim stopniu referencyjności, dysponującego odpowiednim, technicznym zapleczem diagnostycznym, a przede wszystkim wyposażonego w oddział intensywnej terapii i opieki medycznej. Podjęcie przez zespół karetki „R” decyzji o przewiezieniu Z. A. bezpośrednio z miejsca wypadku do takiego ośrodka byłoby najbardziej optymalne. Jeśli jednak zespół pogotowia ratunkowego, ze względów organizacyjnych był zobligowany do przekazania pokrzywdzonego najpierw do placówki pełniącej ostry dyżur chirurgiczno-urazowy, to wówczas decyzja taka, jakkolwiek nie w pełni zgodna z normatywem postępowania lekarskiego, była jednak usprawiedliwiona ówczesnymi (nie do końca prawidłowymi) względami organizacyjnymi. Z. A. ze względu na charakter doznanych obrażeń czaszkowo-mózgowych oraz skrajnie ciężki stan kliniczny wymagał leczenia w warunkach oddziału

intensywnej terapii – w ośrodku dysponującym jednocześnie możliwościami kompleksowej diagnostyki ciężkich stanów urazowych i zapewniającym odpowiednie możliwości terapeutyczne. Możliwości takie powinny zapewnić centrum medycyny ratunkowej, jako ośrodek wyspecjalizowany w diagnostyce i leczeniu ciężkich przypadków urazowych, w tym komunikacyjnych – jednak pod warunkiem, iż w ośrodku tym rzeczywiście funkcjonowałby oddział medycyny ratunkowej. Jednak oddział taki został powołany dopiero 2 miesiące po wypadku Z. A., a w rzeczywistości pełną działalność diagnostyczno-terapeutyczną, zgodną z istotą funkcjonowania takiego oddziału, rozpoczął kilka miesięcy po wypadku. W związku z tym, w rozważaniach dotyczących kwestii odpowiedzialności lekarzy należałoby uwzględnić rzeczywiste, a nie iluzoryczne możliwości tego ośrodka.

Ostatecznie nie można było także wykluczyć, że mimo wyjściowo ciężkiego stanu klinicznego Z. A. (będącego bezpośrednią konsekwencją doznanych obrażeń ciała) stanowiącego ciężki uszczerbek na zdrowiu, zaistniałe nieprawidłowości organizacyjne – systemowe – doprowadziły do istotnego opóźnienia w udzieleniu właściwej, adekwatnej pomocy lekarskiej, a w konsekwencji do pomniejszenia szans leczniczych i pogorszenia rokowania na przyszłość.

Teza taka wydaje się być zasadna zwłaszcza w świetle tego, że Z. A. (mimo skrajnie ciężkiego stanu wyjściowego) został utrzymany przy życiu, a nawet, dzięki specjalistycznemu i intensywnemu leczeniu jego stan nieco się poprawił z zakresie wydolności ośrodkowego układu nerwowego i sprawności funkcjonalnej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Chowaniec Cz., Chowaniec M., Jabłoński Ch.: Zagrożenie błędem medycznym i lekarskim

w warunkach prywatnego gabinetu. *Postępy Med. Sąd. i Krym.* 1997; 3:139-142.

2. Filar M.: *Lekarskie prawo karne*. Zakamycze, Kraków 2000.

3. Jaegermann K., Marek Z., Baran E.: Błąd organizacyjny w służbie zdrowia, *Arch. Med. Sąd. i Krym.*, 1982; 32, 1-12.

4. Kabiesz-Neniczka St.: Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawie błędu lekarskiego w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej AM w Katowicach. *Arch. Med. Sąd. i Krym.*, 2000, 50, 1, 49-56.

5. Kordel K., Kępa J.: Opinie sądowo-lekarskie w sprawach o popełnienie błędu medycznego w latach 1990-1995. *Postępy Med. Sąd. i Krym.* 1997; 3:53-60.

6. Liszewska A.: *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*. Zakamycze, Kraków 1998.

7. Marek Z.: *Błąd medyczny*. Krakowskie Wyd. Med., 1999.

8. Marek Z.: Błąd diagnostyczny czy/i nieprawidłowości organizacyjne? *Arch. Med. Sąd. i Krym.* 1989; 39, 1:41-45.

9. Marek Z., Plac-Bobula E.: Klasyfikacja błędu medycznego. *Arch. Med. Sąd. i Krym.* 1994; 44, 2:236-238.

10. Nasiłowski Wł., Szczepański J.: Błąd lekarski rozpatrywany w granicach odpowiedzialności zawodowej. *Arch. Med. Sąd. i Krym.*, 1997, 47, 2, 99-105.

11. Rygol K., Kobek M., Neniczka St.: Ryzyko błędu diagnostycznego w warunkach pogotowia ratunkowego lub Izby przyjęć. *Postępy Med. Sąd. i Kryminologii*, 1997; 3:119-123.

Adres pierwszego autora:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

40-752 Katowice

ul. Medyków 18

e-mail: martinchow@vp.pl