

Czesław Chowaniec, Małgorzata Chowaniec, Mariusz Kobek, Agnieszka Nowak

**O przyczynach błędu medycznego w stanach zagrożenia życia –
ocena sądowo-lekarska na podstawie analizy materiału aktowego
Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w Katowicach od 2000 roku
do końca czerwca 2006 roku**

**On the causes of medical errors in life-threatening conditions – a medico-legal
assessment based on the material of the Chair and Department of Forensic
Medicine, Medical University of Silesia, Katowice, collected between 2000
and the end of June, 2006**

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

Autorzy dokonali sądowo-lekarskiej analizy spraw aktowych dotyczących oceny postępowania lekarskiego od 2000 roku do końca czerwca 2006 roku opiniowanych w Katedrze Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach. W analizie 101 spraw, w których powołane w naszej Katedrze zespoły biegłych uznały zaistnienie błędu, zwrócono uwagę na fakt, że w 82 przypadkach nieprawidłowe postępowanie lekarskie odnosiło się do stanów bezpośredniego zagrożenia życia – ostrego zespołu wieńcowego, urazów czaszkowo-mózgowych, tętniaków aorty i tętnic mózgowych, zatorowości płucnej, ostrych stanów chorobowych w obszarze jamy brzusznej – perforacja wrzodu żołądka i dwunastnicy, zapalenie wyrostka robaczkowego, pęknięcia urazowego śledziony, ostrych zaburzeń metabolicznych. Wśród uznanych błędów większość miała charakter błędu diagnostycznego, a dotyczyła pomocy doraźnej, szpitalnych izb przyjęć i oddziałów ratunkowych oraz izb wytrzeźwień. Autorzy zwrócili uwagę na czynniki wpływające na stopień zagrożenia błędem medycznym oraz najczęstsze przyczyny nieprawidłowości w postępowaniu lekarskim w odniesieniu do stanów bezpośredniego zagrożenia życia.

The authors analyzed the medico-legal opinions on medical management issued by the Chair and Department of

Forensic Medicine in Katowice between 2000 and the end of June, 2006. Among 101 cases, in which medical errors were recognized, in 82 instances inappropriate medical management was associated with direct life-threatening conditions, such as acute cardiac syndrome, cerebrocranial injuries, cerebral and aortic aneurysms, pulmonary embolisms, acute abdominal diseases, such as perforated gastric and duodenal ulcers, appendicitis, post-traumatic rupture of the spleen, and acute metabolic disorders. The majority of errors was diagnostic in character and involved the staff of emergency services, admission rooms and detoxification centers. The investigators also drew attention to factors affecting the degree of risk of medical error commission and the most common causes of inappropriate medical management in life-threatening conditions.

Słowa kluczowe: błąd medyczny, stan zagrożenia życia, opiniowanie sądowo-lekarskie
Key words: medical error, life-threatening condition, medico-legal opinions

W Zakładach Medycyny Sądowej obserwuje się od kilku lat stale wzrastającą liczbę spraw dotyczących oceny prawidłowości postępowania lekarskiego. Implikuje to próby poszukiwania przyczyn

tego zjawiska. Problematyka błędu medycznego jest dość częstym tematem konferencji oraz sesji tematycznych na zjazdach naukowych, jak również doniesień w piśmiennictwie prawnomedycznym. Z reguły prace mają charakter analiz statystycznych i porównawczych, względnie stanowią szersze opracowania obejmujące rozważania na temat klasyfikacji błędu medycznego, teorii opiniowania, czy kazuistycznych przypadków opiniodawczych z praktyki sądowo-lekarskiej [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Rzadziej autorzy zajmują się analizą sądowo-lekarską przyczyn błędu medycznego z uwzględnieniem uwarunkowań organizacyjnych i dokonujących się w ostatnich latach przekształceń w służbie zdro-

wia [7, 8, 9, 10]. Spotyka się również doniesienia omawiające problem błędu medycznego rozpatrywanego w aspekcie odpowiedzialności karnej lub zawodowej lekarzy [11, 2, 12].

Po przeanalizowaniu 101 spraw aktowych dotyczących oceny postępowania lekarskiego opiniowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej ŚAM w Katowicach, od 2000 roku do końca czerwca 2006 roku, w których powołane wielospecjalistyczne zespoły biegłych uznały zaistnienie błędu, zwrócono uwagę na fakt, że aż w 82 przypadkach – co stanowiło ponad 81 % – nieprawidłowe postępowanie lekarskie odnosiło się do stanów bezpośredniego zagrożenia życia.

Tabela I. Miejsca interwencji lekarskiej, w których zaistniało błędne działanie lekarskie w stanach zagrożenia życia n=82.

Table I. The places of the medical intervention where medical errors were committed in patients with life-threatening conditions, n=82.

Placówka służby zdrowia Health service facility		Liczba uznanych błędów Number of medical errors
S Z P I T A L L	Izba przyjęć Admission Room	16
	Szpitalny Oddział Ratunkowy Emergency Unit	12
	Oddział chirurgii ogólnej Surgical Department	4
	Oddział ortopedyczno-urazowy Department of Orthopedics and Traumatology department	3
	Oddział chorób wewnętrznych Department of Internal Medicine	3
Przychodnia rejonowa-ogólna / POZ / Lekarz rodzinny General practice/Primary care/Family doctor		10
Pogotowie ratunkowe Emergency service	Dom / Home	18
	Ulica / Street	6
	Ambulatorium / Outpatient Department	4
Izba wytrzeźwień Detoxification center		6

Wśród błędów zdecydowana większość miała charakter błędu decyzyjno-diagnostycznego (61 przypadków) przy czym w 32 przypadkach nieprawidłowości wyczerpywały znamiona błędu diagnostycznego i równocześnie leczniczego (terapeutycznego). W 6 przypadkach wskazano na poważne uchybienia organizacyjne. W 38 przypadkach błąd został popełniony w warunkach szpitalnych izb przyjęć, oddziałów ratunkowych oraz oddziałów szpitalnych (ortopedia, chirurgia ogólna, interna). Znaczny odsetek dotyczył pomocy doraźnej udzie-

lanej przez pogotowie ratunkowe (28 przypadków), w 16 przypadkach miejscem popełnienia błędu były izby wytrzeźwień lub przychodnie rejonowe – zakłady podstawowej opieki zdrowotnej.

Powyższą sytuację, wg naszych obserwacji, można wiązać z:

1. większą liczbą załatwianych przypadków w szpitalach przy mniej licznej obsadzie personalnej,
2. zbyt dużym obciążeniem obowiązkami pracowniczymi,

3. małym doświadczeniem personelu medycznego – lekarzami pełniącymi dyżur byli z reguły młodzi lekarze tuż po stażu podyplomowym, nie posiadający specjalizacji,
4. powierzaniem obowiązków konsultanta lekarzom bez wymaganej specjalizacji.

W ponad połowie przypadków popełnione błędy wynikały z nieprawidłowo przeprowadzonego badania lekarskiego tj. obejmującego badanie podmiotowe – a więc szczegółowy wywiad lekarski oraz badanie przedmiotowe ogólnolekarskie. Wywiad najczęściej ograniczał się do ustalenia przyczyn interwencji lekarskiej (wezwania pogotowia), zaś badanie lekarskie miało charakter badania odcinkowego, miejscowego. Dodatkowym, istotnym elementem wpływającym na zwiększenie ryzyka błędu był brak postępowania diagnostycznego – różnicowego, zawężenie diagnostyki do jednego, dwóch najczęstszych schorzeń i ich wykluczeniu.

Jako najbardziej typowy przykład można podać przypadki dotyczące ostrych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. W postępowaniu lekarze ograniczali się z reguły do wykluczenia zawału mięśnia sercowego na podstawie jednorazowego zapisu EKG, rzadziej na podstawie EKG i oznaczenia jednorazowego markerów martwicy. Nie podejmowano szerszych badań, zaniechano kilkunastogodzinnych obserwacji i powtórzenia badań, nie brano pod uwagę innych schorzeń poza ostrym incydem wieńcowym manifestujących się bólami w klatce piersiowej – tętniak rozwarstwiający aorty, zator tętnicy płucnej, odma opłucnowa, ostre schorzenia jamy brzusznej, wcześniejszy uraz brzucha skutkujący pęknięciem śledziona.

Oddzielnego omówienia wymagają nieprawidłowości w postępowaniu lekarskim uwarunkowane szeroko pojętymi czynnikami organizacyjnymi. W analizowanym materiale można wyróżnić: ograniczenia dotyczące liczby i zakresu wykonywanych badań dodatkowych; niedostateczne wyposażenie techniczno-aparaturowe, niedoskonałości w funkcjonowaniu izb przyjęć i oddziałów „zabiegowych”, ograniczoną dostępność wykonania badań dodatkowych, w tym obrazowych, w dni wolne czy świąteczne. Często były przypadki nadmiernego obciążenia obowiązkami zawodowymi lekarzy ale także personelu średniego; niedostateczny przepływ informacji na kolejnych etapach pomocy medycznej – pogotowie ratunkowe/izba przyjęć/lekarz dyżurny/pracownie specjalistyczne/lekarze konsultanci/lekarze przyjmujący pacjenta do oddziału szpitalnego. Spotykaliśmy także nieprawidłowości w zakresie obsady dyżurów w izbie przyjęć, a także nałożenie

się pełnienia dyżuru w izbie przyjęć z innymi obowiązkami zawodowymi (poradnia, oddział).

Wśród dalszych przyczyn wskazać należy na zatrudnianie w oddziałach pomocy doraźnej, izbach wytrzeźwień, a także w szpitalnych oddziałach ratunkowych młodych lekarzy, bez specjalizacji i nie posiadających należytego przygotowania zawodowego. Powierzone im obowiązki zawodowe przekraczają ich kompetencje oraz umiejętności zawodowe. W tej sytuacji jako zupełnie niezrozumiałe należy uznać przypadki, kiedy lekarzami występującymi w charakterze konsultantów – okazywali się lekarze nie posiadający specjalizacji. Ich postępowanie najczęściej cechowało się brakiem odpowiedniego krytycyzmu diagnostycznego, wnikliwości i staranności w przeprowadzaniu badań oraz ukierunkowaniu postępowania diagnostycznego na jedną – przyjętą wyjściowo jednostkę chorobową. Pomimo zaangażowania kilku lekarzy „pseudospecjalistów” – konsultantów i wielogodzinnej obserwacji szpitalnej nie rozpoznano: perforacji wrzodu dwunastnicy, zapalenia zakrzepowego żył kończyny dolnej z zatorowością płucną, tętniaka rozwarstwiającego aorty, zawału ściany dolnej serca, pęknięcia tętniaka mózgu, cukrzycy prowadzącej do ketozy i śpiączki.

Dokonana reorganizacja pomocy doraźnej i stworzony powszechny system ratownictwa medycznego oparty na bazie szpitalnych oddziałów ratunkowych powinny znacząco wpłynąć na poprawę poziomu świadczonych usług medycznych i przyczynić się uchwytynie do zmniejszenia liczby popełnianych błędów.

Przedstawione w tabeli zestawienie wskazuje, że opiniowane przypadki nie należały do schorzeń czy jednostek chorobowych szczególnie trudnych diagnostycznie, wyjątkowych czy niezwykle rzadkich z uwagi na przebieg i obraz kliniczny. Jakkolwiek były to nagłe zachorowania czy nagłe stany urazowe, stany zagrażające życiu – to nie powinny one następczo przeciętnie wyszkolonemu lekarzowi dysponującemu podstawowym zapleczem diagnostycznym trudności rozpoznawczych. Warunkiem było jednak zachowanie odpowiedniej postawy, nacechowanej krytycyzmem oraz właściwą ostrożnością, ponadto poszerzeniem diagnostyki różnicowej.

W wielu przypadkach stwierdzono niczym nie uzasadnioną opieszałość i przewłoczność w podejmowaniu działań decyzyjnych – dla przykładu: 1) 65-letni pacjent po przebytych zawale serca, przywieziony do szpitala z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego, oczekiwał na lekarza dyżurnego przez 1,5 godziny; badanie Ekg i badania biochemiczne – wykonane zostały po ponad 2,5 godzinie, zaś łącznie minęło 5 godzin zanim pacjent

został przekazany do oddziału kardiologicznego; 2) 32-letnia ciężarna w VII/VIII miesiącu ciąży z silnymi dolegliwościami bólowymi brzucha, skierowana przez lekarza rodzinnego do szpitala z podejrzeniem odklejenia łożyska – oczekiwała na konsultację ginekologiczną przez 1 godzinę, badanie USG zostało wykonane po 4 godzinach.

Wśród kolejnych, naszym zdaniem, przyczyn popełnianych błędów decyzyjnych, wskazać należy braki wiedzy w zakresie podstawowych nauk medycznych – patofizjologii, anatomii czynnościowej i topograficznej, biochemii i farmakologii klinicznej. Istotne jest nieuwzględnianie w czynnościach decy-

zyjnych szerszego postępowania diagnostycznego – różnicowego, także w odniesieniu do obowiązujących czy zalecanych przez towarzystwa lekarskie (np. kardiologiczne, ortopedyczne). Nadal stosunkowo częste są błędy w odniesieniu do urazów czaszkowo-mózgowych, zwłaszcza u pacjentów znajdujących się pod działaniem alkoholu etylowego. W takich przypadkach wręcz regułą jest decyzja o odesłaniu do domu lub umieszczeniu w izbie wytrzeźwień. Szczegółowe badanie lekarskie oraz „pośpiech diagnostyczny” są najczęściej spóźnione, są podejmowane wówczas gdy stan świadomości oraz zaburzenia neurologiczne pogłębiają się prowadząc do śpiączki.

Tabela II. Najczęstsze podłoże patofizjologiczne przypadków, w których uznano popełnienie błędu medycznego w stanach zagrożenia życia n=82.

Table II. The most common pathophysiological background of medical errors committed in patients with life-threatening conditions, n=82.

Rodzaj schorzeń Type of disease	Liczba spraw Number of cases
Choroby układu krążenia: ostry zespół wieńcowy, tętniak aorty, zator tętnicy płucnej Diseases of circulatory system: acute cardiac syndrome, aortic aneurysm, pulmonary embolism	40
Choroby układu pokarmowego, urazy jamy brzusznej: perforacja wrzodu żołądka/dwunastnicy, zapalenie trzustki, zapalenie wyrostka robaczkowego, pourazowe pęknięcie śledziony, krwotok zaotrzewnowy Gastrointestinal diseases and abdominal trauma: perforated gastric and duodenal ulcer, pancreatitis, appendicitis, post-traumatic splenic rupture, retroperitoneal hemorrhage	10
Schorzenia neurologiczne: pęknięcie tętniaka mózgu, udar mózgu Neurological diseases: ruptured cerebral aneurysm, cerebral stroke	7
Zaburzenia metaboliczne Metabolic disorders	5
Urazy narządu ruchu: uszkodzenia dużych pni naczyniowych, urazy pogranicza szyjno-czaszkowego Orthopedics/Traumatology damage to large vascular trunks, injuries of the cervico-cranial junction	7
Inne (w tym ostre zatrucia i urazy czaszkowo-mózgowe) Others (including acute poisoning, cerebro-cranial injuries)	13
Ogółem Total	82

Podsumowując należy stwierdzić, że pomimo dokonanego postępu diagnostycznego i wdrożenia nowych jakościowo technik badawczych, zwłaszcza obrazowych (ale także laboratoryjnych) oraz powszechnej ich dostępności, nadal największy odsetek błędów popełnianych jest na etapie pomocy doraźnej. Niewątpliwie stan ten tłumaczy największe ryzyko diagnostyczne, jednak w znacznej części przyczyną zaistniałych nieprawidłowości był brak dołożenia należytej staranności przez lekarza oraz naruszenie elementarnych zasad postępowania lekarskiego (nie zebrany w ogóle lub niepełny wywiad

chorobowy, ograniczenie badania przedmiotowego do oceny stanu miejscowego, ukierunkowanie postępowania diagnostycznego na jeden wybrany objaw kliniczny w połączeniu z brakiem krytycyzmu). Czynniki dopełniającymi były uchybienia organizacyjne, niedbałość w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, niedostateczny przepływ informacji, a także nieznanomość zmian w zasadach postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz „odstawanie” od współczesnego, aktualnego poziomu wiedzy medycznej. Stąd aktualny jest apel, aby w nauczaniu przed- i podyplomowym oraz szkoleniu

specjalistycznym lekarzy zwrócono większą uwagę na problematykę błędu medycznego w stanach zagrożenia życia – ze szczególnym uwzględnieniem pomocy doraźnej i medycyny ratunkowej – w tym, w aspekcie odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza. Być może spowoduje to poprawę jakości świadczonych usług medycznych i wypracowanie obowiązujących algorytmów postępowania decyzyjno-diagnostycznego.

PIŚMIENNICTWO

1. 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.

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

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

4. 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.

5. Szczepański J., Nasiłowski Wł.: Ocena wybranych przypadków położniczych z zarzutem popełnienia błędu leczniczego. *Zeszyty Naukowe nr 9, Wyd. Kat. i Zakł. Med. Sąd. Katowice* 1998.

6. Śliwka K., Berent J.: Przydatność opiniowania sądowo-lekarskiego w sprawach dotyczących błę-

du lekarskiego. *Postępy Med. Sąd. i Kryminologii* 1997, 3:35-4.

7. Chowaniec Cz., Chowaniec M., Nasiłowski Wł.: Zwiększenie ryzyka leczniczego w związku z zapowiadaną reformą w lecznictwie. *Arch. Med. Sąd. i Krym.* 1994, 44, 251-252.

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

9. Marek Z.: Błąd medyczny. *Krakowskie Wyd. Med.* 1999.

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

11. Filar M.: Lekarskie prawo karne. Zakamycze, Kraków 2000.

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

13. Maksymowicz K., Parkitna-Cegła Z.: Błędy medyczne w rozpoznawaniu i leczeniu zawałów mięśnia sercowego. *Postępy Med. Sąd. i Kryminologii* 1997; 3:133-138.

Adres pierwszego autora:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach
40-752 Katowice
ul. Medyków 18
e-mail: martinchow@vp.pl