

lek. Bartosz Burchardt

Analiza postępowań w sprawie podejrzenia błędu medycznego z zakresu ginekologii i położnictwa w odniesieniu do wytycznych i rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w oparciu o materiał Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu z lat 2008-2017

**Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych  
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: dr hab. n. med. *Rafał Moszyński*

*Klinika Ginekologii Operacyjnej, Katedra Ginekologii, Położnictwa i  
Onkologii Ginekologicznej*

*Katedra i Zakład Medycyny Sądowej*

*Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*



Wydział Lekarski

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2020

Składam podziękowania mojemu Promotorowi  
Panu Dr. hab. med. Rafałowi Moszyńskiemu za inspirację i życzliwe uwagi w trakcie  
przygotowywania niniejszej pracy.

Dziękuję Panu Prof. dr. hab. med. Stefanowi Sajdakowi i  
Panu Dr. hab. med. Czesławowi Żabie za cenne rady i umożliwienie wykonania badań

oraz

Wszystkim, którzy służyli mi radą i pomocą.

### Streszczenie rozprawy

Autor dokonał analizy opinii interdyscyplinarnych wydanych przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w latach 2008-2017 w sprawach dotyczących podejrzenia zaistnienia błędu medycznego z zakresu ginekologii i położnictwa, które zostały wydane na zlecenie organów prowadzących postępowanie przygotowawcze oraz sądowe. Celem przeprowadzonej analizy było ustalenie dziedzin medycyny, w których najczęściej dochodzi do popełnienia błędu medycznego, a następnie identyfikacji przyczyn ich wystąpienia oraz obniżenia ryzyka wystąpienia takich zdarzeń w przyszłości.

Mając na uwadze, że materiał badawczy dysertacji stanowią opinie wydane w związku z toczącymi się postępowaniami przygotowawczymi i sądowymi, dla zachowania przejrzystości, celem usystematyzowania istotnej z punktu widzenia niniejszej pracy terminologii autor podejmuje próbę wyjaśnienia i rozróżnienia pojęć „błędu medycznego” oraz „zdarzenia medycznego” w rozumieniu prawa, dokonuje klasyfikacji rodzajów błędów medycznych, a także przedstawia zasady odpowiedzialności zawodowej i prawnej lekarza za popełniony błąd medyczny uwzględniając przy tym odmienne zasady odpowiedzialności w prawie karnym i prawie cywilnym.

Materiał badawczy został wybrany spośród opinii wydanych przez Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w latach 2008-2017, następnie usystematyzowane uwzględniając takie kryteria popełnionego błędu jak dziedzina medycyny, rodzaj placówki służby zdrowia, doświadczenie zawodowe lekarza, zastosowane procedury medyczne, występujące schorzenia, najczęściej występujące błędy medyczne. Ostatecznie materiał badawczy dysertacji stanowiły 234 opinie wydane w sprawach dotyczących błędów medycznych popełnionych w ginekologii i położnictwie. Następnie na podstawie badań statystycznych autor podjął próbę ustalenia związku i ewentualnego wpływu wytycznych wydawanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, a od 2016 roku przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników na ilość i strukturę występujących błędów.

Przeprowadzone badania wskazują, że wśród ogółu opinii wydanych w analizowanym okresie, dominują opinie wydane w sprawach położniczych, a błędy popełniane w położnictwie stanowiły 90% ogółu popełnianych błędów medycznych. Ponadto możliwe było wyodrębnienie jednostek chorobowych oraz procedur medycznych predysponujących do wystąpienia błędu medycznego, a których wystąpienie powinno wiązać się z objęciem pacjentki szczególną opieką oraz dodatkową konsultacją przypadku. Autor wykazał także istotną korelację między

stopniem specjalizacji lekarza, a częstotliwością występowania błędów wykazując na fakt, że wśród analizowanych przypadków, błędy medyczne w znacznie części były popełniane przez lekarzy posiadających I stopień specjalizacji niż przez lekarzy odbywających szkolenie na pozostałych szczeblach szkolenia podyplomowego. Nie mniej istotny z punktu widzenia odpowiedzialności prawnej lekarza jest wykazanie częstszego stwierdzenie występowania błędów medycznych na etapie wydawania opinii uzupełniających niż przy wydawaniu opinii pierwotnych.

## Abstract

The author analysed the interdisciplinary opinions issued by the Faculty and Department of Forensic Medicine of the Poznan University of Medical Sciences in 2008-2017 on cases concerned with suspected medical errors in the field of gynecology and obstetrics. The opinions were provided at the request of the authorities conducting preparatory and judicial proceedings. The aim of the analysis was to determine the fields of medicine in which a medical error is most often committed, and then to identify the causes of their occurrence and to reduce the risk of such events in the future.

Bearing in mind that the research material of the dissertation consists of opinions issued in connection with pending preparatory and court proceedings, for the sake of transparency and in order to systematize the terminology important from the point of view of this work, the author attempts to explain and distinguish the concepts of "medical error" and "medical event" within the legal framework, classifies the types of medical errors, and presents the rules of professional and legal liability of a doctor for a medical error, taking into account the different rules of liability in criminal law and civil law.

The research material was selected from the opinions issued by the Faculty and Department of Forensic Medicine of the Poznan University of Medical Sciences in 2008-2017. The material was systematized allowing for such criteria of the error as the field of medicine, type of health care facility, professional experience of a doctor, applied medical procedures, existing diseases, the most common medical errors. Ultimately, the research material for the dissertation consisted of 234 opinions issued in cases concerning medical errors committed in gynecology and obstetrics. On the basis of statistical research, the author attempted to establish the relationship and the possible impact of the guidelines issued by the Polish Gynecological Society, and since 2016 by the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians on the number and structure of errors.

The conducted research shows that among all opinions issued in the analysed period, opinions concerning obstetrics prevail. Errors in obstetrics accounted for 90% of all medical errors committed. In addition, it was possible to distinguish disease entities and medical procedures predisposing to the occurrence of a medical error which should be associated with taking the patient into special care and additional case consultation. The author also showed a significant correlation between the degree of specialization of a physician and the frequency of errors, showing that among the analysed cases, medical errors were largely committed by

physicians with the 1st degree of specialization rather than by physicians undergoing training at other levels of postgraduate training. From the point of view of the doctor's legal liability, it is no less important to demonstrate that medical errors occur more frequently at the stage of issuing supplementary opinions than when issuing original opinions.

## Spis treści

Spis treści .....	7
1. Wstęp.....	10
1.1. Wprowadzenie.....	10
1.2. Błąd medyczny w ujęciu prawnym .....	10
1.3. Ewolucja postrzegania błędu popełnionego przez lekarza .....	12
1.4. Próba ujęcia definicji błędu medycznego.....	15
1.5. Próba ujęcia klasyfikacji błędu medycznego.....	19
1.6. Odpowiedzialność karna lekarza z tytułu błędu medycznego.....	21
1.7. Odpowiedzialność cywilna lekarza z tytuł błędu medycznego .....	33
2. Cel pracy oraz założenia badawcze .....	38
2.1. Założenia badawcze pracy.....	38
2.2. Cele pracy.....	38
3. Materiał i Metody badawcze .....	40
3.1. Materiał badawczy .....	40
3.2. Metodologia.....	40
3.3. Analiza statystyczna .....	42
4. Wyniki .....	43
4.1. Ilość opinii sądowo - lekarskich z zakresu położnictwa i ginekologii , opracowanych w KiZMS w Poznaniu w latach 2008-2017.....	43
4.2. Podział opinii na opinie pierwotne oraz uzupełniające w latach 2008-2017.....	46
4.3. Instytucje na zlecenie których wydawano opinie z zakresu położnictwa i ginekologii w latach 2008 – 2017 .....	49
4.4. Poziom referencyjności jednostek opieki zdrowotnej w sprawie których wydawano opinie w latach 2008-2017 .....	51
4.5. Rozkład terytorialny opinii z zakresu położnictwa i ginekologii w KiZMS w Poznaniu w latach 2008-2017.....	53
4.6. Opinie z zakresu położnictwa i ginekologii wydane przez KiZMS w Poznaniu w latach 2008-2017 w odniesieniu do Prawa Karnego oraz Prawa Cywilnego.....	58

<b>4.7. Rozkład opinii z zakresu położnictwa i ginekologii z uwzględnieniem wykształcenia zawodowego lekarza prowadzącego, którego dotyczy wydawana opinia.....</b>	<b>60</b>
<b>4.8. Podział opinii z zakresu położnictwa i ginekologii względem rozpoznań według klasyfikacji ICD 10 oraz wykonanych procedur w myśl klasyfikacji ICD 9.....</b>	<b>61</b>
<b>4.9. Analiza opinii sądowo lekarskich, w których biegli dopatrzyli się błędów lekarskich w odniesieniu do całości wydanych w latach 2008-2017 opinii z zakresu położnictwa i ginekologii .</b>	<b>66</b>
<b>4.10. Analiza opinii sądowo lekarskich, w których biegli dopatrzyli się błędów lekarskich w odniesieniu do poddziedzin uwzględnionych w rozprawie w zbiorze opinii wydanych w latach 2008-2017.....</b>	<b>70</b>
<b>4.11. Podział zbioru opinii, w których biegli wykryli błąd w odniesieniu do typu błędu w odniesieniu do opinii z zakresu położnictwa i ginekologii wydanych przez KiZMS w latach 2008-2017.....</b>	<b>72</b>
<b>4.12. Ocena zależności pomiędzy stopniem referencyjności szpitala a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego.....</b>	<b>75</b>
<b>4.13. Ocena zależności pomiędzy źródłem prawnym wydawanej opinii (w odniesieniu do podziału na opinie dotyczące spraw karnych i cywilnych) a ryzykiem wystąpienia w niej błędu medycznego.....</b>	<b>76</b>
<b>4.14. Ocena zależności pomiędzy wykształceniem lekarza prowadzącego a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego.....</b>	<b>77</b>
<b>4.15. Ocena zależności pomiędzy typem wydawanej opinii a ryzykiem wystąpienia w opiniowanym przypadku błędu medycznego.....</b>	<b>78</b>
<b>4.16. Ocena zależności pomiędzy głównym rozpoznaniem występującym w opiniowanym przypadku a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego.....</b>	<b>79</b>
<b>4.17. Ocena zależności pomiędzy procedurą występującą w opiniowanym przypadku a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego.....</b>	<b>82</b>
<b>4.18. Ocena zależności pomiędzy jednostką zlecającą wykonanie opinii a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanej sprawie.....</b>	<b>85</b>
<b>4.19. Analiza opinii z zakresu ginekologii, w których wystąpił błąd oraz wystąpiło narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub wystąpił skutek w postaci zgonu.....</b>	<b>87</b>
<b>4.20. Analiza opinii z zakresu położnictwa, w których wystąpił błąd oraz wystąpiło narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub wystąpił</b>	



skutek w postaci zgonu zarówno w odniesieniu do matki i płodu, który był zdolny do samodzielnego życia pozamacicznego w odniesieniu do opinii, w których nie wykryto błędu. ....	88
<b>4.21. Analiza liczby opinii sądowo lekarskich w których biegli ujawnili błędy lekarskie w odniesieniu do obowiązujących rekomendacji, stanowisk ekspertów i opinii lekowych wydanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.....</b>	<b>91</b>
5. Dyskusja .....	92
6. Wnioski .....	101
7. Bibliografia.....	102
8. Spis tabel .....	107
9. Spis rycin.....	110
10. Skróty wykorzystane w pracy .....	112
11. Aneks.....	113

# 1. Wstęp

## 1.1. Wprowadzenie

Zagadnienie dotyczące błędów w postępowaniu personelu medycznego w ciągu ostatnich kilkunastu lat istotnie nabrało na znaczeniu. Problem ten był opisywany przez naukowców z zakresu zarówno medycyny, jak i prawa. Ma to związek ze wzrastającą liczbą postępowań prowadzonych zarówno przez organy ścigania ( policję, prokuraturę oraz sądy powszechne), jak i wojewódzkie komisje powołane do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz przez organy odpowiedzialności zawodowej personelu medycznego (naczelną i okręgowe izby lekarskie oraz naczelną i okręgowe izby pielęgniarskie).

Niniejsza rozprawa ma na celu interdyscyplinarną medyczno–sądową analizę z ostatniego dziesięciolecia pod kątem oceny zmian zachodzących zarówno w prawnym aspekcie ewolucji postępowań organów ścigania, jak również zmian dotyczących wytycznych z zakresu położnictwa i ginekologii. Wybór tej dziedziny nauk medycznych spowodowany jest największą jej reprezentacją wśród poszczególnych specjalizacji w zakresie postępowań o popełnienie szeroko rozumianego błędu medycznego.

## 1.2. Błąd medyczny w ujęciu prawnym

Nauki medyczne i nauki prawne w otaczającym nas świecie coraz częściej wzajemnie się przenikają i oddziałują. Pomimo tego faktu nadal funkcjonuje odmienne spojrzenie na wiele koncepcji czy problemów na różnych polach badawczych. Jest to o tyle oczywiste, że należą do różnych kategorii nauk. Medycynę zaliczyć przecież należy do nauk przyrodniczych, biologicznych a prawo do nauk humanistycznych. Nie są one tożsame, a co za tym idzie występować muszą między nimi różnice chociażby systemowe, klasyfikacyjne czy też pojęciowe. W obliczu powyższego należy spojrzeć na problem błędu medycznego także w ujęciu nauki prawa.

Zgodnie z normami moralnymi oraz przepisami prawa powszechnie obowiązującego każdy człowiek dysponuje naturalnym, pierwotnym prawem do życia i jego ochrony. Zorientowanie na ochronę życia ludzkiego wynika z prawa zwyczajowego, zasad przyjętych przez społeczeństwo oraz aktów normatywnych. Prawo do ochrony zdrowia jest fundamentalnym prawem podmiotowym. Przepis art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Na tej podstawie zarówno życie jak i zdrowie powinny być zabezpieczone przez odpowiednie instrumenty prawne przed celowymi i

bezpośrednimi zamachami, jak i przed tymi, których źródeł upatrywać można w zaniedbaniu obowiązków lekarskich. Pamiętać należy, że w zakresie prawa medycznego pacjent jest podmiotem, któremu należy zagwarantować udzielanie świadczeń zdrowotnych z respektowaniem uprawnień kształtowanych przez statusu pacjenta i obywatela [1].

Poddać analizie należy zatem sytuacje, w których dochodzi do ogólnie pojmowanego zdarzenia medycznego, konsekwencją którego jest powstanie szkody czy też uszczerbku na życiu lub zdrowiu pacjenta. Uznać można, że zdarzeniem medycznym jest takie postępowanie, zarówno działanie, jak i zaniechanie, które wykracza poza aktualną wiedzę medyczną w zakresie diagnozy, terapii, a którego następstwem jest wywołanie u pacjenta rozstroju zdrowia, uszkodzenia ciała, a nawet śmierci [2].

Zdarzenie medyczne niejednokrotnie pociąga za sobą kwestie ustalenia lub wyłączenia odpowiedzialności. Ustalenie odpowiedzialności lub jej braku zawsze kształtuje się na podstawie konkretnego systemu prawnego. Koncentrując się zatem na odpowiedzialności za błąd medyczny normy prawne wyrażone w konkretnym systemie prawnym stanowią podstawę każdego postępowania, w którym podmiot świadczeń medycznych zostaje narażony na utratę zdrowia lub życia albo traci zdrowie lub życie na skutek niedbałej lub sprzecznej z aktualną wiedzą interwencji medycznej [1].

Poddając analizie pojęcie odpowiedzialności za błędy medyczne, ustalenia odpowiedzialności, rodzaje roszczeń oraz podmioty odpowiedzialne wskazać należy, iż w polskim systemie prawnym należy się skupić na trzech obszarach tj.: odpowiedzialności karnej, cywilnej oraz odpowiedzialności zawodowej lekarza.

Odpowiedzialność karna determinowana jest wypełnieniem znamion czynu zabronionego, o którym stanowi ustawa, a jej konsekwencją jest orzeczenie kary [3]. W odmienny sposób interpretowana jest odpowiedzialność na gruncie prawa cywilnego, która powstaje wraz z wyrządzeniem szkody majątkowej lub niemajątkowej krzywdy na dobrach osobistych [4]. Z kolei odpowiedzialność zawodową lekarz ponosi w trybie art. 53 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich, który stanowi, że: *członkowie izb lekarskich podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza* [5]. Dla właściwej systematyzacji problemu wskazać należy, że w zakresie odpowiedzialności karnej i cywilnej orzekają właściwe sądy powszechne, a w przypadku odpowiedzialności zawodowej – sądy odpowiedzialności zawodowej [1].

### 1.3. Ewolucja postrzegania błędu popełnionego przez lekarza

Błąd medyczny (lekarski, w nauce i sztuce lekarskiej) jest nie tylko różnorodnie określany, ale również definiowany i rozumiany. Różnie kształtowały się poglądy na temat teorii dotyczących błędów oraz ich nazewnictwa. Wraz z upływem czasu spojrzenie na problematykę ogólnie pojmowanych błędów oraz odpowiedzialności lekarza z tytułu popełnionego błędu podlegało stopniowej ewolucji i modyfikacji. Przyznać należy, że obecnie obowiązujący model postrzegania problemu błędów wydaje się być optymalny, jednakże nadal nie zaprzestano podnoszenia przez przedstawicieli doktryny prawa odmiennych stanowisk, co nadal uniemożliwia utworzenie jednego, spójnego pola semantycznego [6].

Zasygnalizować należy, że już w tzw. Kodeksie Hammurabiego pochodzącym z XVIII wieku p.n.e. zamieszczona została wzmianka o stosownej jak na owe czasy odpowiedzialności lekarza za działanie ze szkodą dla pacjenta. Kodeks normował, że „*jeśli lekarz obywatelowi operację ciężką nożem z brązu wykonał i spowodował śmierć obywatela lub łuk brwiowy obywatela nożem z brązu otworzył i oka obywatela pozbawił, rękę mu utną*” [7]. Lekarza nie czekały tak znaczne implikacje, gdy w wyniku jego zachowania medycznego śmierć poniósł niewolnik. W takim stanie rzeczy obowiązany był jedynie do restytucji szkody w sposób naturalny poprzez oddanie nowego niewolnika. W podobny sposób do przedstawionego problemu podchodzono w Indiach, gdzie w zbiorze praw zwanych Księgą Praw Manu znalazły się postanowienia w zakresie odpowiedzialności lekarza. Kary wymierzane były z uwzględnieniem przynależności kastowej. Z kolei w Egipcie, odwoływano się do tzw. Księgi Tota. Stosowanie się do norm w niej wskazanych całkowicie zwalniało lekarza z odpowiedzialności za popełniony błąd [8]. Z kolei w starożytnym Rzymie wielką wagę w odniesieniu do odpowiedzialności lekarza odgrywał osąd jego kompetencji i profesjonalizmu działania [9]. Przedstawione zasady nie miały oczywiście postaci obecnie obowiązujących norm jednak wynikały ze zwyczajów danej społeczności i były w pełni respektowane. Pojęcie błędu wprowadzone zostało dopiero w 1532 roku, w *Constitutio Criminalis Carolina*. Działanie lekarza podlegało weryfikacji przez grono specjalistów w danej dziedzinie w przypadku popełnionego błędu. Właściwie aż do XIX wieku panowało przekonanie, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności za swoje działanie, a już na pewno nie ponosi odpowiedzialności cywilnej. Teoria podpierana była wnioskowaniem, że nikt nie jest nieomylny, a więc i lekarz pewnych błędów nie ma możliwości uniknąć [6].

Doniosłe znacznie dla ewolucji i określenia pojęcia błędu popełnionego przez lekarza skorelowane jest z postępowaniem medycyny zapoczątkowanym w XIX wieku. Wraz z rozwojem nauk teoretycznych i ścisłych doszło do poznania i wytworzenia mechanizmów i procedur

medycznych, co też w powszechnym przełożeniu umożliwiło objęcie leczeniem szerszej grupy chorób. Niewątpliwie w okresie tym praca lekarza pojmowana była jako sztuka, dlatego też, szczególnie na gruncie doktryny niemieckiej, wprowadzony został termin „błąd w sztuce”, obejmujący swym zakresem szerokie spojrzenie. Dyskusja na kanwie rozumowania pracy lekarza jako sztuki doprowadziła do podjęcia tematu odpowiedzialności lekarza za ujemne następstwa spowodowane przy leczeniu [10].

Dalej podnieść należy, iż zgodnie z poglądem znanego naukowca drugiej połowy XIX wieku, Virchowa, *błędem w sztuce jest niestosowanie się podczas zabiegu leczniczego do zasad wiedzy medycznej reprezentowanej przez miarodajne koła lekarskie, które odpowiadają od dawna przyjętym poglądom rozważnych lekarzy i nie podlegają już dyskusji, jako oparte na jednomyślnej opinii* [11]. Przedstawiona koncepcja spotkała się z wyraźną dezaprobatą w środowisku lekarskim przede wszystkim ze względu na ogólnikowość. Takie ujęcie oceny błędów medycznych może prowadzić do tworzenia grup lekarzy mających wydawać osądy sprzeczne z innymi przedstawicielami społeczności lekarskiej. Może to finalnie doprowadzić do formułowania sztucznych opinii i tworzenia koncepcji, które nie znajdują poparcia u większości gremium. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że bardziej miarodajną jest definicja zaproponowana przez L. Wachholza: *Błędem jest nieumyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego, wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniechania, błąd tylko wtedy może być uznany za karygodny, jeżeli jest widoczny, jeżeli można go było uniknąć przez stosowanie zwykłych, a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności* [8]. Istotnym elementem przedstawionej definicji jest wyrugowanie odpowiedzialności lekarza za błąd popełniony w nagłej i przymusowej sytuacji zagrożenia życia. Z kolei opinia B. Popielskiego wskazuje, że *błędem lekarskim jest (działanie bądź zaniechanie) wbrew podstawowym, powszechnie uznawanym zasadom współczesnej (aktualnej) wiedzy lekarskiej* [11].

Tak jak już zostało wspomniane, początkowo w doktrynie istotne znacznie miało subiektywne spojrzenie na pojęcie błędu medycznego, które w swej istocie utożsamiane było z zawinieniem. Postrzeganie błędu medycznego w ujęciu subiektywnym, zawinionym wprowadzało automatyczne przekonanie o winie lekarza w sytuacji jego zaistnienia. Wynikało to z założenia, nakładającego na lekarza obowiązek wszechstronnej wiedzy w zakresie wszystkich zasad postępowania medycznego, nie tylko tych z własnej specjalizacji. Konsekwencją tego rodzaju postrzegania było twierdzenie, iż jeśli lekarz wykonuje zabieg z naruszeniem reguł postępowania medycznego, działa wbrew nałożonym na niego obowiązkom. Popołnienie błędu medycznego w takich okolicznościach prowadziło bezpośrednio do uznania odpowiedzialności

za zachowanie lekarza. Zwolennicy teorii subiektywnych zwrócili wprawdzie uwagę, że nie każdy błąd lekarza sprowadza się od razu do uznania odpowiedzialności, jednakże na płaszczyźnie własnych teorii nie byli w stanie wypracować innego modelu spojrzenia na problematykę [12].

W naukach prawnych rozpoczęto postrzeganie problemu działania sprzecznego z regułami postępowania medycznego w ujęciu obiektywnym. Doprowadziło to w konsekwencji do oddzielania sfery struktury przestępstwa o charakterze obiektywnym, decydującym o bezprawności, od czynników o charakterze subiektywnym, postrzeganych w zakresie zawinienia. Wskazać wyraźnie należy, że pionierem obiektywnego spojrzenia na omawianą problematykę na gruncie polskiej nauki był J. Sawicki [12]. Utożsamiał błąd medyczny z *kategorią obiektywną, zależną wyłącznie od stanu wiedzy medycznej na danym etapie rozwoju* [13]. Sawicki w swych rozważaniach zachęca, a wręcz nawołuje do spojrzenia na problem popełnienia błędu medycznego także z perspektywy dodatkowych okoliczności, których zbadanie pozwoli przypisać lub też nie winę lekarzowi. Autor podaje, że *ustalenie powyższe stanowi kategorię wyłącznie obiektywną. Nie ma i nie może być związku pomiędzy tym ustaleniem a właściwościami dokonującego zabiegu. Młodość, niedoświadczenie lekarza, wyjątkowość sytuacji, w której dokonuje się zabiegu – wszystkie te okoliczności stanowią element subiektywny i podlegają badaniu dopiero w związku z przypisaniem winy dokonującemu zabiegu* [13].

Wskazać finalnie należy, iż koncept obiektywnego zabarwienia błędu medycznego znalazł również przełożenie w orzecznictwie Sądu Najwyższego i sądów powszechnych. W judykaturze zaakcentowano konieczność pierwotnego poczynienia ustaleń czy naruszone zostały reguły postępowania medycznego. W konsekwencji ustaleń w zakresie sprzecznego zachowania lekarza z normami medycznymi należy skupić się na odrębnym wartościowaniu zachowania sprawcy tego naruszenia. Wszelkie, choć nieliczne wyroki odwołujące się do teorii subiektywnej, spotkały się z wyraźną krytyką przedstawicieli nauki prawa. Wskazać należy, że obecnie w literaturze i orzecznictwie błąd medyczny interpretowany jest jako kategoria obiektywna.

#### 1.4. Próba ujęcia definicji błędu medycznego

Pojęcie błędu medycznego wywołuje niemało wątpliwości. Nie istnieje powszechnie uznana jedna wersja definicji zarówno w naukach medycznych jak i prawnych. Rozpoczynając próbę uchwycenia definicji pojęcia błędu medycznego w ujęciu prawnym należy podkreślić wprost, że nie istnieje definicja legalna wypracowana w aktach normatywnych wyższego i niższego szczebla na gruncie prawa polskiego. Zasygnalizować także trzeba, iż również w literaturze przedmiotu i orzecznictwie nie ma zgodności, co obejmuje analizowane pojęcie i jaki jest zakres jego zastosowania. Obok pojęcia błędu medycznego wymiennie stosowane są także następujące terminy: błąd w sztuce medycznej, błąd lekarski, błąd w sztuce lekarskiej, błąd wiedzy lekarskiej, błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej czy też błąd leczniczy. Pozostawiając na tym etapie pracy, na marginesie, przydatność terminologiczną do ustalenia odpowiedzialności karnej czy też cywilnej lekarza, należy uznać stosowanie wskazanych określeń za dopuszczalne, o ile użytkowane są przy uwzględnieniu ich zakresu semantycznego. Zwrócić uwagę zatem należy, że zarówno błąd lekarski, błąd w sztuce lekarskiej i błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej są terminami wąskimi w ujęciu podmiotowym, gdyż odnoszą się w zasadzie do osoby lekarza. Z kolei określenia błędu medycznego lub błędu w sztuce medycznej dotyczą także zachowań przedstawicieli innych zawodów medycznych, udzielających świadczeń zdrowotnych w działaniu wspólnie z lekarzem lub samodzielnie. Pojęcia błąd wiedzy lekarskiej, lub też błąd w stosowaniu wiedzy lekarskiej, zorientowane się na kwestii wskazań aktualnej wiedzy medycznej i ich naruszeniu. W zbiorze pojęciowym nie mieszczą się zatem przypadki naruszenia pozostałych reguł ostrożności, w tym także należytej staranności. Wąskie znaczenie w ujęciu pojęciowym ma także termin błąd leczniczy. Nie uwzględnia on błędów powstałych w trakcie wykonywania czynności nieterapeutycznych, jak przeprowadzenie eksperymentu badawczego, czy też zapłodnienie pozaustrojowe. Z dużą dozą ostrożności podchodzić należy do odwoływania się do pojęcia błędu w sztuce lekarskiej czy też medycznej. W doktrynie i orzecznictwie ugruntowane jest stanowisko o obiektywnym charakterze błędu medycznego, a co za tym idzie - nie należy się odwoływać do kategorii subiektywnej w postaci sztuki, gdyż wykonywanie zawodu lekarza, choćby w skrajnie trudnych okolicznościach nie jest sztuką, tylko praktycznym wykorzystaniem osiągnięć medycyny, nauki ścisłej, w zasadzie rzemiosłem, którego można się nauczyć [12]. Oczywiście swoje racje mają także zwolennicy używania pojęcia błędu sztuki lekarskiej, medycznej. Podnoszą oni, iż złożone czynności medyczne wymagają odpowiednich predyspozycji, cech indywidualnych, osobniczych oraz pewnego rodzaju intuicji. Przyjmując jednak takie stanowisko należałyby

wskazać, że do błędu w sztuce dojdzie wyłącznie w sytuacji jego popełnienia przez osobę posiadającą nadzwyczajne umiejętności rozumiane w kategorii sztuki. Ponadto z kręgu pojęciowego zostaną wyłączone takie sytuacje, w których doszło do popełnienia błędu przy wykonywaniu czynności medycznej o charakterze zwyczajnym, rutynowanym, powszechnym [14].

Dodać należy, iż w doktrynie prawa znaleźć można różne definicje powołanych terminów. Problem nastęrcza wypracowanie jednej spójnej definicji. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że pojęcia te są używane zarówno w literaturze prawnokarnej, orzecznictwie, praktyce sądowej czy też w literaturze medycznej. Raz jeszcze wskazać trzeba, że pojęcie błędu medycznego nie doczekało się ujednoczenia i unormowania w ustawodawstwie polskim, a wykładania terminu jest realizowana w ramach orzecznictwa sądów powszechnych i sądu najwyższego [15].

Należy również nadmienić, iż w literaturze przedmiotu odnaleźć można różne ujęcia „błędu” w świetle odpowiedzialności karnej lekarza z uwzględnieniem omawianego wcześniej subiektywnego i obiektywnego spojrzenia na problematykę. A. Liszewska błąd w sztuce medycznej ujmuje jako *„naruszenie przez lekarza (świadomego tego, że podejmuje czynność medyczną) obowiązujących go w konkretnym wypadku, wypracowanych na gruncie nauki i praktyki reguł postępowania zawodowego wobec dóbr prawnych w postaci życia i zdrowia człowieka, które na gruncie prawa stanowi podstawę dla stwierdzenia naruszenia obowiązku ostrożności”* [16]. Z kolei L. Wachholz wskazuje, że błędem w sztuce medycznej jest *„nieumyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego (...) wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania, że błąd tylko wtedy może być uznany za karygodny, jeżeli był widoczny, jeżeli można go było uniknąć przez stosowanie zwykłych a nie nadzwyczajnych wiadomości lub zręczności”* [8]. Odmienne T. Tołłoczko zdefiniował błąd lekarski na podstawie rutynowanego, powszechnego i praktycznego punktu widzenia chorego i jego otoczenia jako *„niezgodność między rzeczywistością a wyobrażeniem o niej. (...) wszystko, co nie odpowiada wyobrażeniu i oczekiwaniu w zrozumieniu chorego i jego rodziny stanowić może błąd, a oczekiwania zawsze przewyższają i rzeczywistość, i możliwość”* [17]. Z kolei M. Filar twierdzi, że błędem w sztuce lekarskiej jest *„naruszenie przez lekarza wykonującego czynność leczniczą obowiązującego w relacji do tej czynności zespołu reguł i zasad postępowania zawodowego, których źródłem jest wiedza i praktyka medyczna* [14]. Wskazać także należy pogląd prezentowany przez M. Nesterowicza, zdecydowanego zwolennika wąskiego rozumienia omawianego pojęcia. Autor podkreśla, że *błąd lekarski należy traktować ściśle jako postępowanie sprzeczne z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej* [18].



Nesterowicz dodaje ponadto, że *wraz z rozwojem możliwości diagnostycznych i wiedzy medycznej błąd w sztuce lekarskiej występuje coraz rzadziej, a szkoda, której doznaje pacjent, nie jest wynikiem błędu, lecz niedbalstwa w leczeniu albo wszelkich innych uchybień lekarza, personelu medycznego bądź szpitala* [18]. Uściślając pojęcie błędu, Sąd Najwyższy w jednym ze swoich orzeczeń stwierdził, że: *błędem w sztuce lekarskiej jest czynność (zaniechanie) lekarza w zakresie diagnozy i terapii, niezgodna z nauką medycyny w zakresie dla lekarza dostępnym. Zaniedbania lekarza w zakresie obowiązków otoczenia chorego opieką oraz w zakresie organizacji bezpieczeństwa higieny i opieki nad chorym nie są błędem w sztuce lekarskiej* [19].

Należy postawić tezę, że zmiana nazwy wskazanych wyżej terminów jest bezzasadna, gdyż zarówno w większości doktryn i orzecznictwie występują określenia błędu medycznego czy lekarskiego. Zgodnie z poglądem prezentowanym przez R. Kędziore, pojęcia „błędu medycznego” i „błędu lekarskiego”, można stosować zamiennie, jednakże obowiązkowo należy zaznaczyć, że pojęcie „błędu medycznego” jest pojęciem szerszym. Dopuszcza możliwość popełnienia negatywnego czynu nie tylko przez lekarza, lecz cały personel medyczny. Z kolei błąd lekarski w zbiorze podmiotów sprawczego działania szereguje jedynie lekarza [20].

Można uznać, że błąd w sztuce medycznej sprowadza się do naruszenie przez lekarza, wykonującego czynność medyczną, obowiązujących w danych okolicznościach, ugruntowanych w ramach nauki i praktyki, reguł postępowania zawodowego względem dóbr prawem chronionych takich jak życie i zdrowia człowieka, które na płaszczyźnie norm prawnych są podstawą do uznania naruszenia nakazu zachowania ostrożności [16]. Z kolei błąd medyczny traktowany w ujęciu ścisłym jest postępowaniem sprzecznym z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy medycznej. Błąd medyczny należy zaszeregować do kategorii zjawisk obiektywnych, występujących niezależnie od konkretnej osoby czy okoliczności. Elementy te pozostają jednak istotne w celu ustalenia subiektywnego składnika, jakim może być wina lekarza [21]. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 30 września 1960 roku wskazane zostało, że *uszkodzenia ciała, będące następstwami zabiegów leczniczych, a więc czynności zmierzających również do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, pozbawione są cech materialnej bezprawności pod warunkiem dokonania zabiegu w sposób zgodny z powszechnie uznanymi zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej* [22]. Z kolei zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego z dnia 8 września 1972 roku: *lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu*

*tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej. Podobnie muszą być brane pod uwagę wszystkie realia określonego przypadku przy rozstrzygnięciu o winie lekarza (w jakiegokolwiek jej postaci), polegającym na odtworzeniu rzeczywistego wewnętrznego procesu motywacyjnego na podstawie faktów zewnętrznych i właściwości osobistych sprawcy [23]. W obliczu powyższego uprawnione jest stwierdzenie, że definiując wyżej wskazane pojęcia w zasadzie nie chodzi o nazwę, lecz zakres treściowy [15].*

Reasumując podnieść należy, że błąd medyczny, czy też jak uważają niektórzy: błąd lekarski, błąd nauki i sztuki lekarskiej, nie jest tylko odmiennie nazywany, ale również definiowany i rozumiany. Na przestrzeni dziejów tworzone były różne koncepcje i definicje błędów. Jednakże każde ujęcie podjętej problematyki koncentrowało się na dołożeniu, przez lekarza należytej staranności w podjęte czynności adekwatnej do konkretnych okoliczności w jakich udzielana jest pomoc. Ponadto jednomyślnie wskazywano, że lekarz zawsze powinien działać zgodnie z zasadami wiedzy i sztuki lekarskiej. Odmienne postępowanie lekarza przy jednoczesnym wyrządzeniu szkody albo realnego zagrożenia życia lub zdrowia, może doprowadzić do ustalenia odpowiedzialności karnej bądź cywilnej lekarza [11].

Wskazać także trzeba, że w doktrynie prawa problematykę błędów medycznych próbowano rozwiązać poprzez wprowadzenie odpowiedniej klasyfikacji. Na tej podstawie w literaturze przedmiotu spotkać można się z terminami: błąd diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny, organizacyjny. Takowa klasyfikacja spotkała się z aprobatą A. Zolla, A. Liszewskiej, M. Filara i R. Kędziory. M. Sośniak proponuje z kolei zwrócić uwagę na systematyzację poprzez wskazanie błędu: rozpoznania, rokowania, terapii. Z kolei Z. Marek proponuje klasyfikację błędów na: decyzyjny, wykonawczy, organizacyjny, opiniodawczy. Na potrzeby niniejszego opracowania z uwzględnieniem próby ustalenia odpowiedzialności karnej i cywilnej lekarza z tytułu popełnionego błędu najbardziej uniwersalnym, a zarazem praktycznym określeniem będzie „błąd medyczny” [12].

### 1.5. Próba ujęcia klasyfikacji błędu medycznego

W nauce prawa wyróżnia się różne rodzaje klasyfikacji błędów medycznych [24] [25] [26] [27]. Na tej podstawie wyróżnić można: błąd diagnostyczny, terapeutyczny, techniczny oraz organizacyjny. Poddając analizie błąd diagnostyczny podnieść należy, że ma on istotny wpływ na dalszy etap leczenia. Jego popełnienie może doprowadzić do nieodwracalnych skutków [15]. Błąd diagnostyczny ma podział dychotomiczny. Można zatem wyróżnić błąd pozytywny, polegający na błędnym stwierdzeniu nieistniejącej choroby, bądź też częściej spotykany negatywny, realizowany poprzez brak właściwego rozpoznania rzeczywistej choroby pacjenta. Popełnienie błędu uwarunkowane jest zazwyczaj wadliwymi przesłankami, na podstawie, których lekarz wydał diagnozę [21]. Źródłem powstania omawianego błędu może być również brak profesjonalnej analizy specjalistycznych wyników badań czy niedokładny wywiad z pacjentem. Błędna diagnoza może zostać także postawiona w sytuacji przeprowadzenia czynności diagnostycznych z zaniechaniem dołożenia należytej staranności, bądź też całkowitego pominięcia pewnych istotnych działań [15]. Przywołać należy, że przepis art. 42 ust. 1 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty stanowi, że: *lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a także po analizie dostępnej dokumentacji medycznej tej osoby* [28]. Zgodnie z powołaną regulacją uznać trzeba, że lekarz w zasadzie posiada uprawnienie, a zarazem obowiązek postawienia diagnozy po bezpośrednim zbadaniu osoby. Istnieje wyłom od przytoczonej zasady, polegający na powstaniu szczególnych okoliczności rozumianych jako bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia pacjenta, z którym uniemożliwiony został bezpośredni kontakt. Dodać jednak należy, że w przypadku powstania takowej sytuacji, lekarz powinien chorego poddać badaniu po ustąpieniu przeszkód. Wspominając jedynie o kwestii ewentualnej odpowiedzialności lekarza za popełniony błąd diagnostyczny określić trzeba, czy błędne rozpoznanie było następstwem zawinionego działania lub zaniechania lekarza, czy też usprawiedliwione występującymi objawami [21].

Kolejnym rodzajem błędu jest błąd terapeutyczny. Może przybrać postać samoistną i nastąpić pomimo właściwie ustalonej diagnozy. Występuje także jako następstwo i swoista kontynuacja błędu diagnostycznego. W swej istocie sprowadza się do zastosowania mechanizmów i metod sprzecznych z obowiązującą wiedzą i praktyką medyczną oraz na stosowaniu, w trakcie terapii, wadliwych metod leczenia [15]. Istotę omawianego błędu w doskonały sposób ilustruje wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy z dnia 19 lipca 1999 roku, w którym stwierdzona została

odpowiedzialność zakładu leczniczego za lekarza chirurga, który ze względu na zaniechanie konsultacji ze specjalistą onkologiem i bez przeprowadzenia dodatkowych badań dokonał przedwczesnej amputacji obu piersi pacjentki. W uzasadnieniu Sąd Okręgowy stwierdził, że *na skutek zawinionego działania doktora F.K. powódka poniosła szkodę niemajątkową. Niewątpliwie doznana przez powódkę krzywda ma ogromne rozmiary. Po pierwsze, powódka poddała się zabiegowi, który nie był w ogóle konieczny. Po drugie, zupełnie zbędny zabieg, jakim była amputacja obu piersi, pozostawiła nieodwracalne zmiany poprzez zeszczenie powódki. Okaleczenie, które nie było niczym uzasadnione, wywołało głęboki wstrząs psychiczny u powódki. Cały czas, od powzięcia o tym wiadomości, powódka leczy się w poradni zdrowia psychicznego, uczęszcza na zajęcia terapii, przyjmuje leki uspokajające. Przeprowadzone zabiegi były bolesne, wiązały się z pobytami w szpitalu, z długotrwałym stresem, albowiem diagnoza dla powódki była okrutna, tzn. albo amputacja, albo nowotwór złośliwy i zgon w ciągu najbliższego roku. (...) To pogłębiło jej lęk przed chorobą, determinowało też jej szybką zgodę na amputację. Tymczasem okazało się, że tak okrutny zabieg był przedwczesny, niczym nieuzasadniony, a przy tym pozostawił nieodwracalne skutki* [29]. Z kolei zgodnie z orzeczeniem Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 27 października 2004 roku *błędem w sztuce lekarskiej było przepisanie pacjentce cierpiącej na astmę oskrzelową pyralginy w postaci iniekcyjnej do zastosowania w domu drogą doustną, bez przewidzenia możliwości wystąpienia wstrząsu anafilaktycznego i braku możliwości udzielenia fachowej pomocy medycznej* [30].

Następstwem błędu diagnostycznego i terapeutycznego może być także powstanie błędu rokowania, czyli prognozy co do stanu zdrowia chorego. Finalnie konsekwencją błędu rokowania może być pogorszenia stanu zdrowia pacjenta i przejawiać się na płaszczyźnie ustalenia niezdolności do pracy czy uprawiania sportu. Wspomnianego błędu nie należy jednak traktować jako odrębnej kategorii w przedstawionej systematyzacji [21].

Kolejnym rodzajem błędu jest błąd techniczny. Przejawia się poprzez zwykłe zaniedbanie, nieodpowiednie wykonywanie uprzednio podjętych i zaordynowanych decyzji lekarskich. Na tej podstawie uznać należy, że nie jest już błąd medyczny *sensu stricto*. Do otwartego katalogu błędów technicznych zaliczyć można pomylenie tożsamości pacjentów, kończyny zakwalifikowanej do operacji czy pozostawienie ciał obcych w polu operacyjnym. Najczęściej występuje w przypadku złożonych interwencji medycznych przy wykorzystaniu skomplikowanej aparatury [24].

W doktrynie prawnej wyodrębniony został także błąd organizacyjny. Omawiany błąd rozumieć należy jako brak wdrożenia odpowiedniej organizacji pracy lekarzy i personelu medycznego

powodującej wadliwe funkcjonowanie placówek medycznych. Najczęstszym powodem powstania błędu organizacyjnego jest niepełny, zniekształcony przepływ informacji [15].

Bez wątpienia bardziej doniosłe znaczenie w kontekście przypisania odpowiedzialności karnej czy też cywilnej lekarza za jego działanie lub zaniechanie ma wystąpienie błędu diagnostycznego czy też terapeutycznego lub technicznego w przeciwieństwie do błędu organizacyjnego, który w swej istocie obarcza głównie kierowników danych jednostek organizacyjnych.

#### 1.6. Odpowiedzialność karna lekarza z tytułu błędu medycznego

Rozważania nad źródłem odpowiedzialności karnej za błędy medyczne, czy też błędy w sztuce medycznej, należy prowadzić w ujęciu jego istoty z uwzględnieniem elementu winy sprawcy czynu. Przy jednoczesnym zaistnieniu winy musi mieć miejsce także zaistnienie samego błędu jako czynu sprzecznego z wiedzą i praktyką medyczną powodującego powstanie negatywnego skutku dla podmiotu poddanego działaniom medycznym [31]. Trzecim niezbędnym elementem jest istnienie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem lekarza a negatywnym skutkiem dla życia lub zdrowia pacjenta [1]. Dodać należy, że w rozdziale XIX kodeksu karnego znalazły się przepisy penalizujące umyślne bądź nieumyślne spowodowanie śmierci, zabójstwo eutanatyczne, dzieciobójstwo, przerywanie ciąży, spowodowanie ciężkiego, średniego, lekkiego uszczerbku na zdrowiu, uszkodzenie ciała dziecka poczętego, narażenie na niebezpieczeństwo czy nieudzielanie pomocy. Poddając analizie podniesiony problem, już na początku wskazać trzeba, że odpowiedzialność karna będzie uzasadniona, w sytuacji łącznego spełnienia następujących przesłanek:

1. nastąpił błąd lekarski, medyczny rozumiany jako czyn spreczny z wiedzą i praktyką medyczną;
2. wystąpił negatywny skutek w postaci naruszenia lub narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo dobra prawnego różny w zależności od typizacji czynu zabronionego;
3. ustalony został związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem lekarza a negatywnym skutkiem dla zdrowia albo życia pacjenta oraz
4. miała miejsce wina.

Należy wskazać, że odpowiedzialność karna może powstać w wyniku działania lub zaniechania. Zgodnie z artykułem 1 § 1 k.k. *odpowiedzialności karnej podlega ten tylko, kto popełnia czyn zabroniony pod groźbą kary przez ustawę obowiązującą w czasie jego*

*popelnienia*. Zgodnie z powyższym można pokusić się o stwierdzenie, że zachowanie lekarza będzie bezprawne wyłącznie w sytuacji przekroczenia normy sankcjonowanej obowiązującej w dacie dopuszczenia się czynu zabronionego. Analizując bezprawność czynu na płaszczyźnie nauk medycznych, zwracając uwagę na błąd lekarski, medyczny podnieść trzeba, że będzie miał on miejsce w sytuacji niezachowania wymaganych zasad ostrożności, które są sprzeczne z *lege artis* [15].

Wskazać należy, że dopuszczenie się błędu lekarskiego, medycznego, którego rezultat uwidocznił się w postaci niekorzystnych konsekwencji dla zdrowia i życia, jest przestępstwem materialnym. W takiej sytuacji lekarz może podlegać odpowiedzialności karnej, tylko w sytuacji, kiedy jego działanie lub zaniechanie doprowadzi do negatywnej transformacji realizowanej poprzez naruszenie dobra prawnego. Efektem ingerencji lekarza mogą być: śmierć, ciężki, średni lub lekki uszczerbek ciała, a także uszkodzenie prenatalne [15]. Nauka prawa dostrzega znamiona skutku także w zachowaniu prowadzącym do narażenia na niebezpieczeństwo, które nie wprowadza wyraźnych efektów w świecie zewnętrznym, ale powoduje bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Podnieść zatem należy, że negatywny skutek czynów sprawczych może przybrać dwie różne formy realizowane poprzez: naruszenia dobra prawnego lub narażenia na niebezpieczeństwo takiego dobra [20]. W obliczu powyższych spostrzeżeń stwierdzić należy, że odpowiedzialność karna lekarza za przestępstwo materialne powstaje jedynie w sytuacji, kiedy skutek działania ma związek przyczynowy z popełnionym czynem [31].

Związek przyczynowy scharakteryzować można jako zespolenie zdarzeń, w których jedno wynika z drugiego, jednakże w przypadku braku zaistnienia pierwszego ze zdarzeń drugie nie miałoby miejsca [32]. Związek przyczynowy określić można jako relację zaistniałą pomiędzy błędem a skutkiem występującym w postaci uszczerbku na zdrowiu pacjenta albo jego śmierci.

Kolejną przesłanką, warunkującą zaistnienie odpowiedzialności karnej lekarza jest wina rozumiana jako zawinione działanie lub zaniechanie. W art. 1 § 3 k.k. ustanowione zostało, że *nie popelnia przestępstwa sprawca czynu zabronionego, jeżeli nie można mu przypisać winy w czasie czynu*. Wina jest zatem zarzucalną na gruncie norm prawa karnego relacją psychiczną sprawcy do popełnionego przez niego czynu [15]. Pamiętać jednak należy, że ocenę stopnia winy i jej formy należy realizować przez pryzmat okoliczności jakie zachodzą w procesie leczniczym i ratowania życia pacjenta. Winę trzeba rozpatrywać w ujęciu płaszczyzny moralnej, społecznej, psychologicznej oraz karno-materialnej [1].

W myśl art. 9 § 1 k.k.: *czyn zabroniony popełniony jest umyślnie, jeżeli sprawca ma zamiar jego popełnienia, to jest chce go popełnić albo przewidując możliwość jego popełnienia, na to się godzi.* popełnienie czynu zabronione przyjmuje charakter zamiaru bezpośredniego lub też zamiaru ewentualnego. Zamiar bezpośredni charakteryzuje się wolą popełnienia czynu zabronionego a działanie sprawcy jest bezpośrednio nakierowane na naruszenie chronionego dobra prawnego. Z kolei zamiar ewentualny wyraża się odmiennym zachowaniem sprawcy, który nie przejawia celowego działania i nie zmierza do popełnienia czynu zabronionego. Ustawodawca w przepisie art. 9 § 2 k.k. wskazał, że *czyn zabroniony popełniony jest nieumyślnie, jeżeli sprawca nie mając zamiaru jego popełnienia, popełnia go jednak na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach, mimo że możliwość popełnienia tego czynu przewidywał albo mógł przewidzieć.* Czyn zabroniony popełniony w warunkach nieumyślności może przybrać dwie odmienne formy. Lekkomyślność nacechowana jest świadomym naruszeniem zasad ostrożności. Sprawca przewiduje bowiem możliwość popełnienia czynu zabronionego, jednakże przypuszcza, że go uniknie. Drugą formą nieumyślnego czynu zabronionego jest niedbalstwo. Zachowanie sprawcy wypełnia się poprzez brak zmiany swojego negatywnego zachowania, pomimo posiadanych przez niego umiejętności i zdolności intelektualnych, w celu wprowadzenie odmiennego działania [15].

Wyraźnie zaznaczyć należy, że nie każdy błąd medyczny może prowadzić do uznania odpowiedzialności karnej lekarza. Tylko takie działanie, które doprowadziło do powstania błędu w wyniku zachowania lekarza nacechowanego co najmniej lekkomyślnością lub niedbalstwem, a więc było zawinione [15]. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8 września 1973 roku uwypuklił, że *lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej*” [33].

W związku z ustaleniem odpowiedzialności karnej lekarza wyróżnić można typowe czyny zabronione, stanowiące następstwa błędu medycznego:

Nieumyślne spowodowanie śmierci tj. czyn określony przepisem art. 155 k.k., który stanowi, że *kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.* Wskazać należy, że jest to przestępstwo powszechne, a podmiotem przestępstwa może być każdy człowiek. Istotne jest, że dobrem chronionym jest życie człowieka, począwszy od porodu. Stroną przedmiotową przestępstwa jest spowodowanie śmierci człowieka. Znamiona strony przedmiotowej przestępstwa z art. 155 k.k. realizują

zachowania przybierające postać działania lub zaniechania, którymi sprawca powoduje śmierć człowieka. Pomiędzy czynem sprawcy a wywołanym skutkiem musi zachodzić związek przyczynowy [34]. Stanowisko takie jest trwale ugruntowane w doktrynie prawa jako również w orzecznictwie [35]. Istotnym jest fakt, że nie niweczy połączenia przyczynowego włączenie do zbioru zdarzeń i okoliczności od sprawcy niezależnych, jeżeli jego działanie było choćby jednym z warunków, z wyłączeniem którego śmierć ofiary by nie nastąpiła. W tym miejscu wskazać należy, że w wyroku z dnia 7 lipca 2013 roku Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na to, że w sprawach medycznych „na pierwszy plan wysuwa się tzw. włączenie się cudzego zakresu odpowiedzialności; rozumie się przez to konieczność uwzględnienia w ocenie normatywnych warunków przypisania skutku potencjalnemu sprawcy przypadków przejęcia odpowiedzialności za skutek przestępny przez obiektywnie nieprawidłowo zachowującą się osobę trzecią, do której zakresu odpowiedzialności zawodowej należało uchylene niebezpieczeństwa dla dobra prawnego” [36]. Z kolei stroną podmiotową czynu zabronionego określonego w art. 155 k.k. jest naruszenie reguł ostrożności. Sprawca, chociaż nie ma zamiaru, to ze względu na swoje zachowanie doprowadza do śmierci człowieka, w wyniku pominięcia reguł ostrożności wymaganych w danych okolicznościach. Pamiętać však należy, że odpowiedzialność karna w przypadku przestępstw skutkowych jest ograniczona do zwyczajnych, przewidywalnych lub możliwych do przewidzenia następstw naruszenia reguł ostrożności. W innym wypadku nie można uznać odpowiedzialności sprawcy [34]. Dodać należy, że w wyroku Sądu Najwyższego z 10 grudnia 2002 roku sformułowana została teza: *"lekarz może odpowiadać karnie za przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta w związku z zabiegiem leczniczym (rozumianym w szerokim znaczeniu tego pojęcia, tzn. obejmującym diagnozę, terapię i profilaktykę chorób) tylko w razie zawinionego błędu sztuki lekarskiej. Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących w chwili zabiegu, a zwłaszcza tych danych, którymi wówczas dysponował albo mógł dysponować, zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej"* [37]. Zaprezentować warto także pogląd wyrażony przez Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 11 października 2016 roku: *o tym, czy przeprowadzony zabieg lekarski stanowi popełniony przez lekarza czyn zabroniony, decyduje ustalenie, czy zostały naruszone reguły sztuki lekarskiej w kontekście niezachowania ostrożności. Bez naruszenia tych reguł zabieg, którego skutkiem była np. śmierć człowieka, nie stanowi realizacji znamion typu czynu zabronionego z art. 155 kk* [38]. Najistotniejsze zatem jest ustalenie, czy w konkretnym analizowanym przypadku doszło do naruszenia reguł sztuki



lekarskiej w wyniku niedochowania przewidywanej w danych okolicznościach ostrożności. Dodać trzeba, że za popełnienie analizowanego czynu zabronionego ustawodawca przewidział karę pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Zamiast kary pozbawienia wolności sąd może orzec grzywnę albo karę ograniczenia wolności. Ponadto, jeśli czyn zabroniony popełniony został w związku z zajmowaniem określonego stanowiska albo wykonywaniem określonego zawodu, orzeczonej może zostać na podstawie przepisu art. 41 § 1 k.k. zakaz zajmowania stanowiska lub wykonywania zawodu, w sytuacji, gdy zajmowanie stanowiska lub wykonywanie zawodu zagraża dobrom chronionym prawem [39]. W takiej sytuacji zaznaczyć należy, że odpowiedzialność karna lekarza w związku z nieumyślnym spowodowaniem śmierci wiązać może się także z orzeczeniem zakazu wykonywania zawodu.

Nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Ustawodawca skodyfikował wskazany czyn zabroniony w art. 156 k.k. Przepis § 1 stanowi, że *kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3*. Natomiast w § 2 wskazane zostało, że *jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3*. Ustawodawca przewidział także, że *jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 5, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności*.

Przepisy art. 156 i 157 k.k. określają typy rodzajowe przestępstw przeciwko zdrowiu. Ustawodawca wprowadził niejako gradację skutkową w postaci spowodowania określonego rodzaju uszczerbku na zdrowiu. W omawianym przepisie unormowany został ciężki uszczerbek na zdrowiu. Z kolei w art. 157 § 1 k.k. wskazany został średni uszczerbek na zdrowiu, a w § 2 lekki. Wskazana systematyzacja rozróżnia zarazem i uzależnia odpowiedzialność karną i grożącą sankcję ze względu na skutki powstałego uszczerbku w obliczu stopnia społecznej szkodliwości czynu zabronionego. Tak jak w przypadku nieumyślnego spowodowania śmierci dobrem chronionym w powołanych przepisach jest zdrowie człowieka od rozpoczęcia porodu [34]. Omawiane czyny zabronione są przestępstwami powszechnymi. Mechanizm sprawczy polega na wywołaniu uszczerbku na zdrowiu. Jest to przestępstwo materialne. W literaturze wskazuje się, że ze względu na specyfikę wykonywanego zawodu lekarz może dopuścić się popełnienia czynu zabronionego tylko w zakresie nieumyślności określonej w § 2

analizowanego przepisu. Jednakże, co istotne w przypadku czynów zabronionych wymierzonych przeciwko życiu i zdrowiu, w judykaturze wskazuje się, że zamiar sprawcy może przybrać postać tzw. zamiaru ogólnego. Sprowadza się to do interpretacji, że sprawca powinien uświadamiać sobie przynajmniej możliwość spowodowania swoim zachowaniem ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, lecz precyzyjna postać zadanych obrażeń nie musi mieć odzwierciedlenia w jego świadomości [34]. Na gruncie omawianego przepisu szczególnie doniosłe znaczenie posiadają normy prawne wyrażone w ustawie o zawodach lekarza i lekarza denty, które konstytuują płaszczyznę początkowej legalności zachowania zorientowanego na spowodowaniu uszczerbku na zdrowiu w realiach zabiegu leczniczego [24]. Kolokwialnie ujmując, lekarz wykonujący czynność lub zabieg medyczny, znajdzie się w zbiorze hipotetycznych zakazów wynikających bezpośrednio z przepisu art. 156 k.k. (podobnie jak w przypadku art. 157 k.k.), tylko w sytuacji, kiedy dopuści się przekroczenia ogólnie pojmowanych reguły postępowania z dobrem chronionym [39].

W odniesieniu do sfery pierwotnej legalności interwencji w dobrostan pacjenta wyznaczony przestrzenią procedur medycznych w odniesieniu do przepisu art. 156 k.k. należy mieć na uwadze takie działania lekarskie, które jest realizowane w celu ratowania życia, zdrowia lub zmniejszenia cierpienia fizycznych lub psychofizycznych pacjenta [40]. Dodać należy, że termin czynności leczniczych zawiera również działania o charakterze profilaktycznym, natomiast czynności te nie wejdą w zakres definicji zabiegu leczniczego. Nie będą jako takie miały także istotnego znaczenia dla oceny zakresu zakazu wynikającego z omawianego przepisu [41]. Uwypuklenia natomiast wymaga konstatacja, że ocena danego zachowania według celu leczniczego nastąpić może wyłącznie w sposób zbiektywizowany, przy jednoczesnym zastosowaniu kryteriów medycznych [40].

Na kanwie omawianego przepisu ważkie znaczenie posiada rozróżnienie zabiegu lekarskiego (nieterapeutycznego) oraz leczniczego (terapeutycznego). W pierwszej kolejności podnieść należy kryterium odróżnienia samej "czynności" od "zabiegu" – jest nim stopień skomplikowania i znaczenie konkretnego zachowania w odniesieniu do wykonania konkretnego celu leczniczego. Drugim aspektem jest rozpiętość pojęciowa. Znaczenie etymologiczne zabiegu leczniczego jest wąskie, a w zakresie pojęciowym mieszczą się jedynie te zabiegi lekarskie, które warunkowane są poprawą stanu pacjenta. Z kolei zabiegi lekarskie zrzeszają znacznie szerszy katalog czynności lekarskich lub leczniczych, które związane są z naruszeniem integralności cielesnej pacjenta lub faktyczną ingerencją w ciało pacjenta z wyłączeniem naruszenia tkanek [34].

Istotną kwestią z zakresu ustalenia odpowiedzialności jest także wyrażenie przez pacjenta zgody na zabieg. W obliczu powyższych uwag, pozakodeksowe ograniczenia zakresu zakazu będą implikowane normami wynikającymi z ustaw warunkujących ogólne zasady wykonywania zabiegów medycznych, w tym wskazania działań medycznych, wobec których wymagana jest zgoda pacjenta jako warunek konieczny do ich przeprowadzenia [34].

Typ podstawowy spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, określony w art. 156 § 1 k.k., jest zbrodnią. Z kolei nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zagrożone jest sankcją karną w wymiarze do 3 lat pozbawienia wolności. Informacyjnie dodać można, że w przypadku przewidzianym w art. 156 § 1 3 k.k. ustawodawca w sposób znaczący zwiększył zagrożenie sankcji karnej, przewidując ryzyko orzeczenia kary pozbawienia wolności od lat 5, kary 25 lat pozbawienia wolności, a nawet kary dożywotniego pozbawienia wolności [39]. W takiej sytuacji, sąd posiada uprawnienie do wymierzenia zamiast kary pozbawienia wolności, grzywnę albo karę ograniczenia wolności, a także odstąpić od wymierzenia kary, orzekając równocześnie środek karny. Także w tym przypadku sąd posiada uprawnienie do orzeczenia zakazu wykonywania określonego zawodu lub zajmowania określonego stanowiska [39].

Kolejnym czynem zabronionym jest nieumyślne spowodowanie uszczerbku na zdrowiu. Przepięstwo określone jest w art. 157 k.k. i jak zostało wskazane wcześniej wylicza średni i lekki uszczerbek na zdrowiu. Ustawodawca wskazał w § 1  *kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Z kolei § 2 określił, że kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. W § 3 wskazane zostało, że jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku. Dobrem chronionym tak, jak we wcześniej omawianych czynach zabronionych, jest życie i zdrowie człowieka. Strona podmiotowa i przedmiotowa przestęstwa jest w zasadzie tożsama tak jak w przypadku spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Bez wątpienia przesłanki przytoczone w zakresie norm prawnych wyrażonych w zakresie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w pełni odzwierciedlają się także w zakresie czynu zabronionego przewidzianego w art. 157 k.k. Ustawodawca w dwóch wskazanych przepisach dokonał systematyki rodzajów powstałych wskutek czynu zabronionego uszczerbków na zdrowiu.*

Przestępstwo określone w art. 157 § 1 k.k. zagrożone jest karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Sąd posiada uprawnienie do orzeczenia, zamiast kary bezwzględnego pozbawienia wolności, grzywnę albo karę ograniczenia wolności, w szczególności, jeżeli orzeka jednocześnie środek karny, lub też zastosować warunkowe umorzenie postępowania. Natomiast czyn zabroniony określony w art. 157 § 2 k.k. zagrożony jest grzywną, karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Z kolei przestępstwo wymienione w art. 157 § 3 k.k. zagrożone jest karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku [39].

Zasygnalizować także należy, że wprowadzony przepis art. 157a § 1 k.k. rozszerza odpowiedzialność karną także w zakresie uszkodzenia ciała dziecka poczętego lub rozstroju zdrowia. § 2 komentowanego przepisu wyłącza odpowiedzialność lekarza w sytuacji, kiedy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia dziecka poczętego są następstwem działań leczniczych, koniecznych dla uchylenia niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu lub życiu kobiety ciężarnej albo dziecka poczętego.

Nieumyślne narażenie człowieka na niebezpieczeństwo.

W myśl przepisu art. 160 § 1 k.k. *kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3*. Ustawodawca w § 2 wskazał, że *jeżeli na sprawcy ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5*. Z kolei § 3 dotyczy kwestii nieumyślności działania i precyzuje, że *jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku*. Zgodnie z przepisem wyrażonym w § 4 *nie podlega karze za przestępstwo określone w § 1–3 sprawca, który dobrowolnie uchylił grożące niebezpieczeństwo*. Ustawodawca wskazał w § 5, że *ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na wniosek pokrzywdzonego*.

Przepisy wyrażone w art. 160 k.k. w dużej mierze konstytuują odpowiedzialność lekarza za podejmowane przez niego działania lecznicze. Tak jak w przypadku wcześniej wskazanych czynów zabronionych dobrem chronionym jest życie i zdrowie człowieka. Podmiotem przestępstwa z art. 160 § 1 k.k. może być każdy, z wyłączeniem sprawcy czynu zabronionego w typie kwalifikowanym z art. 160 § 2 k.k., na którym ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo. Przestępstwo może być popełnione przez działanie, jak też przez zaniechanie [39].

Przesłanki przestępstwa wyrażonego w przepisie art. 160 § 1 k.k. polegają na narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. O zrealizowaniu znamion przestępstwa można mówić w sytuacji, kiedy do naruszenia norm postępowania przez sprawcę dochodzi w korelacji z wartościami odnoszącymi się do wiedzy ogólnej, doświadczeń postępowania w stosunku do innego człowieka, norm ukształtowanych dla wskazania tolerowanego, ze względu na istotę podejmowanych zachowań, stopnia zagrożenia. Sprawca zatem musi ingerować w reguły postępowania, które orientują się na ochronie bezpieczeństwa życia lub zdrowia ludzkiego [42]., Wskazać warto, że Sąd Najwyższy wymienił trzy sposoby narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu: *przez sprowadzenie zagrożenia, jego znaczące zwiększenie, a w wypadku gwaranta nienastąpienia skutku przy przestępstwach z zaniechania – przez niespowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia* [43].

Z kolei zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego zachowanie sprawcy musi "*naruszać wynikające z wiedzy i doświadczenia reguły postępowania z takimi dobrami jak życie i zdrowie, stwarzając niedające się zaakceptować prawdopodobieństwo ich naruszenia. Mówiąc inaczej – zachowanie podmiotu odpowiadać musi również normatywnym kryteriom prawnego przypisania, których spełnienie otwiera dopiero możliwość nadania mu statusu sprawcy. Sprawcą nie jest bowiem każdy, kto obiektywnie przyczynia się do narażenia, lecz jedynie ten, kto naraża na niebezpieczeństwo swoim nieodpowiednim (nieostrożnym) zachowaniem. Skutek czynu zabronionego określonego w art. 160 § 1 k.k. może urzeczywistnić się także w zwiększeniu stopnia narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, które wystąpiło już wcześniej, ale jeśli zarzuconym zachowaniem jest nieumyślne zaniechanie ciężącego na oskarżonym obowiązku zapobiegnięcia skutkowi, to warunkiem pociągnięcia oskarżonego do odpowiedzialności karnej za przestępstwo z art. 160 § 2 i 3 jest obiektywne przypisanie mu takiego skutku. Będzie on spełniony wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że pożądane zachowanie alternatywne, polegające na wykonaniu przez oskarżonego ciężącego na nim obowiązku, zapobiegłoby realnemu i znaczącemu wzrostowi stopnia tego narażenia*" [44].

W zakresie określenia przesłanki bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu na uwadze mieć należy, że pojmowane jest w kategorii nieuchronnego następstwem dalszego rozwoju sytuacji, bez konieczności pojawienia się dodatkowych czynników. Sąd Apelacyjny w Krakowie określił je jako niebezpieczeństwo "*natychmiastowe, realne, konkretnie istniejące w sytuacji już stworzonej przez sprawcę bez jego dalszych możliwych działań*" [45].

Istotnego znaczenia dla wykonywania zawodu lekarza nabiera także postać kwalifikowana omawianego przepisu. W art. 160 § 2 k.k. wyrażone jest stwierdzenie, że na sprawcy ciążył obowiązek opieki nad osobą narażoną na niebezpieczeństwo. Przepis określa niejako funkcję gwaranta zapobiegnięcia skutkowi narażenia człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Przyjęcie zobowiązania nie jest zdeterminowane formą prawną i może przybrać charakter doraźny. Zakres obowiązków ciążących na tzw. gwarancie musi jednak być definiowany w odniesieniu do konkretnego momentu czasowego, w którym działa, w okolicznościach stanu faktycznego [39]. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 21 sierpnia 2012 roku uznał, iż lekarz-gwarant poniesie odpowiedzialność karną z art. 160 § 2 lub § 3 k.k., gdy *"swoim zachowaniem zdynamizował bezpośrednio niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku dla zdrowia u osoby, wobec której występował w roli gwaranta nienastąpienia skutku. Warunek natomiast odpowiedzialności karnej lekarza-gwaranta z art. 160 § 2 i 3 k.k. w postaci obiektywnego przypisania mu skutku będzie spełniony, gdy zostanie ustalone, że pożądane zachowanie, stanowiące realizację ciążącego na lekarzu obowiązku, zapobiegłoby realnemu narażeniu człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Tak więc nie ulega wątpliwości, że owym skutkiem jest narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, a nie dopiero stan, w którym życie albo zdrowie ludzkie jest już zagrożone"* [46]. W powołanym wyroku, Sąd Najwyższy zawarł tezę, iż *"lekarz obowiązany jest podjąć wszelkie możliwe czynności diagnostyczno-terapeutyczne, jakie tylko w danej chwili i warunkach są możliwe i jakie wynikają z aktualnego stanu wiedzy medycznej, gdy tylko ich zaniechanie narażałoby człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i nie ma przy tym znaczenia to, czy pacjent wskutek błędu w sztuce lekarskiej zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Innymi słowy, lekarz obowiązany jest bronić ludzkiego życia i zdrowia, gdy tylko są one zagrożone i jego odpowiedzialności nie uchyla sam fakt, że nawet gdyby postępował prawidłowo, to i tak nie dałoby się wykluczyć, że pacjent by zmarł albo doznał ciężkiego uszczerbku na zdrowiu"* [46]. Z kolei w wyroku z dnia 3 września 2013 roku Sąd Najwyższy przyjął, że *„lekarz ma obowiązek wdrożyć wszystkie te działania, które w warunkach sytuacyjnych, w jakich działa, są według rekomendacji wynikających z aktualnego stanu wiedzy medycznej wymagane jako dające szansę na wykluczenie, ograniczenie czy neutralizację niebezpieczeństwa "pierwotnego" – a nie tylko takie, które mogą do tego prowadzić w sposób pewny. Zakres obowiązków ciążących na gwarancie musi być bowiem definiowany w odniesieniu do tego momentu czasowego, w którym on działa, w oparciu o wtedy*

dostępne mu informacje o okolicznościach stanu faktycznego. W odniesieniu do tego momentu sformułowane być powinny wnioski co do zakresu realizacji tychże obowiązków i niebezpieczeństw, które wynikać mogą z ich zaniechania. (...) Odpowiedzialność lekarza gwaranta na płaszczyźnie art. 160 k.k. nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu" [47]. W wyroku z dnia 19 marca 2015 roku Sąd Apelacyjny w Łodzi podał kryteria oceny zachowania przez lekarza należytej staranności w warunkach przeprowadzanego zabiegu medycznego: "jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Wzorzec jest budowany według obiektywnych kryteriów takiego poziomu fachowości, poniżej którego postępowanie danego lekarza należy ocenić negatywnie. Właściwy poziom fachowości wyznaczają wspomniane powyżej kwalifikacje, posiadane doświadczenie ogólne i przy wykonywaniu określonych zabiegów medycznych, charakter i zakres doksztalcania się w pogłębianiu wiedzy medycznej i poznawaniu nowych metod leczenia. O zawinieniu lekarza może zdecydować nie tylko zarzucenie mu braku wystarczającej wiedzy i umiejętności praktycznych, odpowiadających aprobowanemu wzorcowi należytej staranności, ale także niezręczność i nieuwaga przeprowadzanego zabiegu, jeżeli oceniając obiektywnie nie powinny one wystąpić w konkretnych okolicznościach. Chodzi o wysoki poziom przeciętnej staranności każdego lekarza jako staranności zawodowej i według tej przeciętnej ocenianie konkretnego zachowania. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywalny efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenie pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. (...) Odpowiedzialność lekarza gwaranta na płaszczyźnie art. 160 k.k. nie musi polegać tylko na popełnieniu przez niego błędu diagnostycznego czy medycznego. Mogą to być różne inne podejmowane albo zaniechane przez niego czynności, narażające człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Skutkiem należącym do znamion strony przedmiotowej występku z art. 160 § 2 i 3 k.k. jest nie tylko wywołanie takiej sytuacji, w której pacjent znajduje się, nie będąc uprzednio, w położeniu grożącym mu bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia lub zdrowia, ale również na utrzymaniu (nie odwróceniu, nie zmniejszeniu) istniejącego już poziomu tego niebezpieczeństwa w czasie, kiedy urzeczywistnił się obowiązek działania lekarza-gwaranta. Co więcej, przestępstwo jest dokonane z chwilą

*narażenia na niebezpieczeństwo, chociażby osoba narażona nie doznała żadnej krzywdy. Zamiar ewentualny określony w art. 160 § 1 k.k. charakteryzuje się świadomością znaczenia podejmowanych czynności w perspektywie możliwego skutku. Nie chodzi przy tym o świadomość jakiegokolwiek możliwości wystąpienia konkretnego narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, ale wyłącznie świadomość wysokiego prawdopodobieństwa takiego skutku, ocenianego w kontekście konkretnych okoliczności faktycznych, bo tylko wówczas można mówić o "bezpośredniości" niebezpieczeństwa" [48].*

Przestępstwa określone w art. 160 k.k. zagrożone są sankcją karną odpowiednio: karą pozbawienia wolności do lat 3 (§ 1), karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (§ 2) oraz karą grzywny, albo karą ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku (§ 3). Sąd może, w określonych przypadkach odstąpić od wymierzania kary albo warunkowo umorzyć postępowanie na okres próby [39].

Dla wskazanego katalogu przestępstw istotne znacznie ma także odwołanie się do reguł ostrożności. Przeważająca część przedstawicieli doktryny prawa uważa, że reguły ostrożności stanowią znamię strony przedmiotowej typu czynu zabronionego, połączone ze sferą normy sankcjonowanej. Kształtują, zatem zakres bezprawności. Eliminują bowiem spod zakresu normy sankcjonowanej działania hipotetycznie umożliwiające naruszenie dobra prawnego, które nie przekraczają dopuszczalnego ryzyka względem dóbr prawnych istniejących w danym systemie. Fundamentalną funkcję odgrywa konstrukcja zamiaru i ukryty faktor kognitywny – świadomość zagrożenia naruszenia dobra a także element wolicjonalny – karygodny stosunek sprawcy w stosunku do tego zagrożenie (chcienie lub godzenie się) [39]. Przywoływanie reguł ostrożności w kontekście ustalenia warunków odpowiedzialności sprawcy popełniającego czyn umyślny dotyczy jedynie bezprawności lub kontratypów [49].

Podsumowując należy stwierdzić, że zasady sztuki medycznej stanowią mechanizm standardów postępowania, których utrzymanie przesądza o legalności czynu ingerującego w dobrostan pacjenta. Posiadają istotne znacznie dla właściwego ujęcia dobra prawnego i jego wartości w systemie ochrony w życiu społecznym na gruncie wykonywania ogólnie rozumianych interwencji lekarskich. Przekroczenie zarówno przytoczonych wyżej zasad w połączeniu z naruszeniem przesłanek warunkujących popełnienie opisanych wyżej czynów zabronionych w kontekście popełnionego błędu medycznego prowadzi do uznania odpowiedzialności karnej lekarza [39].



### 1.7. Odpowiedzialność cywilna lekarza z tytułu błędu medycznego

W czasach współczesnych w coraz większym stopniu zauważyć można próbę dochodzenia roszczeń pacjentów za błąd lekarski, medyczny na drodze postępowania cywilnego. Bez wątplenia wiąże się to z brakiem uzyskania pełnej kompensacji powstałego uszczerbku w ramach realizowanego uprzednio postępowania karnego, którego nadrzędnym celem nie jest wyrównanie materialnego deficytu szkody. W ramach drogi postępowania cywilnego poszkodowanych posiada uprawnienie do uzyskania stosownego zadośćuczynienia i odszkodowania. W przeszłości często można było spotkać się z przeświadczeniem, że lekarz nie ponosi odpowiedzialności cywilnej, ze względu na rodzaj wykonywanych działań oraz powinności zrozumienia, iż pewnych negatywnych następstw nie da się uniknąć [21].

Pamiętać należy, że lekarz zobowiązany jest do wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, powszechnymi w danym czasie metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, a nadto w ramach zbioru reguł etyki zawodowej oraz z dołożeniem należytej staranności wymaganej okolicznościami. Z pominięciem ewentualnej odpowiedzialności kontraktowej lekarza związanej z ustalonym rezultatem w okolicznościach prowadzonych zabiegów medycyny estetycznej lekarz co do zasady odpowiada na zasadzie winy. Może ona zostać przypisana w sytuacji zaistnienia niewłaściwego zachowania (działania lub zaniechania) zarówno w kategorii obiektywnej jak i subiektywnej. Pierwszy element w swym zakresie podnosi naruszanie zasad wynikających z wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii. Z kolei faktor subiektywny odwołuje się do zachowania przez lekarza staranności, która poddana jest weryfikacji w ujęciu modelowym określonego wzorca zachowań [50]. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 24 października 2013 roku *w sprawie, w której powód wywodzi odpowiedzialność jednostki medycznej ze zdarzenia, którym jest błąd w sztuce lekarskiej, lekarz odpowiada na zasadzie winy, którą można mu przypisać tylko w wypadku wystąpienia elementu obiektywnej i subiektywnej niewłaściwości postępowania. Element obiektywny występuje w wypadku naruszenia zasad wiedzy medycznej, doświadczenia i deontologii, zaś element subiektywny wiąże się z zachowaniem przez lekarza staranności, ocenianej przy przyjęciu kryterium wysokiego poziomu przeciętnej staranności zawodowej. Wykonanie zabiegu operacyjnego jest końcowym etapem procedury, na którą składa się na ogół wiele świadczeń diagnostycznych wykonywanych przez różnych specjalistów, stanowiących podstawę do rozpoznania choroby,*

*podjęcia decyzji o zabiegu operacyjnym i jego zakresie. Pojęcie „błędu w sztuce lekarskiej” odnosi się zatem nie tylko do błędu terapeutycznego (błędu w leczeniu, w tym błędu operacyjnego), ale również do błędu diagnostycznego (błąd rozpoznania). W wypadku konieczności poprzedzenia zabiegu operacyjnego specjalistycznymi badaniami błąd diagnostyczny może się odnosić do etapu tych badań, a jego konsekwencją może być błędna diagnoza schorzenia prowadząca do błędnej decyzji o zabiegu operacyjnym lub o zakresie takiego zabiegu [51]. Istotną kwestią jest, że pomiędzy zachowaniem lekarza a powstałym skutkiem czynu zaistnieć musi normalny (adekwatny) związek przyczynowy. Odpowiedzialność cywila lekarza uwarunkowana jest łącznym wystąpieniem trzech elementów w postaci zawinionego działania lub zaniechania w wyniku, którego powstał skutek w postaci uszczerbku na zdrowiu pacjenta albo jego śmierci poprzez przeprowadzenia interwencji medycznej niezgodnie z zasadami wiedzy medycznej i bez zachowania reguły należytej staranności a zachowanie lekarza i skutek został połączony adekwatnym związkiem przyczynowym [50]. Związek przyczynowy została także poddany analizie w orzeczeniu Sądu Apelacyjnego w Białymstoku z dnia 25 lutego 2019 roku, w którym zostało wskazane, że jeżeli zachowanie lekarza przy dokonywaniu zabiegu medycznego odbiega na niekorzyść od przyjętego, abstrakcyjnego wzorca postępowania lekarza, przemawia to za jego winą w razie wyrządzenia szkody. Do obowiązków lekarzy oraz personelu medycznego należy podjęcie takiego sposobu postępowania (leczenia), które gwarantować powinno, przy zachowaniu aktualnego stanu wiedzy i zasad staranności, przewidywany efekt w postaci wyleczenia, a przede wszystkim nie narażenia pacjentów na pogorszenie stanu zdrowia. Z kolei pojęcie bezprawności należy rozumieć szeroko jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym, przez który należy rozumieć nie tylko ustawodawstwo, ale również obowiązujące w społeczeństwie zasady współżycia społecznego; wśród nich mieści się przeprowadzanie zabiegów operacyjnych zgodnie ze sztuką lekarską i z najwyższą starannością wymaganą od profesjonalistów w zakresie medycyny [52].*

W literaturze prawniczej oraz medycznej wskazuje się następujące przyczyny błędów medycznych: a) brak znajomości aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki lekarskiej, b) przeoczenie objawów choroby lub możliwych do stwierdzenia cech osobniczych organizmu, w tym także zaniechanie użycia odpowiednich środków i mechanizmów pomocniczych, c) brak odpowiedniego zaklasyfikowania konkretnego przypadku określonym regułom oraz niedbałe wykonywanie czynności leczniczych [21].

Tak jak już zostało wspomniane, tylko zawiniony błąd lekarza prowadzić może do uznania odpowiedzialności cywilnej dłużnika za wyrządzoną pacjentowi szkodę. Poddając weryfikacji zachowanie lekarza, należy mieć na uwadze kryteria obiektywne i abstrakcyjne. Nie należy zatem skupiać się na autonomicznych właściwościach sprawcy, lecz na okolicznościach zewnętrznych, niezależnych dotyczących danego zdarzenia (czasu i miejsca). Trzeba wówczas dokonać porównania konkretnego zachowania z działaniem wzorcowym dla danego rodzaju czynności, poziomu wiedzy, specjalizacji itp. Brak modelowanego zachowania lekarza może prowadzić do uznania za zawinione. Na błąd lekarski, który będzie rodził konsekwencje muszą składać się następujące elementy: zachowanie sprzeczne z powszechnie poważanym stanem wiedzy medycznej, wina nieumyślna, negatywny skutek popełnionego czynu, czyli powstała szkoda pacjenta, oraz adekwatny związek przyczynowy zaistniały pomiędzy popełnionym błędem a ujemnym skutkiem postępowania leczniczego rozumianym jakoś śmierć pacjenta lub uszczerbek na zdrowiu albo rozstrój zdrowia [21].

Wskazać należy, że odpowiedzialność cywilna lekarza jest odpowiedzialnością osobistą [53] i tylko ona jest koniecznym korelatem powinności świadczenia obciążającej dłużnika wobec wierzyciela [54]. Odpowiedzialność cywilna różni się od tej karnoprawnej faktem odpowiedzialności majątkowej, gdyż gwarancją spełnienia przez dłużnika świadczenia jest jego ogół aktywów majątkowych, a nie poddanie konsekwencjom płynącym z sankcji karnej [55]. Należy dodać, że odpowiedzialność majątkowa lekarza na gruncie prawa cywilnego jest odpowiedzialnością nieograniczoną. Oznacza to w swej istocie, że dłużnik zobowiązany jest względem wierzyciela za powstałe zobowiązanie całym swoim majątkiem obecnym i tym wypracowanym w przyszłości. Omawiana odpowiedzialność, zwłaszcza w kontekście odszkodowawczej ma na celu funkcję kompensacyjną, której celem jest wyrównanie szkody powstałej w majątku poszkodowanego w związku z negatywnym zachowaniem dłużnika – lekarza. Rodzaj powstałego zobowiązania pieniężnego wywodzi się z powstałej szkody majątkowej na osobie lub szkody niemajątkowej polegającej na cierpieniu fizycznym i psychicznym bądź też krzywdzie moralnej. Naprawienie szkody niemajątkowej realizowane jest poprzez zadośćuczynienie. Z kolei restytucja szkody majątkowej polega na zapłacie odszkodowania [21].

Lekarz ponosi odpowiedzialność deliktową wynikającą z art. 415 k.c. *kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia*. Jednakże owa odpowiedzialność wspomagana jest odpowiedzialnością kontraktową zakładu leczniczego. Nie ma przy tym znaczenia, czy chodzi o zakład publiczny czy niepubliczny. Placówka lecznicza odpowiada za

błąd lekarza na podstawie art. 430 k.c., w myśl, którego *kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności*. Pacjenci mający na celu dochodzenie praw związanych z błędem medycznym mogą realizować swoje uprawnienia poprzez zgłoszenie roszczeń lekarzowi albo zakładowi leczniczemu. Zgodnie z art. 2 ust.1, pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [56]*zakład leczniczy składa się z zespołu składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej, która polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które mogą być realizowane także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności*. Z kolei podmiotami leczniczymi są w zdecydowanej większości przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej [57]*we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej* [21]. Zgodnie z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 1965 roku *odpowiedzialność publicznego zakładu opieki zdrowotnej ma reżim szczególny, albowiem zakład odpowiada nie tylko za winę organizacyjną, lecz także za czyny lekarzy i personelu medycznego, nawet wówczas, gdy szkoda jest następstwem zawinionego błędu medycznego* [58].

Nadmienić także należy, że poszkodowany w wyniku błędu medycznego może zatem domagać się od lekarza, placówki medycznej bądź też towarzystwa ubezpieczeniowego odszkodowania, które obejmuje zarówno koszty, które poniósł pacjent, jak również utracone korzyści, które mógłby uzyskać w sytuacji braku powstania szkody. Z kolei za powstałe cierpienia fizyczne i psychiczne poszkodowany może domagać się zadośćuczynienia pieniężnego, którego wymiar każdorazowo zależy od decyzji sądu z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy a przede wszystkim stopnia nasilenia negatywnych następstw dla poszkodowanego. Pacjent może domagać się także ustanowienia renty, w sytuacji całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej. W kontekście omawianych uprawnień poszkodowanego kolosalne znaczenie ma pojęcie ewentualnego przyczynienia się do powstania szkody. W sytuacji braku przestrzegania zaleceń lekarskich, które doprowadziły do pogłębienia szkody roszczenia wysnute przez pacjenta powinny zostać, proporcjonalnie do stopnia przyczynienia, umniejszone [50].

W obliczu powyższych rozważań pamiętać należy, co winno być oczywiste, że zgodnie z zasadami procedury cywilnej ewentualną winę lekarza za błąd medyczny pacjent zgodnie z

przepisem art. 6 k.c. musi udowodnić. Zdarzyć może się jednak, co charakterystyczne dla tego typu spraw, że sąd niekiedy przyjmie konstrukcję winy w oparciu o zasadę domniemania faktycznego w sytuacji braku istnienia dowodu przeciwnego. W wyroku Sądu Najwyższego z 17 maja 2007 roku przyjęte, na przykład zostało, że *w sprawach dotyczących tzw. zakażeń szpitalnych możliwe i uzasadnione jest przyjęcie niedbalstwa placówki służby zdrowia w drodze domniemania faktycznego* [59].

## 2. Cel pracy oraz założenia badawcze

### 2.1. Założenia badawcze pracy

Ze względu na złożoność ludzkiego organizmu i jego wysoką zmienność oraz istotę natury ludzkiej - błędy ze strony personelu medycznego zdarzały się od początków medycyny i istnieć będą zawsze. Należałoby jednak dążyć do ich maksymalnej redukcji oraz ograniczenia ich skutków dla pacjentów.

Głównym założeniem niniejszej rozprawy doktorskiej była analiza zagadnień dotyczących problemu błędów lekarskich zaistniałych w ostatnich latach oraz wykorzystanie tej wiedzy do ograniczenia ilości pozwów dotyczących szeroko rozumianych błędów lekarskich, jak również próba oceny skuteczności podejmowanych do tej pory działań zapobiegawczych.

### 2.2. Cele pracy

Głównym celem rozprawy jest merytoryczna, ilościowa oraz statystyczna analiza wydanych na zlecenie jednostek policji, prokuratury, sądów oraz innych służb państwowych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu opinii zespołowych sądowno-lekarskich z zakresu położnictwa i ginekologii w latach 2008 – 2017.

Zdecydowano się w pracy na przyjęcie dziesięcioletniego okresu analizy jako czasu, który pozwoli uzyskać istotne statystycznie wyniki, pozwoli wyciągnąć wnioski oraz umożliwi zaobserwowanie zmieniających się trendów statystycznych. Otrzymana analiza pozwoli na modyfikację szkolenia lekarzy w trakcie specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii oraz dokonanie krytycznej oceny wpływu wytycznych wydawanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG) na ilość i strukturę występujących błędów.

W celu uzyskania odpowiedzi na powyższe zagadnienia postawiono następujące pytania szczegółowe:

- Jaka była liczba wydanych opinii w latach 2008 – 2017?
- Jaki był podział wydawanych opinii w zależności od dziedziny szczegółowej?
- Jakie organy zlecały wykonanie opinii?
- Jakich placówek służby zdrowia dotyczyły wydawane opinie?
- Jakie było doświadczenie zawodowe lekarza, którego dotyczyła wydawana była opinia?
- Jakich procedur medycznych najczęściej dotyczyły wydawane opinie? (w odniesieniu do klasyfikacji ICD 9)
- Jakich schorzeń najczęściej dotyczyły wydawane opinie? (w odniesieniu do klasyfikacji ICD 10)

- Jakiego typu błędy występowały najczęściej?

- Czy istnieje powiązanie pomiędzy wydawaniem wytycznych a istotnym statystycznie spadkiem ilości popełnianych błędów?

### **3. Materiał i Metody badawcze**

#### *3.1. Materiał badawczy*

Źródłem analizowanego materiału badawczego były archiwa Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (KiZMS). W zbiorach znajdują się wszystkie wydane przez KiZMS opinie z podziałem na roczniki. Każdy dokument posiada nadany indywidualny niepowtarzalny numer, na który składają się: liczba kolejna wpływu materiałów do KiZMS oraz rok, w którym to nastąpiło. Należy mieć na uwadze, iż w opisywanym rejestrze katalogowane są jedynie sprawy, które posiadały postanowienie wydane przez jednostki policji, prokuratury, sądy oraz inne służby państwowe (takie jak np. Służba Więzienna, Straż Graniczna, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego). Członkami zespołów opiniujących byli pracownicy KiZMS w Poznaniu jak również współpracujący z KiZMS lekarze, z których większość wywodziła się z grona samodzielnych pracowników nauki Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu.

#### *3.2. Metodologia*

Metodą badawczą była selekcja ocenianego materiału poprzez systematyczną analizę archiwalnych roczników KiZMS w Poznaniu. Roczniki archiwalne stanowią zbiór wszystkich opinii wydawanych w danym roku przez KiZMS w Poznaniu. Przeanalizowano wszystkie opinie wydane przez jednostkę w latach 2008-2017. Uzyskano 271 opinii dotyczących zakresu położnictwa i ginekologii. Następnie określono kryteria wyłączenia opinii. Zdecydowano, iż wyłączone zostaną z analizy opinie uzupełniające, które mimo, iż wydane w okresie objętym badaniem, to jednak dotyczą spraw sprzed 2008 roku. Następnym kryterium wyłączenia był marginalny udział problematyki ginekologiczno-położniczej, w przypadku którego dotyczyła opinia (np. jedynym udziałem ginekologa położnika w leczeniu pacjentki była konsultacja wykonana podczas pobytu w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej u chorej po wielonarządowym urazie komunikacyjnym).

Po wykonaniu opisywanych czynności otrzymano grupę 234 opinii, którą poddano analizie w niniejszym opracowaniu.

Kolejnym etapem pracy było przygotowanie danych do przeprowadzenia analizy statystycznej. Rozpoczęto od uszeregowania każdego rocznika (z zakresu 2008-2017) w



oddzielnej tabeli kalkulacyjnej, w której zawarto następujące informacje na temat każdej z opinii:

- Dziedzina szczegółowa (położnictwo lub ginekologia)
- Województwo (według jednostki zlecającej opinię)
- Poziom referencyjności szpitala (I, II lub III stopień)
- Instytucja zlecająca
- Poziom wykszolenia lekarza prowadzącego (brak specjalizacji, pierwszy stopień specjalizacji lub drugi stopień specjalizacji)
- Typ opinii (opinia pierwotna lub uzupełniająca)
- Kod ICD 10 (opisujący główne rozpoznanie chorej)
- Główny kod ICD 9 (opisujący główną procedurę leczniczą wykonaną u chorej)
- Pomocniczy kod ICD 9 (opisujący dodatkową procedurę, jeśli taka była wykonana)
- Charakterystyka błędu, jeśli takowy miał miejsce (podział na błędy organizacyjne, diagnostyczne i terapeutyczne)
- Ocena ewentualnego uszczerbku na zdrowiu (w przypadku, jeśli został stwierdzony błąd w postępowaniu leczniczym)
- Informacje o zgonie (w przypadku, gdy błąd medyczny doprowadził do zgonu pacjentki lub/i jej dziecka)
- Informacja o ilości wydanych w danym roku rekomendacji i wytycznych przez PTG

### 3.3. Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej wykorzystany został program Statistica 10 firmy Statsoft Polska. Otrzymane wyniki zaprezentowano w postaci tabel oraz wykresów lub rycin. Wyniki prowadzonych analiz zaprezentowano podając liczbę (N) oraz częstość występowania (%) poszczególnych kategorii w rozpatrywanej próbie. Analizy związków pomiędzy zmiennymi wykonywano przy pomocy testu niezależności chi-kwadrat. Dodatkowo raportowano wartości siły efektu posługując się – w zależności od budowy tabeli krzyżowej – miarą  $f_i$  lub  $V$  Cramera. Założono poziom istotności  $\alpha=0,05$ . Za istotne statystycznie uznawano te wyniki, gdy wyliczone prawdopodobieństwo testowe  $p$  spełniało nierówność  $p<0,05$ .

## 4. Wyniki

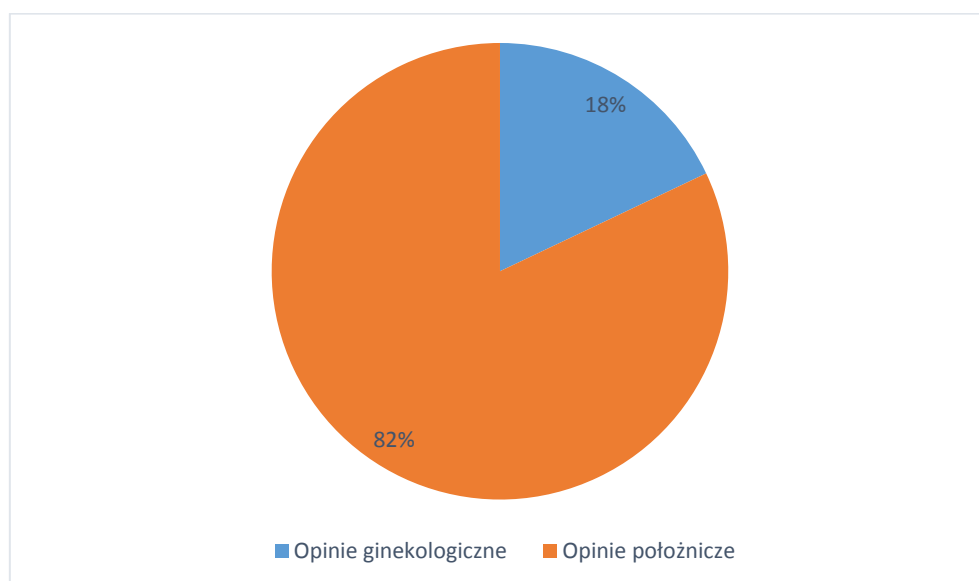
### 4.1. Ilość opinii sądowo - lekarskich z zakresu położnictwa i ginekologii , opracowanych w KiZMS w Poznaniu w latach 2008-2017

Tabele 1-3 oraz wykonane na ich podstawie ryciny o numerach 1-3 przedstawiają rozkład wydanych opinii w ujęciu rocznym oraz ukazują stosunek w ujęciu procentowym i liczbowym opinii dotyczących zagadnień ginekologicznych oraz położniczych.

Widoczna jest przewaga opinii położniczych w zestawieniu ogólnym z całego okresu objętego analizą (Tab.1.) w którym to zestawieniu opinie położnicze stanowią ponad 80% wszystkich opinii wydanych z zakresu położnictwa i ginekologii.

Tabela 1 Podział ogólny wydanych opinii

Dziedzina	Liczba	%
Opinie ginekologiczne	42	17,9
Opinie położnicze	192	82,1
RAZEM	234	100,00

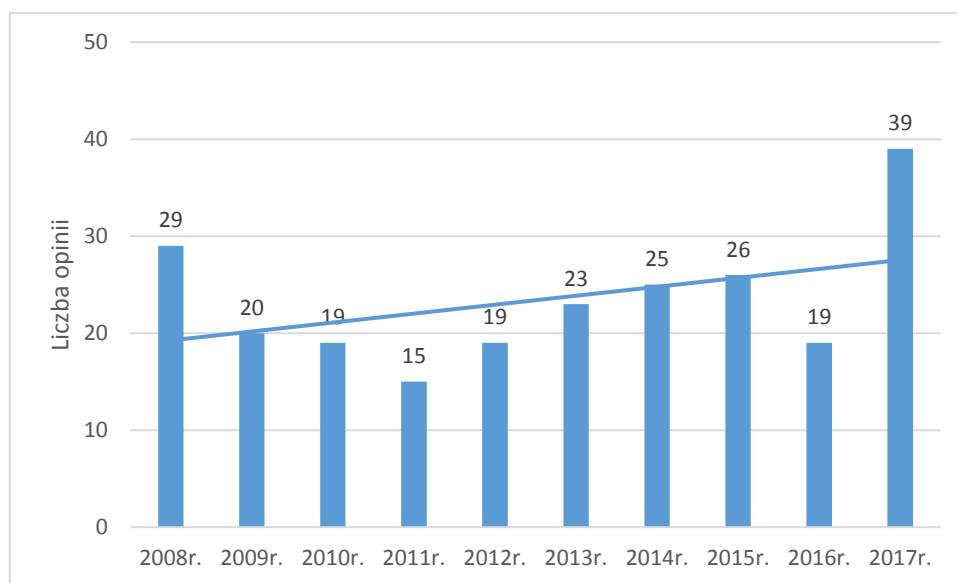


Rycina 1 Ogólny podział wydanych opinii

W badanym okresie liczba rocznie wydawanych opinii z zakresu ginekologii i położnictwa utrzymywała się na stałym poziomie i wynosiła średnio około 23 opinie rocznie. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż w 2017 roku miał miejsce znaczny wzrost ilości wydawanych opinii co zostało przedstawione graficznie (Ryc.2.)

Tabela 2 Liczba wydanych opinii w poszczególnych latach

Rok wydania opinii	Liczba opinii
2008	29
2009	20
2010	19
2011	15
2012	19
2013	23
2014	25
2015	26
2016	19
2017	39

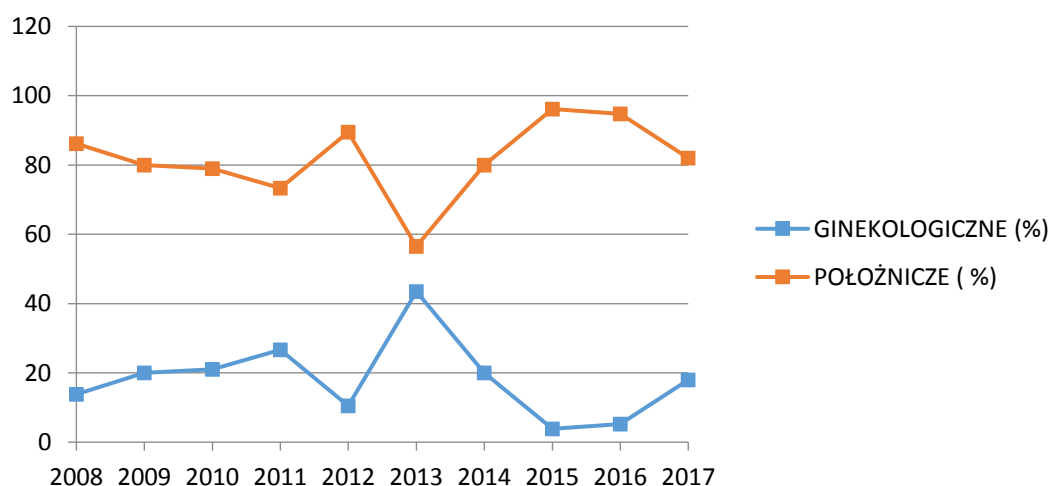


Rycina 2 Liczba wydanych opinii w poszczególnych latach

Po podzieleniu opinii według podspecjalności na te dotyczące położnictwa oraz pozostałe dotyczące ginekologii stwierdzono istotną przewagę ilości opinii dotyczących zagadnień położniczych, których odsetek jedynie w 2013 roku spadł poniżej 70% całego zbioru opinii dla danego roku. W latach 2015 oraz 2016 możemy wręcz zaobserwować prawie całkowite zdominowanie opiniodawstwa ginekologiczno – położniczego w KiZMS w Poznaniu przez zagadnienia położnicze, które stanowiły w tych latach około 82% wszystkich wydanych opinii.

Tabela 3 Opinie ginekologiczne i położnicze w poszczególnych latach

Rok wyd. opinii	Liczba opinii	Ginekologiczne		Położnicze	
		Liczba	%	Liczba	%
2008	29	4	13,7	25	86,2
2009	20	4	20,0	16	80,0
2010	19	4	21,0	15	78,9
2011	15	4	26,6	11	73,3
2012	19	2	10,5	17	89,4
2013	23	10	43,4	13	56,5
2014	25	5	20,0	20	80,0
2015	26	1	3,8	25	96,1
2016	19	1	5,2	18	94,7
2017	39	7	17,9	32	82,0
RAZEM	234	42	17,9	192	82,0



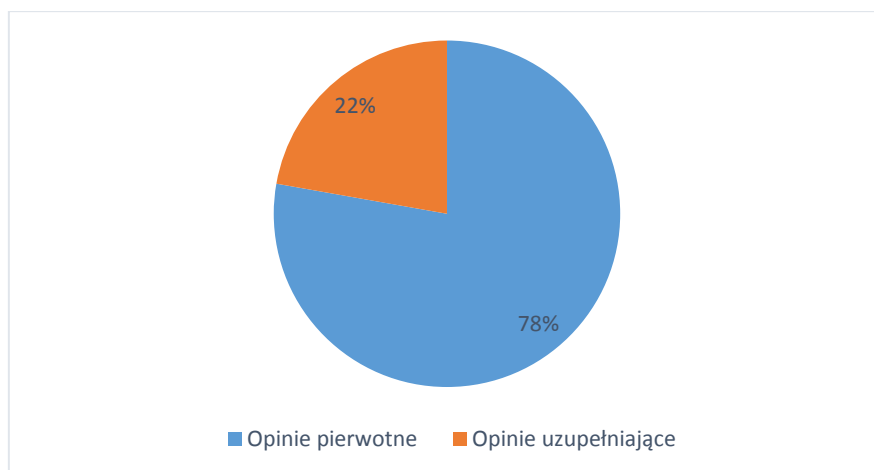
Rycina 3 Opinie ginekologiczne i położnicze w poszczególnych latach

#### 4.2. Podział opinii na opinie pierwotne oraz uzupełniające w latach 2008-2017

Niezależnie od dziedziny, której dotyczy opiniowanie sądowo – lekarskie na potrzeby wymiaru sprawiedliwości obecny jest podział na opinie pierwotne i uzupełniające. Jest to spowodowane charakterystyką procesu zarówno karnego jak i cywilnego, którego to opiniowanie jest częścią. Biegli wydając opinie pierwotne opierają się na materiale dostępnym na dzień przesłania biegłym materiałów niezbędnych do wydania rzetelnej opinii. Często się zdarza, iż sprawa wielokrotnie wraca do opiniowania przez zespół biegłych. Spowodowane jest to chęcią uściślenia przez organ postępowania wątpliwości, które pojawiły się u prowadzących to postępowanie po przeczytaniu wniosków opinii pierwotnej, lub kiedy ujawniane są nowe okoliczności sprawy (zeznania, dokumenty), ewentualnie kiedy w trakcie przewodu sądowego strony procesowe kwestionują opinie biegłych. Nierzadkim zdarzeniem jest też sytuacja, w której ta sama sprawa opiniowana jest w trakcie swojego biegu na zlecenie policji, potem prokuratury, wreszcie sądu. Z różnych powodów sąd może też powołać drugi i trzeci zespół opiniujący. Dyskusje pisemne z innym zespołem albo z pełnomocnikami stron procesowych były zawsze oparte na opinii podstawowej i tylko takie były brane pod uwagę w tej pracy. Przedstawione w Tabeli 4 dane wskazują, iż opinie uzupełniające stanowią prawie ¼ wszystkich opinii wydanych przez KiZMS w analizowanym okresie.

Tabela 4 Podział ogólny opinii na pierwotne i uzupełniające

Typ opinii	Liczba	%
Opinie pierwotne	182	77,7
Opinie uzupełniające	52	22,2
RAZEM	234	100,0

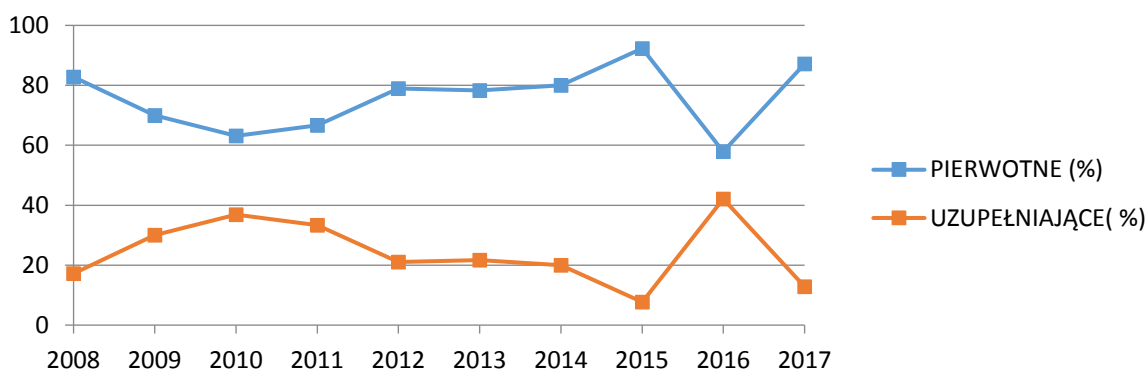


Rycina 4 Podział ogólny opinii na pierwotne i uzupełniające

Przedstawione w tabeli poniżej dane (Tab. 5.) wskazują, iż udział opinii uzupełniających w poszczególnych latach był zmienny i wahał się od 7% do 42% (w szczytowym roku 2016). Wyjaśnić należy, iż aberracja w uzyskanych wynikach może być skutkiem głębokich zmian, które zostały dokonane w prokuraturze w styczniu 2016 roku [60] , co skutkowało wznawianiem wcześniej umorzonych śledztw i stosowaniem opinii uzupełniających do starych spraw.

Tabela 5 Opinie pierwotne i uzupełniające w poszczególnych latach

Rok wyd. opinii	Liczba opinii	Pierwotne		Uzupełniające	
		Liczba	%	Liczba	%
2008	29	24	82,7	5	17,2
2009	20	14	70,0	6	30,0
2010	19	12	63,1	7	36,8
2011	15	10	66,6	5	33,3
2012	19	15	78,9	4	21,0
2013	23	18	78,2	5	21,7
2014	25	20	80,0	5	20,0
2015	26	24	92,3	2	7,6
2016	19	11	57,8	8	42,1
2017	39	34	87,1	5	12,8
RAZEM	234	182	77,7	52	22,2



Rycina 5 Opinie pierwotne i uzupełniające w poszczególnych latach

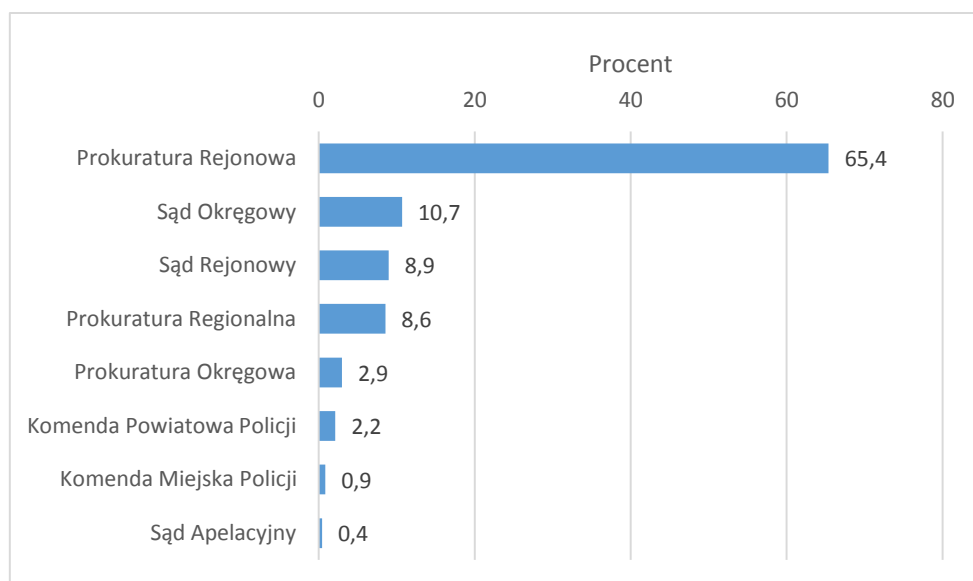


#### 4.3. Instytucje na zlecenie których wydawano opinie z zakresu położnictwa i ginekologii w latach 2008 – 2017

Opinie sądowo-lekarskie zlecane były przez większość instytucji funkcjonujących w polskim systemie prawnym. Jak wspomniano powyżej sprawy zlecane są na różnych etapach prowadzonego śledztwa lub dochodzenia przez organy na poszczególnych szczeblach organizacyjnych (tj. przez jednostki policji, prokuratury oraz sądy). Należy też mieć na uwadze postępowania, które toczą się w ramach odpowiedzialności cywilnej, w których instytucją zlecającą jest zawsze sąd. W tabelach poniżej (Tab.6 oraz Tab.7) wyszczególnione są dane obrazujące aktywność jednostek w powierzaniu KiZMS w Poznaniu spraw do opiniowania. Prym wiodą w tym zestawieniu jednostki prokuratury, które to najczęściej prowadzą sprawy odnośnie podejrzeń o błędy medyczne. Jednocześnie na uwagę zasługuje znaczący wzrost zlecanych opinii przez Prokuratury Regionalne, które to na skutek zmian dokonanych w 2016 roku[60] zastąpiły Prokuratury Apelacyjne, a w ich strukturach powstały specjalne wydziały do spraw błędów medycznych. Skutkowało to większą aktywnością wyżej wymienionych prokuratur w zakresie opiniowania sądowo – lekarskiego.

Tabela 6 Podział ogólny wydanych opinii według instytucji zlecających ich wydanie

Instytucje zlecające opinie	Liczba	%
Prokuratura Rejonowa	153	65,4
Sąd Okręgowy	25	10,7
Sąd Rejonowy	21	8,9
Prokuratura Regionalna	20	8,6
Prokuratura Okręgowa	7	2,9
Komenda Powiatowa Policji	5	2,2
Komenda Miejska Policji	2	0,9
Sąd Apelacyjny	1	0,4
RAZEM	234	100,0



Rycina 6 Podział ogólny wydanych opinii według instytucji zlecających ich przeprowadzenie

Tabela 7 Instytucje zlecające opinie w poszczególnych latach.

Rok wyd. opinii	SO	SR	KPP	PR	KMP	RP	PO	SA	Razem
2008	3	4	3	19	0	0	0	0	29
2009	6	2	0	12	0	0	0	0	20
2010	4	3	1	11	0	0	0	0	19
2011	4	3	0	8	0	0	0	0	15
2012	1	2	0	16	0	0	0	0	19
2013	3	2	0	18	0	0	0	0	23
2014	0	1	0	23	1	0	0	0	25
2015	2	0	1	21	1	1	0	0	26
2016	1	2	0	13	0	2	1	0	19
2017	1	2	0	12	0	17	6	1	39
Ogółem	25	21	5	153	2	20	7	1	23040

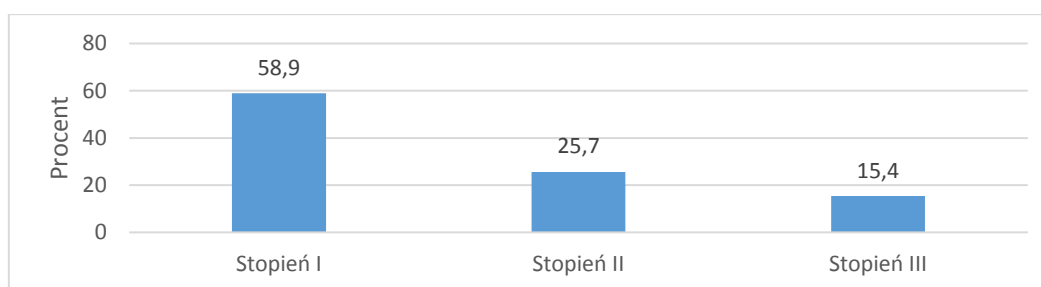
SO – Sąd Okręgowy, SR – Sąd Rejonowy, KPP – Komenda Powiatowa Policji, PR – Prokuratura Rejonowa, KMP – Komenda Miejska Policji, RP – Prokuratura Regionalna, PO – Prokuratura Okręgowa, SA – Sąd Apelacyjny

#### 4.4. Poziom referencyjności jednostek opieki zdrowotnej w sprawie których wydawano opinie w latach 2008-2017

Wydawane opinie sędowo lekarskie w latach 2008-2017 dotyczyły wszystkich szczebli tzw. drabiny referencyjnej stosowanej do określania poziomu referencyjności oddziałów ginekologiczno-położniczych. Podział taki został wprowadzony w latach 90-tych [61], następnie doprecyzowany w 2004 roku wraz z postępującą reformą publicznej opieki zdrowotnej [62] a jego celem było określenie schorzeń, które powinny być leczone w odpowiednich placówkach opieki zdrowotnej. Cięższe niepowikłane mogą być ukończone na każdym poziomie referencyjności natomiast powikłane cięższe z wadami płodu powinny być ukończone jedynie w placówkach na najwyższym III stopniu referencyjności. Jednocześnie podział trójstopniowy skonstruowany jest na zasadzie piramidy w związku z czym najwięcej jest jednostek ginekologiczno-położniczych na I stopniu referencyjności a najmniej wyspecjalizowanych klinik na III stopniu referencyjności. Ma to też przełożenie na rozkład procentowy udziału konkretnych placówek z uwzględnieniem stopnia wyspecjalizowania w odniesieniu do ilości wydanych opinii. Dane te umieszczono w poniższych tabelach (Tabela 8 oraz Tabela 9)

Tabela 8 Ogólny podział wydanych opinii w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala

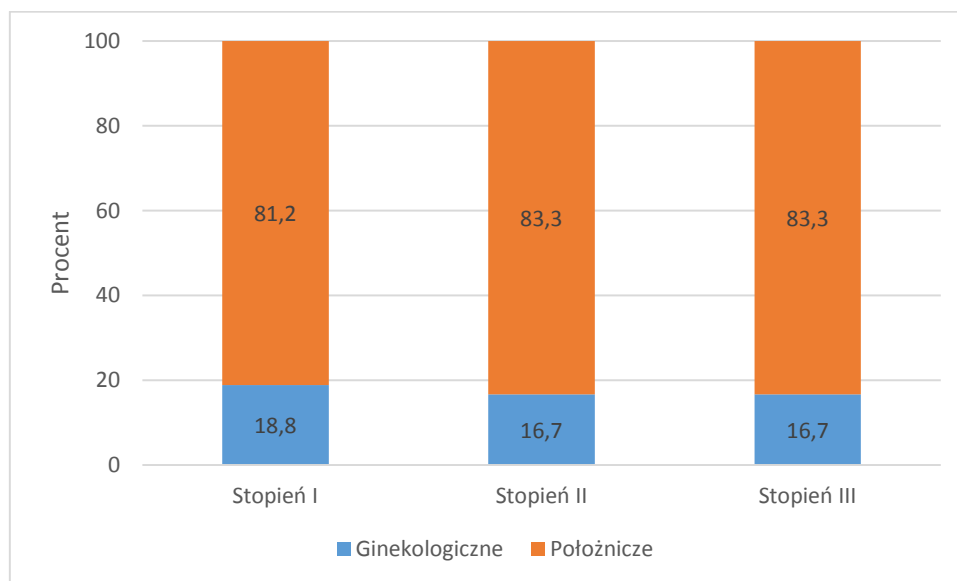
Referencyjność szpitala	Liczba	%
Stopień I	138	58,9
Stopień II	60	25,7
Stopień III	36	15,4
RAZEM	234	100,0



Rycina 7 Ogólny podział wydanych opinii w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala

Tabela 9 Podział opinii z uwzględnieniem dziedzin szczegółowych w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala

Referencyjność szpitala	Liczba opinii	Ginekologiczne		Położnicze	
		Liczba	%	Liczba	%
I	138	26	18,8	112	81,2
II	60	10	16,7	50	83,3
III	36	6	16,7	30	83,3
RAZEM	234	42	17,9	192	82,1



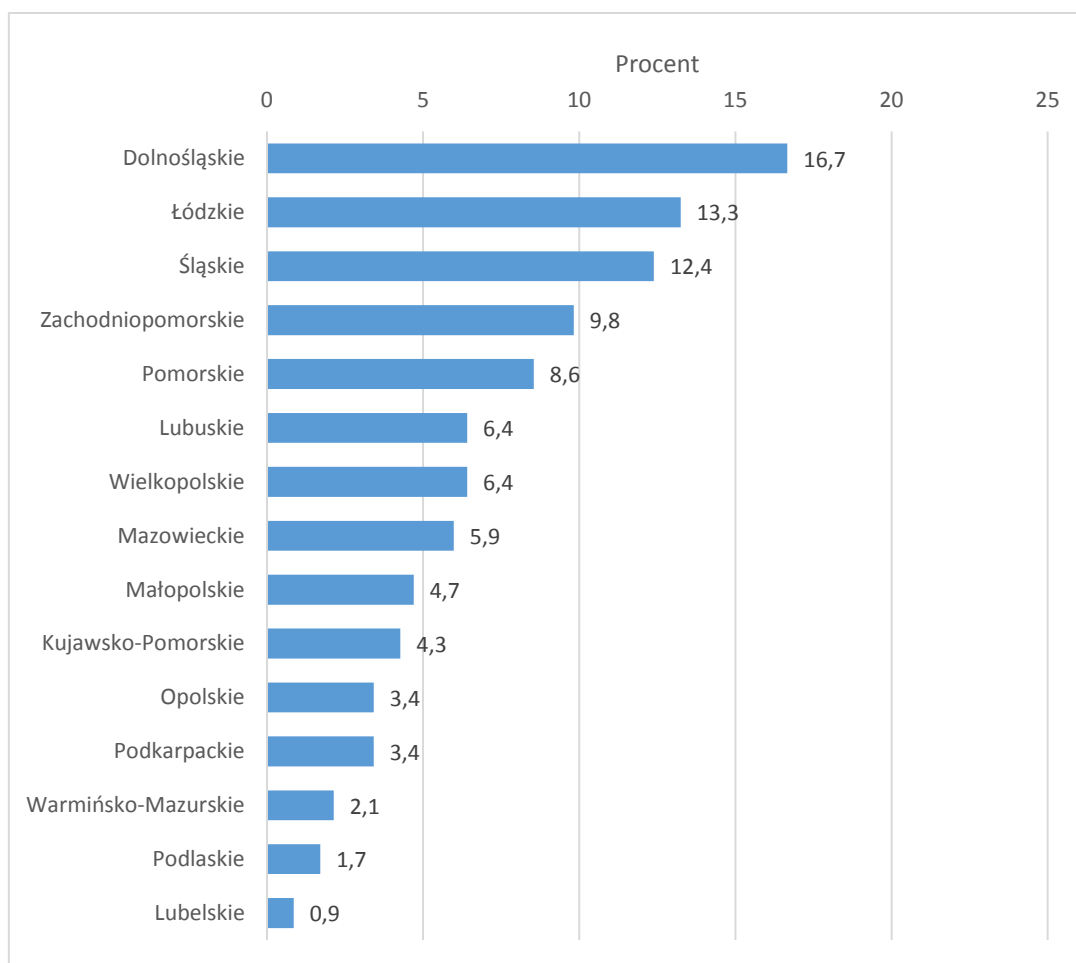
Rycina 8 Podział opinii z uwzględnieniem dziedzin szczegółowych w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala

*4.5. Rozkład terytorialny opinii z zakresu położnictwa i ginekologii w KiZMS w Poznaniu w latach 2008-2017*

Do KiZMS w Poznaniu w analizowanym okresie czasu trafiały za wyjątkiem województwa świętokrzyskiego sprawy dotyczące całego terenu Rzeczypospolitej Polskiej (Tab. 10, 11 i 12 Ryc.9 i 10). Należy mieć jednak na uwadze, iż poniższe zestawienia przedstawiają jedynie opinie wydane w poznańskim zakładzie i nie obejmują danych z pozostałych Katedr Medycyny Sądowej, które znajdują się przy każdym ośrodku akademickim w Polsce, kształcącym studentów na kierunku lekarskim. Wykaz wykonany na potrzeby niniejszej pracy ukazuje jedynie wycinek rzeczywistości, choć z pewnością jest to wycinek istotny.

Tabela 10 Podział ogólny opinii względem województw

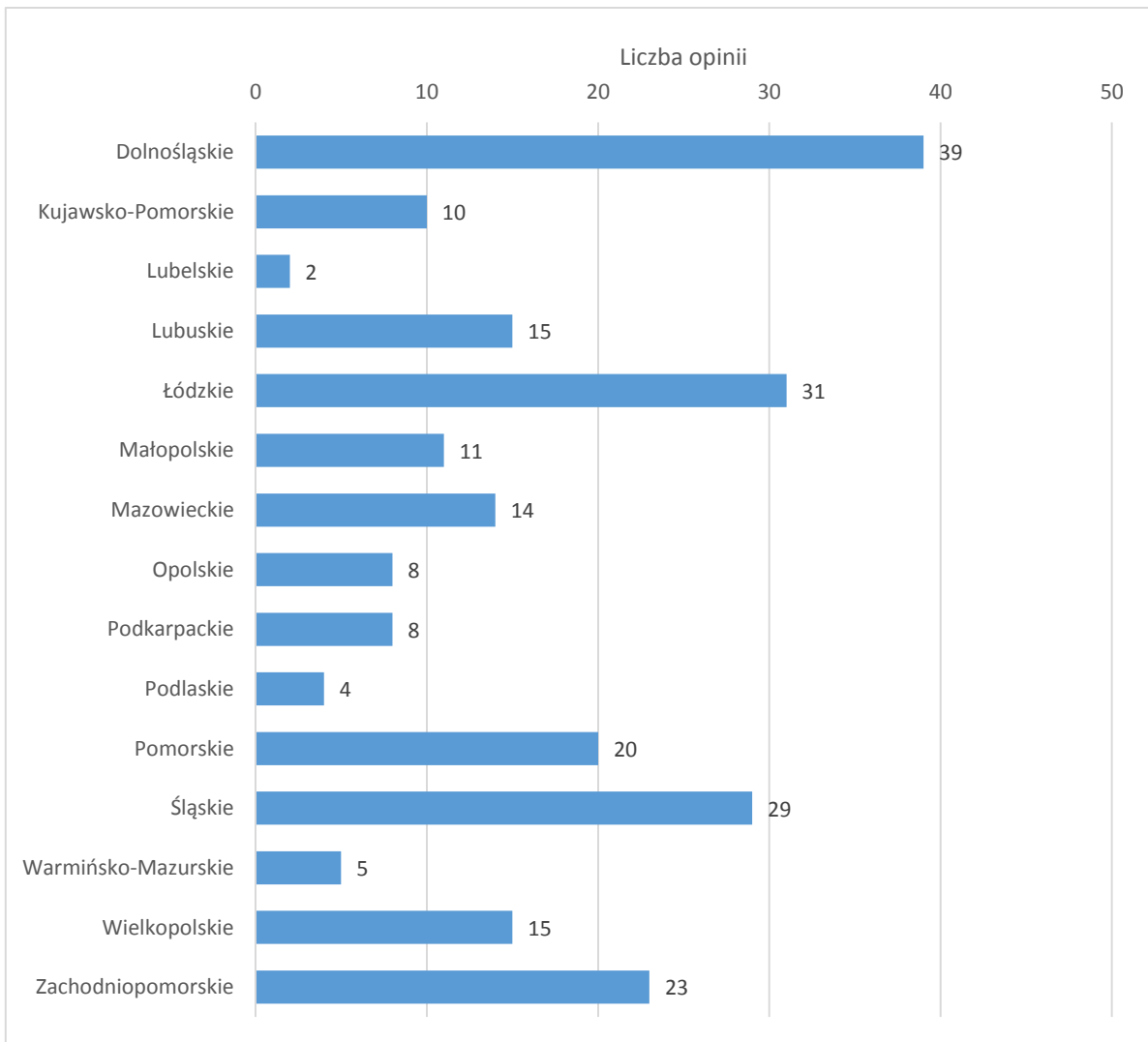
Województwo	Liczba	%
Dolnośląskie	39	16,7
łódzkie	31	13,3
Śląskie	29	12,4
Zachodniopomorskie	23	9,8
Pomorskie	20	8,6
Lubuskie	15	6,4
Wielkopolskie	15	6,4
Mazowieckie	14	5,9
Małopolskie	11	4,7
Kujawsko-Pomorskie	10	4,3
Opolskie	8	3,4
Podkarpackie	8	3,4
Warmińsko-Mazurskie	5	2,1
Podlaskie	4	1,7
Lubelskie	2	0,9
RAZEM	234	100,00



Rycina 9 Podział ogólnej opinii względem województw

Tabela 11 Podział opinii w odniesieniu do roku wydania w oparciu o podział terytorialny kraju

Województwo	Liczba opinii										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Ogół
dolnośląskie	5	3	5	4	5	7	0	3	0	7	39
kujawsko-pomorskie	1	1	0	0	2	0	0	2	1	3	10
lubelskie	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
lubuskie	1	0	1	2	2	1	1	5	1	1	15
łódzkie	5	4	2	1	0	1	11	4	2	1	31
małopolskie	2	0	0	0	2	1	0	1	3	2	11
mazowieckie	3	1	0	2	1	1	2	0	1	3	14
opolskie	1	2	0	0	0	0	1	0	3	1	8
podkarpackie	0	1	1	1	1	3	1	0	0	0	8
podlaskie	0	0	0	0	0	2	0	1	0	1	4
pomorskie	2	1	2	1	0	3	2	1	0	8	20
śląskie	1	4	3	2	3	2	5	3	3	3	29
warmińsko - mazurskie	0	0	0	0	1	0	0	1	2	1	5
wielkopolskie	6	0	0	1	1	2	1	1	0	3	15
zachodniopomorskie	2	3	5	1	1	0	1	4	2	4	23
Razem	29	20	19	15	19	23	25	26	19	39	234



Rycina 10 Liczba opinii z uwzględnieniem podziału terytorialnego kraju



Tabela 12 Udział procentowy województw w całości wydawanych opinii sądowo lekarskich z zakresu położnictwa i ginekologii.

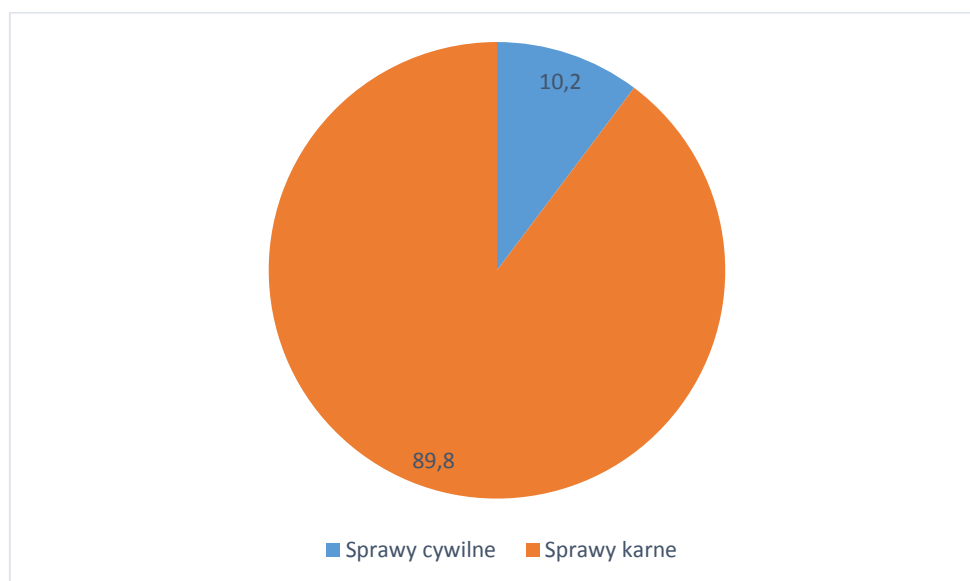
Województwo	Odsetek opinii (%)										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	OGÓŁEM
dolnośląskie	17,2	15,0	26,3	26,7	26,3	30,4	0,0	11,5	0,00	17,9	16,7
kujawsko-pomorskie	3,4	5,0	0,0	0,0	10,5	0,0	0,0	7,7	5,3	7,7	4,3
lubelskie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	2,6	0,9
lubuskie	3,4	0,0	5,3	13,3	10,5	4,4	4,0	19,2	5,3	2,6	6,4
łódzkie	17,2	20,0	10,5	6,7	0,0	4,4	44,0	15,4	10,5	2,6	13,2
małopolskie	6,9	0,0	0,0	0,0	10,5	4,4	0,0	3,9	15,2	5,1	4,7
mazowieckie	10,3	5,0	0,0	13,3	5,3	4,4	8,0	0,0	5,3	7,7	5,9
opolskie	3,4	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	0,0	15,8	2,6	3,4
podkarpackie	0,0	5,0	5,3	6,7	5,3	13,0	4,0	0,0	0,00	0,0	3,4
podlaskie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7	0,0	3,9	0,00	2,6	1,7
pomorskie	6,9	5,0	10,5	6,7	0,0	13,0	8,0	3,9	0,00	20,5	8,5
śląskie	3,4	20,0	15,8	13,3	15,8	8,7	20,0	11,5	15,8	7,7	12,4
warmińsko-mazurskie	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	3,9	10,5	2,6	2,1
wielkopolskie	20,6	0,0	0,0	6,7	5,3	8,7	4,0	3,9	0,0	7,7	6,4
zachodniopomorskie	6,9	15,0	26,3	6,7	5,3	0,0	4,0	15,4	10,5	10,3	9,8
Razem	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

4.6. Opinie z zakresu położnictwa i ginekologii wydane przez KiZMS w Poznaniu w latach 2008-2017 w odniesieniu do Prawa Karnego oraz Prawa Cywilnego

Opinie wydawane przez KiZMS w Poznaniu wykonywane są na zlecenie prawie wszystkich instytucji wymiaru sprawiedliwości, które funkcjonują w polskim prawodawstwie. W większości wykonywane są opinie z zakresu przepisów kodeksu karnego, jednakże zdarzają się też opinie na potrzeby kodeksu cywilnego. Opinie cywilne zazwyczaj odnoszą się do kwestii sporu o wysokość renty lub/i ustalenia wartości zadośćuczynienia w przypadkach kiedy to wcześniej przeprowadzony proces karny wykazał winę lekarza lub podmiotu go zatrudniającego. W niniejszym opracowaniu jedynie co dziesiąta opinia była wykonana na potrzeby procesu cywilnego.

Tabela 13 Podział ogólny opinii w odniesieniu do prawnego charakteru opiniowanej sprawy

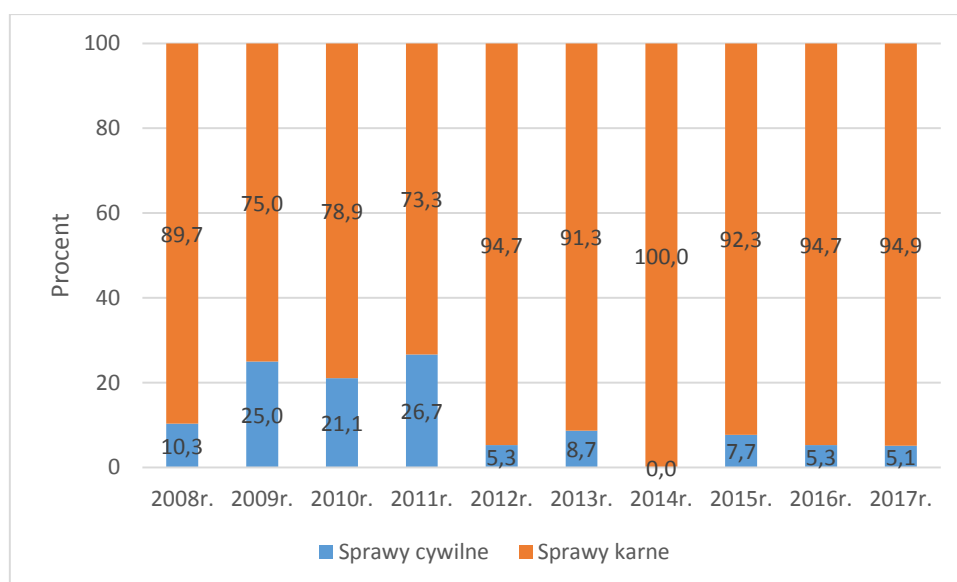
Typ sprawy	Liczba	Procent
Sprawy cywilne	24	10,2
Sprawy karne	210	89,8
RAZEM	234	100,00



Rycina 11 Podział ogólny opinii w odniesieniu do prawnego charakteru opiniowanej sprawy

Tabela 14 Podział z uwzględnieniem rozkładu rocznego opinii wydawanych w sprawach karnych i cywilnych

Rok wyd. opinii	Liczba opinii	Cywilne		Karne	
		Liczba	%	Liczba	%
2008	29	3	10,3	26	89,7
2009	20	5	25,0	15	75,0
2010	19	4	21,1	15	78,9
2011	15	4	26,7	11	73,3
2012	19	1	5,3	18	94,7
2013	23	2	8,7	21	91,3
2014	25	0	0,0	25	100,0
2015	26	2	7,7	24	92,3
2016	19	1	5,3	18	94,7
2017	39	2	5,1	37	94,9
Ogół	234	24	10,3	210	89,7



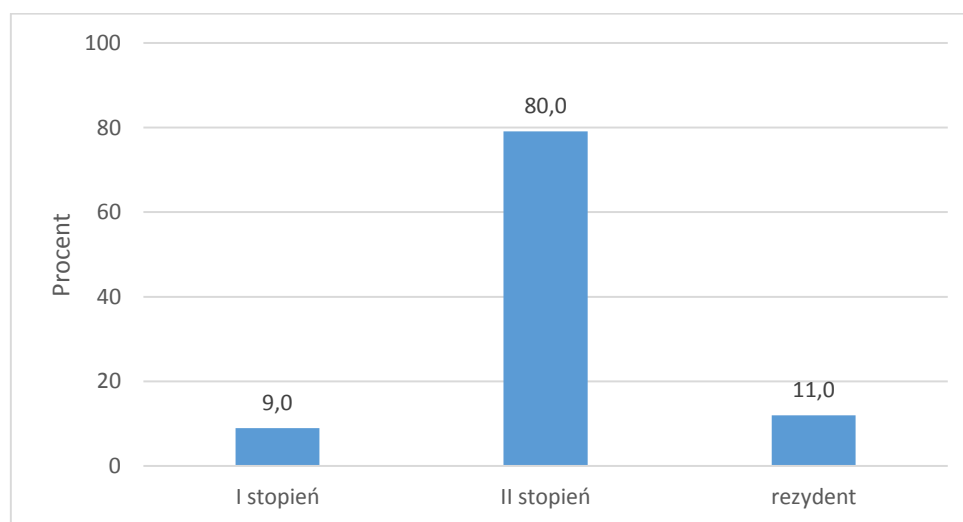
Rycina 12 Podział z uwzględnieniem rozkładu rocznego opinii wydawanych w sprawach karnych i cywilnych

#### 4.7. Rozkład opinii z zakresu położnictwa i ginekologii z uwzględnieniem wykształcenia zawodowego lekarza prowadzącego, którego dotyczy wydawana opinia

Do 1999 roku w Polsce obowiązywał [63] dwustopniowy system specjalizacyjny lekarzy, w którym lekarz specjalizujący się w danej dziedzinie uzyskiwał pierwszy stopień specjalizacji dający mu prawo posługiwania się tytułem np. lekarz ginekolog – położnik, a następnie uzyskiwał drugi stopień specjalisty pozwalający lekarzowi na używanie tytułu np. specjalisty w położnictwie i ginekologii. Obecnie od 1999 roku funkcjonuje jednostopniowy system specjalizacji [64], w którym lekarz do zakończenia całego kursu szkoleniowego traktowany jest jako lekarz w trakcie specjalizacji. Obecnie w większości specjalizacje odbywa się w ramach rezydentury finansowanej centralnie przez państwo. Po zakończeniu specjalizacji oraz zdaniu egzaminu specjalizacyjnego taki lekarz uzyskuje tytuł specjalisty (odpowiadający II stopniowi specjalizacji odbywanej według starego trybu).

Tabela 15 Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wykształcenia lekarza prowadzącego

Wykształcenie lekarza prowadzącego	Liczba	Procent
I stopień	21	9,0
II stopień	185	80,0
rezydent	28	11,0
RAZEM	234	100,00



Rycina 13 Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wykształcenia lekarza prowadzącego

4.8. Podział opinii z zakresu położnictwa i ginekologii względem rozpoznań według klasyfikacji ICD 10 oraz wykonanych procedur w myśl klasyfikacji ICD 9

W toku wykonywania analiz badawczych przed przystąpieniem do analizy statystycznej każdej analizowanej opinii nadano dominujący kod ICD 10 [65] odpowiadający głównemu schorzeniu pacjentki z opiniowanego przypadku. Jednocześnie w celu otrzymania rzetelnej analizy statystycznej zdecydowano, aby jednostki chorobowe występujące w zbiorze mniej niż pięciokrotnie zgrupować i określić mianem „pozostałe”. Otrzymane wyniki obrazują Tabele 16 i 17 oraz Rycina 14

Tabela 16 Podział opinii według kodów ICD 10 przed zgrupowaniem

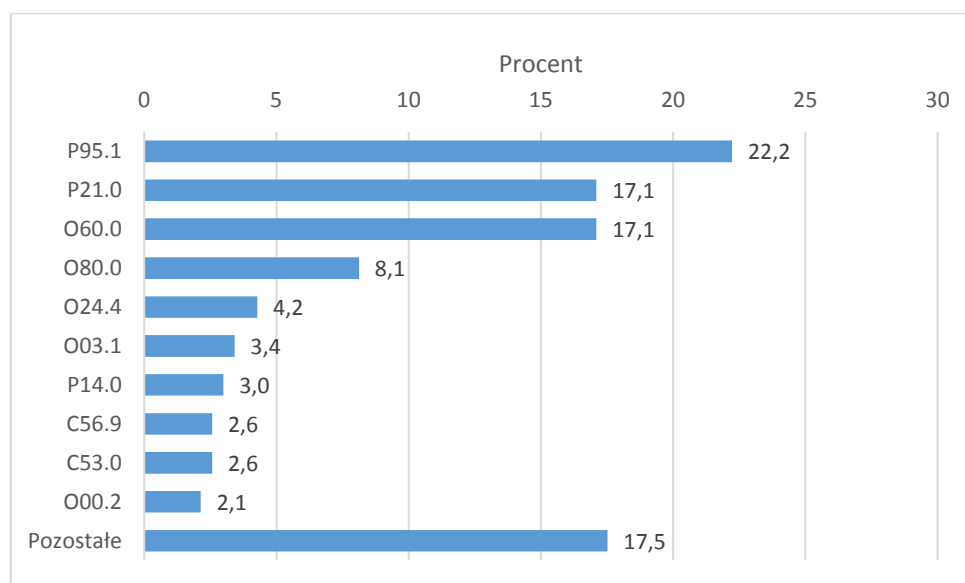
Kod ICD 10	Liczba	Procent
P95.0	52	22,2
P21.0	40	17,1
O60.0	40	17,1
O80.0	19	8,1
O24.4	10	4,3
O03.1	8	3,4
P14.0	7	3,0
C56.9	6	2,6
C53.0	6	2,6
O00.2	5	2,1
D25.0	4	1,7
O66.0	4	1,7
O60.1	4	1,7
D65.1	4	1,7
N83.2	2	0,9
O71.4	2	0,9
O80.0	2	0,9
S37.1	2	0,9
Q52.3	1	0,4
N95.0	1	0,4
N70.9	1	0,4
N81.1	1	0,4
N93.1	1	0,4
C50.1	1	0,4
N75.1	1	0,4
C50.0	1	0,4
R68.0	1	0,4
O03.9	1	0,4
N93.9	1	0,4
P20.9	1	0,4
O45.8	1	0,4

O26.7	1	0,4
Q23.4	1	0,4
N72.0	1	0,4
O60.0	1	0,4
RAZEM	234	100,0

*(P95.0 – Śmierć płodu z niewyjaśnionej przyczyny, P21.0 - Ciężka zamartwica urodzeniowa, O60.0- Przedwczesna czynność porodowa z porodem przedwczesnym, O80.0- Poród samoistny pojedynczy siłami natury, O24.4- Cukrzyca powstała w ciąży, O03.1 - Poronienie samoistne niepełne, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem, P14.0 - Porażenie Erba spowodowane urazem porodowym, C56.9 - Nowotwór złośliwy jajnika nieokreślony, C53.0 - Nowotwór złośliwy szyjki macicy, O00.2 - Cięża jajnikowa )*

Tabela 17 Podział opinii według kodów ICD 10 po zgrupowaniu

Kod ICD 10	Liczba	Procent
P95.0	52	22,2
P21.0	40	17,1
O60.0	40	17,1
O80.0	19	8,1
O24.4	10	4,3
O03.1	8	3,4
P14.0	7	3,0
C56.9	6	2,6
C53.0	6	2,6
O00.2	5	2,1
Pozostałe	41	17,5
RAZEM	234	100,00



Rycina 14 Podział opinii według kodów ICD 10 po zgrupowaniu

Podobnie jak to zostało opisane powyżej w odniesieniu do klasyfikacji ICD 10 również w przypadku klasyfikacji ICD 9 [66] przypisano poszczególnym sprawom maksymalnie dwa kody ICD 9 (czego skutkiem jest wyższa suma wszystkich kodów 282 niż suma wszystkich opinii poddanych analizie 234), a następnie zdecydowano podobnie jak uprzednio o połączeniu kodów procedur występujących mniej niż pięciokrotnie w jedną grupę nazwaną „pozostałe”. Na uwagę zasługuje fakt, iż ponad 70% procedur stanowią procedury opisujące poród (74.1 cięcie cesarskie, 73.72 poród samoistny z nacięciem krocza, 73.71 poród samoistny bez nacięcia krocza). Otrzymane wyniki przedstawiają Tabele 18 i 19 oraz Rycina 15.

Tabela 18 Podział opinii według kodów ICD 9 przed zgrupowaniem

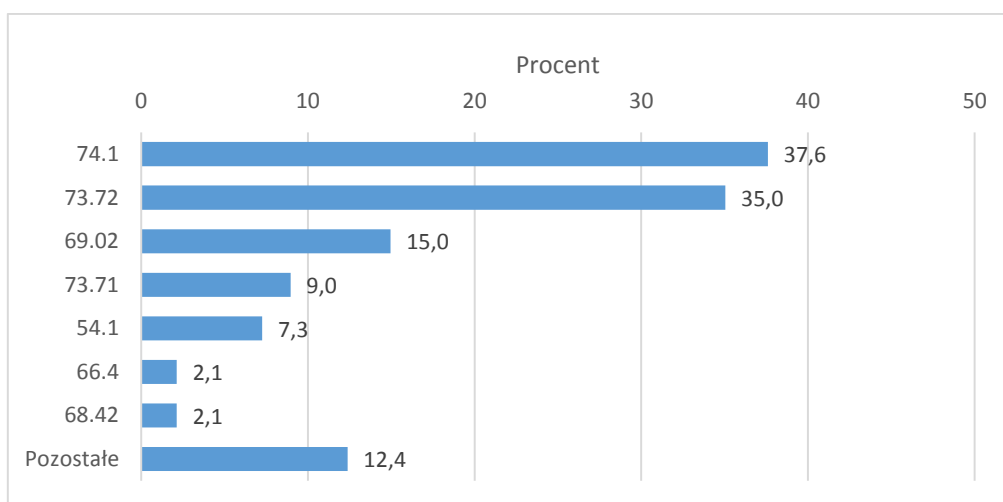
Kod ICD 9	Liczba	Procent
74.1	88	37,6
73.72	82	35,0
69.0	35	15,0
73.71	21	9,0
54.1	17	7,3
66.4	5	2,1
68.42	5	2,1
68.4	4	1,7
89.26	3	1,3
99.44	3	1,3
56.8	2	0,9
65.25	2	0,9
68.41	2	0,9
99.60	2	0,9
54.2	1	0,4
65.29	1	0,4
69.01	1	0,4
69.223	1	0,4
71.22	1	0,4
72.71	1	0,4
72.8	1	0,4
73.41	1	0,4
73.9	1	0,4
85.11	1	0,4
87.37	1	0,4

*(74.1-Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy, 73.72 – Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym jego zeszyciem, 73.71 – Poród samoistny bez nacięcia krocza, 69.02 - Rozszerzenie kanału szyjki i wyłęczekowanie ścian jamy, 54.1 – Laparotomia, 66.4 - Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu, 68.42- Poszerzone wycięcie macicy )*



Tabela 19 Podział opinii według kodów ICD 9 po zgrupowaniu

Kod ICD 9	Liczba	Procent
74.1	88	37,6
73.72	82	35,0
69.02	35	15,0
73.71	21	9,0
54.1	17	7,3
66.4	5	2,1
68.42	5	2,1
Pozostałe	29	12,4



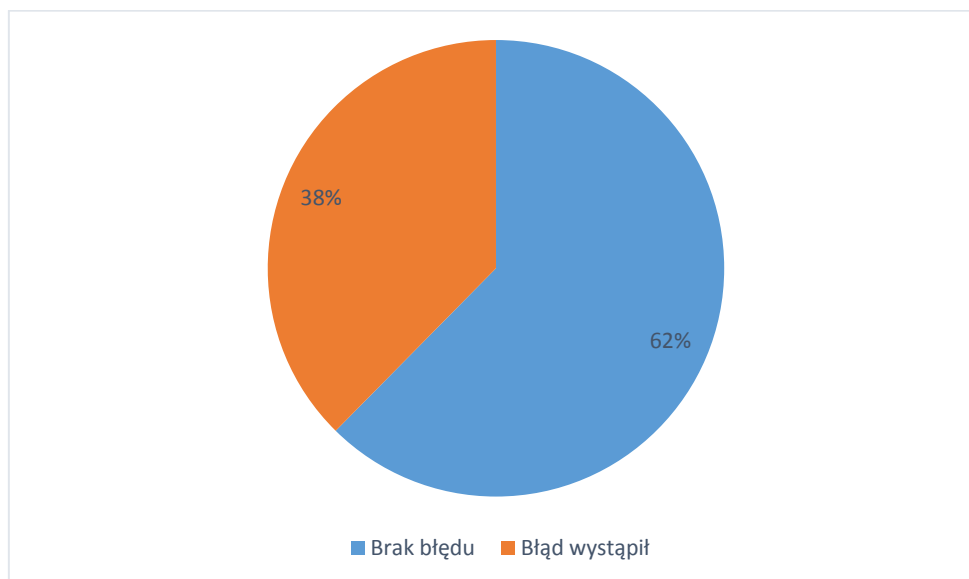
Rycina 15 Podział opinii według kodów ICD 9 po zgrupowaniu

4.9. Analiza opinii sądowo lekarskich, w których biegli dopatrzili się błędów lekarskich w odniesieniu do całości wydanych w latach 2008-2017 opinii z zakresu położnictwa i ginekologii

W okresie 10 lat jakie obejmowała niniejsza analiza biegli dopatrzili się 88 błędów medycznych. Największa ilość błędów w stosunku rocznym występowała w początkowych analizowanych latach (2008-2010) od kiedy zaobserwowano ciągły trend spadkowy ( Tab. 21, Ryc. 17). Jest to o tyle zaskakujące, iż w tym samym okresie zaobserwowano zwiększenie ilości wydawanych opinii. Jest to bardzo dobrze widoczne w Tabeli 23 oraz na Rycinie 19. Procentowy udział opinii, w których wykryto błąd do wszystkich wydanych opinii spadł w przeciągu dziesięciu lat z 55% do 12% a średnio przez całą dekadę wyniósł 37%.

Tabela 20 Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wystąpienia błędu

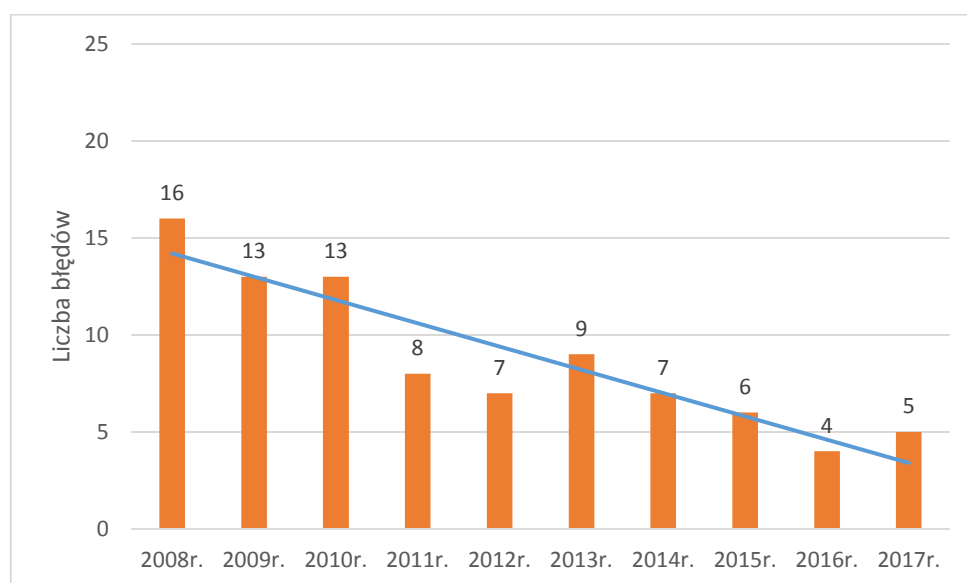
Wystąpienie błędu w opinii	Liczba	Procent
Brak błędu	146	62,4
Błąd wystąpił	88	37,6
RAZEM	234	100,00



Rycina 16 Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wystąpienia błędu

Tabela 21 Podział roczny opinii, w których stwierdzono wystąpienie błędu

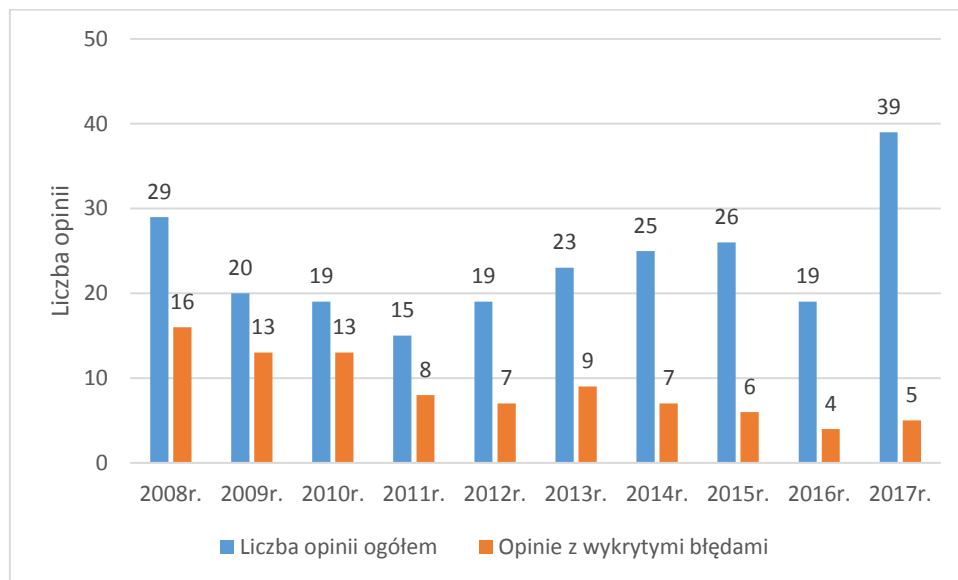
Rok wyd. opinii	Liczba błędów
2008	16
2009	13
2010	13
2011	8
2012	7
2013	9
2014	7
2015	6
2016	4
2017	5
RAZEM	88



Rycina 17 Podział roczny opinii, w których stwierdzono wystąpienie błędu

Tabela 22 Podział roczny wydanych opinii porównany do podziału rocznego opinii, w których wystąpił błąd

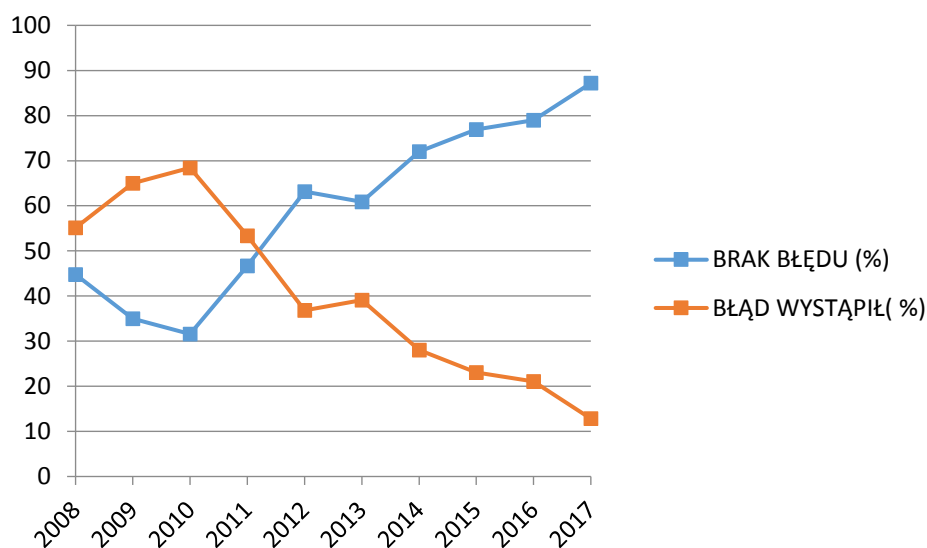
Rok wyd. opinii	Liczba opinii ogółem	Opinie z wykrytymi błędami
2008	29	16
2009	20	13
2010	19	13
2011	15	8
2012	19	7
2013	23	9
2014	25	7
2015	26	6
2016	19	4
2017	39	5



Rycina 18 Podział roczny wydanych opinii porównany do podziału rocznego opinii, w których wystąpił błąd

Tabela 23 Stosunek wszystkich opinii położniczo – ginekologicznych do opinii, w których stwierdzono błąd w ujęciu rocznym

Rok wyd. opinii	Liczba opinii	Brak błędu		Błąd wystąpił	
		Liczba	%	Liczba	%
2008	29	13	44,8	16	55,1
2009	20	7	35,0	13	65,0
2010	19	6	31,6	13	68,4
2011	15	7	46,7	8	53,3
2012	19	12	63,2	7	36,8
2013	23	14	60,9	9	39,1
2014	25	18	72,0	7	28,0
2015	26	20	76,9	6	23,1
2016	19	15	79,0	4	21,0
2017	39	34	87,2	5	12,8
Ogółem	234	146	62,4	88	37,6



Rycina 19 Stosunek wszystkich opinii położniczo - ginekologicznych do opinii, w których stwierdzono błąd w ujęciu rocznym

4.10. Analiza opinii sądowo lekarskich, w których biegli dopatrzyli się błędów lekarskich w odniesieniu do poddziedzin uwzględnionych w rozprawie w zbiorze opinii wydanych w latach 2008-2017

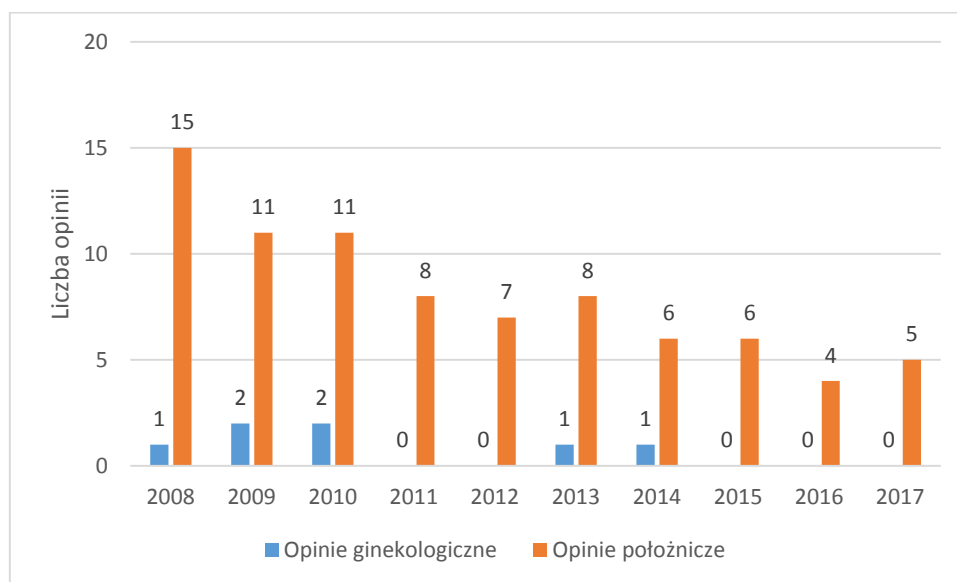
W analizowanym zbiorze opinii zaobserwowano znaczną przewagę błędów popełnionych w zakresie położnictwa (około 11 razy więcej niż błędów ginekologicznych przy stosunku ilości opinii położniczych do ginekologicznych jak 3 do 1). W związku z tak znaczącą dysproporcją zdecydowano się na przeprowadzenie analizy statystycznej mającej odpowiedzieć czy istnieje zależność pomiędzy rozpatrywaną poddziedziną a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu. Wartość obliczonego prawdopodobieństwa testowego wyniosła  $p=0,002$  i okazała się niższa niż zakładany poziom istotności ( $\alpha=0,05$ ). Porównanie rozkładów procentowych pozwala zauważyć, iż błędy częściej występowały w opiniach położniczych. W tej grupie odsetek opinii błędnych wyniósł aż 42,2% (81 błędów na 192 opinie) podczas gdy w grupie opinii ginekologicznych było to 16,7% (7 błędów na łącznie 42 opinie). Siła efektu mierzona przez współczynnik  $f_i$  wyniosła  $f_i=0,20$  co oznacza związek o słabej sile. (Tab. 24)

Tabela 24 Stosunek wszystkich opinii ginekologiczno – położniczych do opinii w których stwierdzono błąd w ujęciu rocznym

Wystąpienie błędu	Ginekologiczne		Położnicze		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Błąd nie wystąpił	35	83,3	111	57,8	146	62,4
Błąd wystąpił	7	16,7	81	42,2	88	37,6
OGÓŁEM	42	100,0	192	100,0	234	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=9,57$ ; $df=1$ ; $p=0,002$ ; $f_i=0,20$					

Tabela 25 Rozkład ilości wykrytych błędów ginekologicznych i położniczych w rozkładzie rocznym

Rok wyd. opinii	Opinie ginekologiczne	Opinie położnicze	Ogółem
2008	1	15	16
2009	2	11	13
2010	2	11	13
2011	0	8	8
2012	0	7	7
2013	1	8	9
2014	1	6	7
2015	0	6	6
2016	0	4	4
2017	0	5	5
RAZEM	7	81	88



Rycina 20 Rozkład ilości wykrytych błędów ginekologicznych i położniczych w rozkładzie rocznym

4.11. Podział zbioru opinii, w których biegli wykryli błąd w odniesieniu do typu błędu w odniesieniu do opinii z zakresu położnictwa i ginekologii wydanych przez KiZMS w latach 2008-2017

Z danych przedstawionych w Tabeli 26 wynika, iż najpowszechniejszym błędem, który pojawiał się w analizowanych opiniach był błąd decyzyjny. Występował on ponad dwukrotnie częściej niż pozostałe typy błędów (wykonawczym i organizacyjnym). Na uwagę zwraca też fakt, iż jak wynika z danych umieszczonych w Tabeli 27 oraz Rycinie 21 współistnienie różnych rodzajów błędów występowało w 20% opinii, w których ujawniono zaistnienie błędu. Jednocześnie po wykonaniu rozdziału opinii z występującym błędem (co jest zobrazowane w Tabeli 28 oraz Rycinie 21) wynika, iż w przypadku wystąpienia współistnienia dwóch lub więcej typów błędów zawsze jednym z tych typów był błąd decyzyjny.

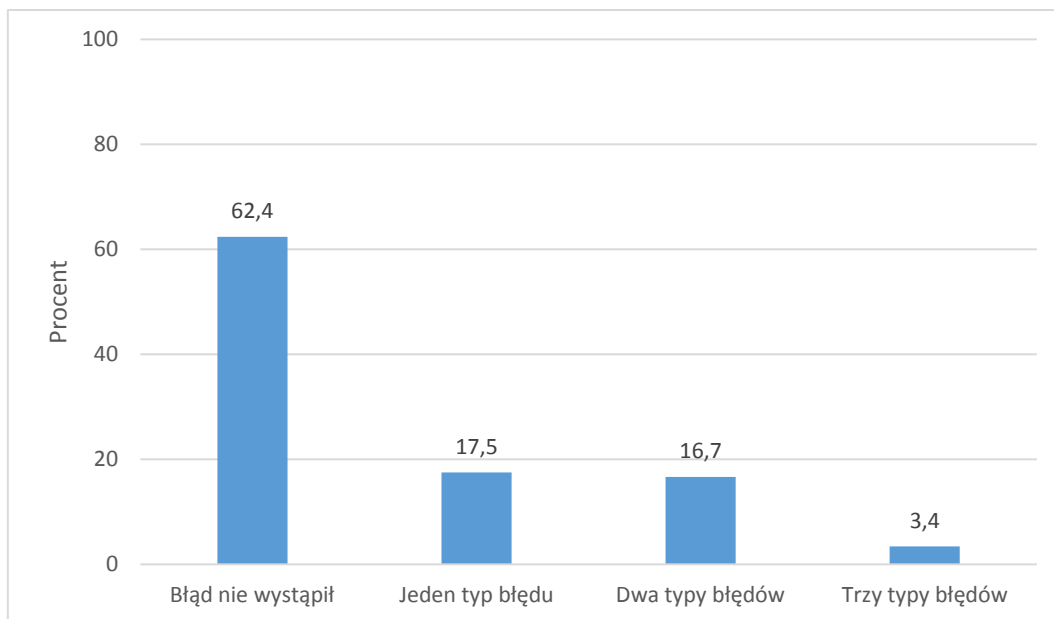
Tabela 26 Podział opinii zawierających błąd w odniesieniu to typu błędów w nich występującym

Typologia błędów	Liczba	% spraw ogółem	% spraw z błędem (N=88)
Błąd decyzyjny	77	32,9	87,5
Błąd wykonawczy	30	12,8	34,1
Błąd organizacyjny	36	15,4	40,9

Tabela 27 Rozkład opinii w zależności od liczby różnych typów błędów występujących w opiniowanym przypadku

Liczba błędów w sprawie	Liczba	%
Błąd nie wystąpił	146	62,4
Jeden typ błędu	41	17,5
Dwa typy błędów	39	16,7
Trzy typy błędów	8	3,4
RAZEM	234	100,0

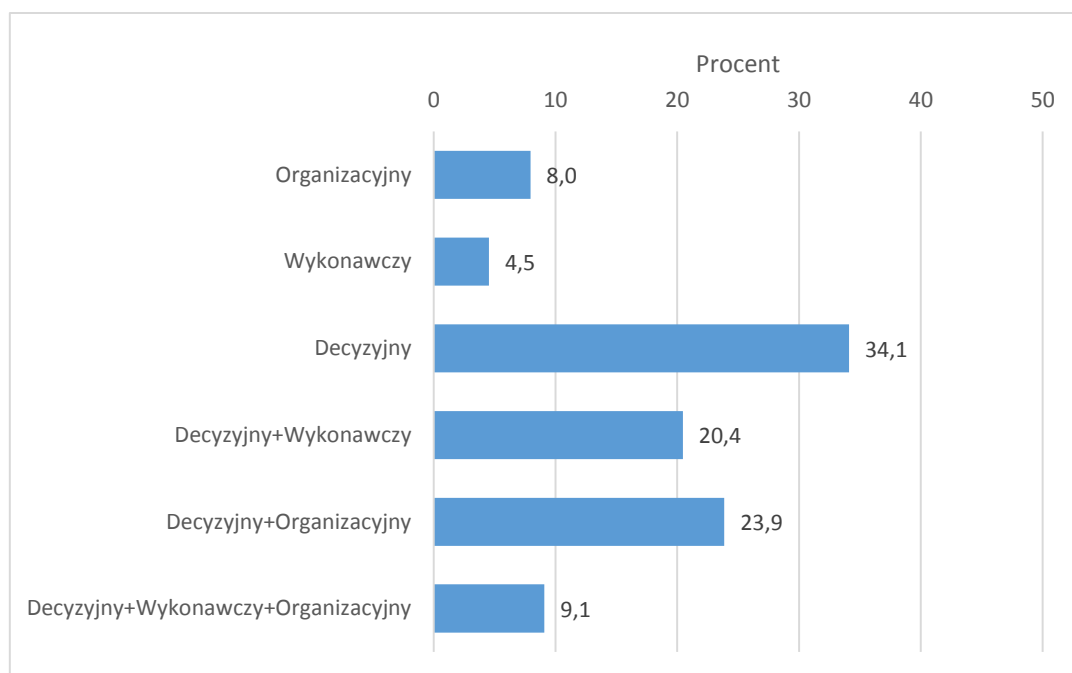




Rycina 21 Rozkład opinii w zależności od liczby różnych typów błędów występujących w opiniowanym przypadku

Tabela 28 Rozkład opinii z występującym błędem w zależności od rodzaju błędu w nich występującego z uwzględnieniem błędów współistniejących

Współwystępowanie błędów	Liczba	%
Organizacyjny	7	8,0
Wykonawczy	4	4,5
Decyzyjny	30	34,1
Decyzyjny+Wykonawczy	18	20,4
Decyzyjny+Organizacyjny	21	23,9
Decyzyjny+Wykonawczy+Organizacyjny	8	9,1
RAZEM	88	100,0



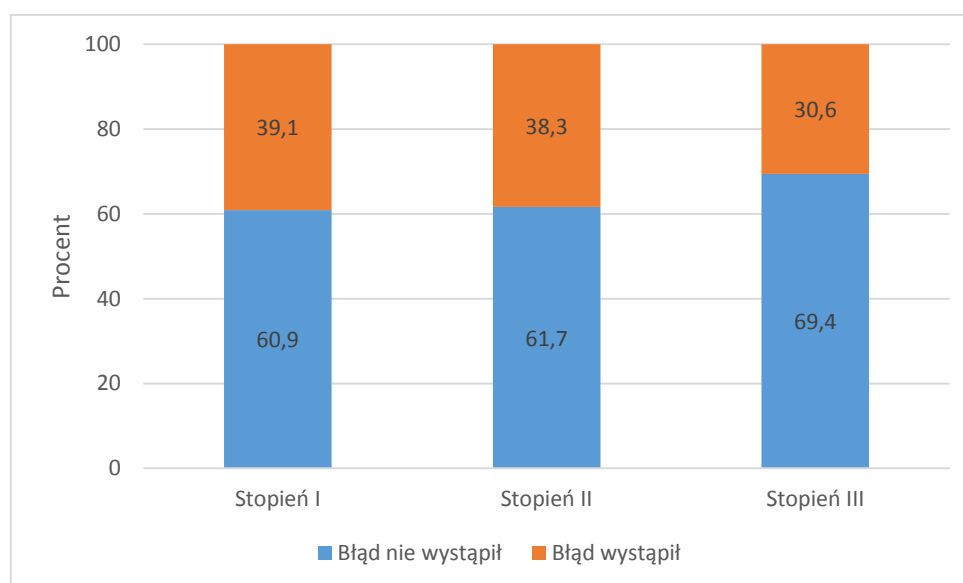
Rycina 22 Rozkład opinii z występującym błędem w zależności od rodzaju błędu w nich występującego z uwzględnieniem błędów współistniejących

#### 4.12. Ocena zależności pomiędzy stopniem referencyjności szpitala a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego

Jak wynika z danych umieszczonych w Tabeli 29 oraz w Rycinie 23 procent opinii dotyczących poszczególnych szczebli referencyjności placówek jest porównywalny. W wykonanej analizie statystycznej uzyskano wynik, który nie uprawnia do przyjęcia hipotezy o istnieniu związku pomiędzy zmiennymi ( $p=0,633$ ) przy bardzo niskiej wartości siły efektu mierzonego współczynnikiem V Cramera ( $v=0,06$ ). Odsetek opinii błędnych jest zbliżony niezależnie od stopnia referencyjności szpitala.

Tabela 29 Podział opinii w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala wraz z analizą statystyczną

Wystąpienie błędu	Stopień I		Stopień II		Stopień III		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	84	60,9	37	61,7	25	69,4	146	62,4
Błąd wystąpił	54	39,1	23	38,3	11	30,6	88	37,6
OGÓŁEM	138	100,0	60	100,0	36	100,0	234	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=0,91$ ; $df=2$ ; $p=0,633$ ; $V=0,06$							



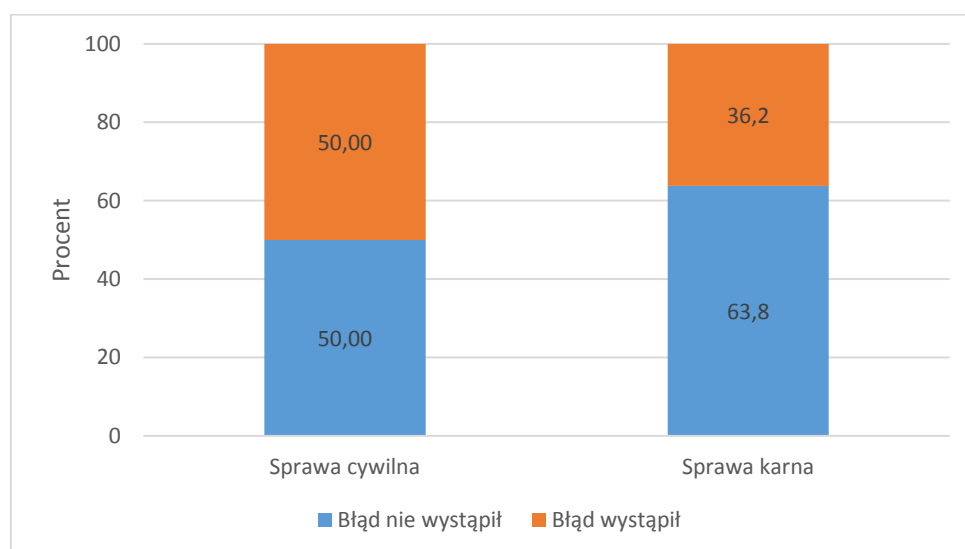
Rycina 23 Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala

4.13. Ocena zależności pomiędzy źródłem prawnym wydawanej opinii (w odniesieniu do podziału na opinie dotyczące spraw karnych i cywilnych) a ryzykiem wystąpienia w niej błędu medycznego

Jak wynika z danych z Tabeli 30 oraz Rycyny 24 w sprawach wykonywanych w oparciu o przepisy prawa cywilnego zauważa się dokładny rozkład 50:50 opinii, w których wystąpił błąd i takich, w których błąd nie wystąpił. Natomiast w zbiorze opinii wykonywanych w oparciu o prawo karne widzimy przewagę opinii, w których błędu nie ujawniono. Po wykonaniu analizy statystycznej brak podstaw do przyjęcia hipotezy o istnieniu związku pomiędzy dziedziną prawa, w ramach której wykonywana jest opinia a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku (uzyskano wynik nieistotny statystycznie  $p=0,186$ )

Tabela 30 Podział opinii, w których ujawniono błąd w odniesieniu do dziedziny prawa na podstawie której był wydawany

Wystąpienie błędu	Sprawa cywilna		Sprawa karna		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Błąd nie wystąpił	12	50,0	134	63,8	146	62,4
Błąd wystąpił	12	50,0	76	36,2	88	37,6
OGÓŁEM	24	100,0	210	100,0	234	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=1,75$ ; $df=1$ ; $p=0,186$ ; $fi=0,09$					



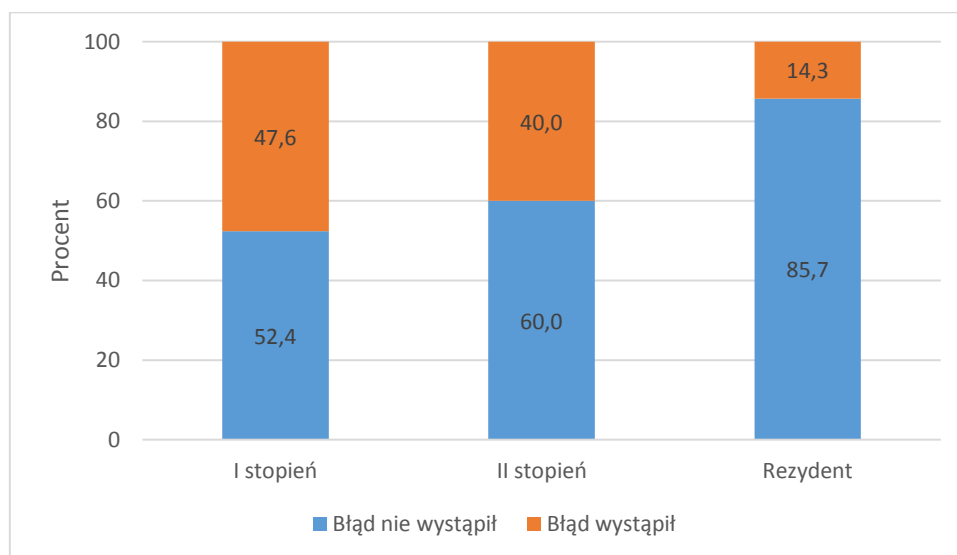
Rycina 24 Podział opinii, w których ujawniono błąd w odniesieniu do dziedziny prawa, na podstawie której był wydawany

4.14. Ocena zależności pomiędzy wykształceniem lekarza prowadzącego a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego

W poniższej Tabeli 31 oraz Rycinie 25 możemy stwierdzić, iż procentowo najniższy odsetek opinii w których popełniono błąd występuje u najmniej doświadczonych lekarzy i wynosi jedynie 14%, natomiast najwyższy procentowo udział opinii, w których stwierdzono błąd dotyczy lekarzy z pierwszym stopniem specjalizacji. Wykonana analiza statystyczna wykazała słabą zależność pomiędzy poziomem wykształcenia lekarza (wyższe ryzyko w przypadku lekarzy z I stopniem specjalizacji w odniesieniu do pozostałych poziomów wykształcenia), należy mieć jednak na uwadze, iż V wynosiło poniżej 0,3 (tzw. słaba zależność statystyczna)

Tabela 31 Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do wykształcenia lekarza prowadzącego

Wystąpienie błędu	I stopień		II stopień		Rezydent		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	11	52,4	111	60,0	24	85,7	146	62,4
Błąd wystąpił	10	47,6	74	40,0	4	14,3	88	37,6
<b>OGÓŁEM</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>185</b>	<b>100,0</b>	<b>28</b>	<b>100,0</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=7,83$ ; $df=2$ ; $p=0,020$ ; $V=0,18$							



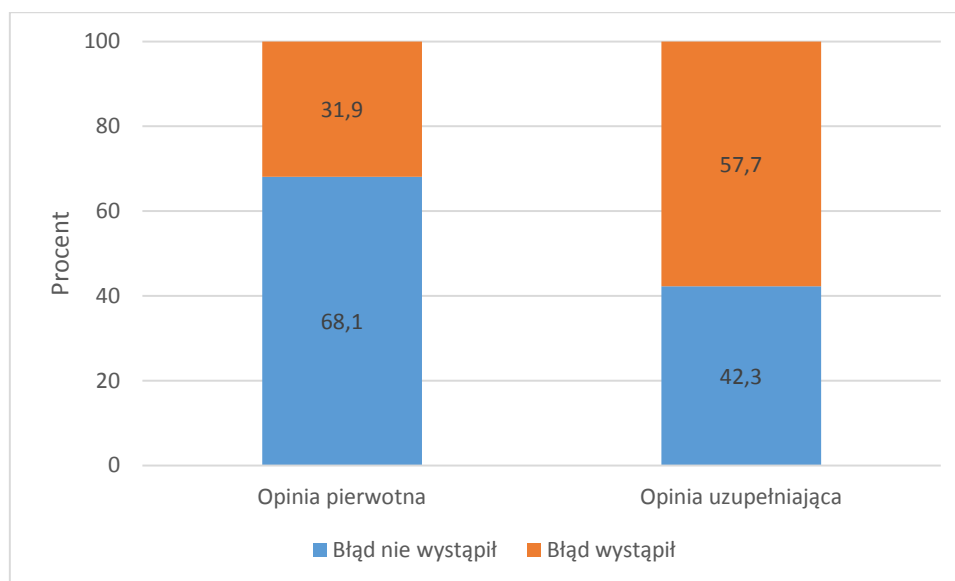
Rycina 25 Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do wykształcenia lekarza prowadzącego

4.15. Ocena zależności pomiędzy typem wydawanej opinii a ryzykiem wystąpienia w opiniowanym przypadku błędu medycznego

W uzyskanych danych zamieszczonych w Tabeli 32 oraz Rycinie 26 możemy zaobserwować istotną zależność związaną z wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w przypadku opracowania opinii uzupełniającej ( $p=0,001$ ). Jest to bardzo silna zależność o  $f_i$  niższym niż 0,3

Tabela 32 Opinie, w których wystąpił błąd medyczny podzielone na opinie pierwotne i uzupełniające wraz z analizą statystyczną

Wystąpienie błędu	Opinia pierwotna		Opinia uzupełniająca		Razem	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Błąd nie wystąpił	124	68,1	22	42,3	146	62,4
Błąd wystąpił	58	31,9	30	57,7	88	37,6
<b>OGÓŁEM</b>	<b>182</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>	<b>234</b>	<b>100,0</b>
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=11,49$ ; $df=1$ ; <b><math>p=0,001</math></b> ; $f_i=0,22$					



Rycina 26 Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do typu wykonanej opinii

4.16. Ocena zależności pomiędzy głównym rozpoznaniem występującym w opiniowanym przypadku a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego

W poniższych tabelach (Tab. 33-37) przedstawiono wyniki analiz statystycznych mających na celu ukazanie zależności pomiędzy wystąpieniem konkretnego rozpoznania w wydawanej opinii a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu w opiniowanej sprawie w odniesieniu do wszystkich opinii analizowanych w rozprawie. Wykonano analizę statystyczną dla pięciu najczęściej występujących rozpoznań w analizowanej grupie.

Dla rozpoznania P95 – *Śmierć płodu z niewyjaśnionej przyczyny* nie stwierdzono związku pomiędzy występowaniem wyżej wymienionego rozpoznania a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku.

Tabela 33 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania P95.0 – *Śmierć płodu z niewyjaśnionej przyczyny*

Wystąpienie błędu	(P95.0) nie występuje		(P95.0) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	79	56,4	32	61,5	111	57,8
Błąd wystąpił	61	43,6	20	38,5	81	42,2
OGÓŁEM	140	72,9	52	27,0	192	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=0,41$ ; $df=1$ ; <b><math>p=0,524</math></b> ; $fi=0,05$					

Dla rozpoznania P21 – *Ciężka zamartwica urodzeniowa* stwierdzono związek pomiędzy występowaniem wyżej wymienionego rozpoznania a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku, jednakże jest to związek o przeciętnej sile ( $fi$  wyższe niż 0,3)

Tabela 34 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania P21 – *Ciężka zamartwica urodzeniowa*

Wystąpienie błędu	(P21.0) nie występuje		(P21.0) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	101	66,5	10	25,0	111	57,8
Błąd wystąpił	51	33,5	30	75,0	81	42,1
OGÓŁEM	152	79,2	40	20,8	192	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=22,3$ ; $df=1$ ; <b><math>p=0,000</math></b> ; $fi=0,34$					

Dla rozpoznania O60.1 – *Przedwczesna czynność porodowa z porodem przedwczesnym* stwierdzono związek pomiędzy występowaniem wyżej wymienionego rozpoznania z niższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku. Jest to związek o mocnej sile ( $f_i$  niższe niż 0,3)

Tabela 35 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania O60.1 – *Przedwczesna czynność porodowa z porodem przedwczesnym*

Wystąpienie błędu	(O60.1) nie występuje		(O60.1) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	77	50,66%	34	85,00%	111	57,81%
Błąd wystąpił	75	49,34%	6	15,00%	81	42,19%
OGÓŁEM	152	79,17%	40	20,83%	192	100,00%
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=15,3$ ; $df=1$ ; $p=0,000$ ; $f_i=0,28$					

Dla rozpoznania O80.0 – *Poród samoistny pojedynczy siłami natury* nie stwierdzono związku pomiędzy występowania wyżej wymienionego rozpoznania a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku

Tabela 36 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania O80.0 – *Poród samoistny pojedynczy siłami natury*

Wystąpienie błędu	(O80.0) brak		(O80.0) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	96	55,5	15	79,0	111	57,8
Błąd wystąpił	77	44,5	4	21,0	81	42,2
OGÓŁEM	173	90,1	19	9,9	192	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=3,86$ ; $df=1$ ; $p=0,049$ ; $f_i=0,14$					



Dla rozpoznania O24.4 – *Cukrzyca powstała w ciąży* stwierdzono związek pomiędzy występowaniem wyżej wymienionego rozpoznania a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku. Jest to związek o słabej sile ( $f_i$  niższe niż 0,3)

Tabela 37 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania O24.4 – *Cukrzyca powstała w ciąży*

Wystąpienie błędu	(O24.4) brak		(O24.4) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	111	61,0	0	0,0	111	57,8
Błąd wystąpił	71	39,0	10	100,0	81	42,2
OGÓŁEM	182	94,8	10	100,0	192	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=14,45$ ; $df=1$ ; $p=0,000$ ; $f_i=0,27$					

4.17. Ocena zależności pomiędzy procedurą występującą w opiniowanym przypadku a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego

W poniższych tabelach (Tab. 38-42) przedstawiono wyniki analiz statystycznych mających na celu wykazanie związku lub jego braku pomiędzy wystąpieniem konkretnej procedury medycznej w wydawanej opinii a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu w opiniowanej sprawie. Wykonano analizę statystyczną dla pięciu najczęściej występujących procedur medycznych w analizowanej grupie.

Dla procedury 74.1 – *Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy* nie stwierdzono związku pomiędzy występowania wyżej wymienionej procedury a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku

Tabela 38 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 74.1 – *Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy*

Wystąpienie błędu	(74.1) brak		(74.1) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	63	60,6	48	54,6	111	57,8
Błąd wystąpił	41	39,4	40	45,4	81	42,2
OGÓŁEM	104	54,1	88	100,0	192	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=0,71$ ; $df=1$ ; $p=0,399$ ; $fi=0,60$					

Dla procedury 73.72 – *Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym jego zeszcieniem* nie stwierdzono związku pomiędzy występowania wyżej wymienionej procedury a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku

Tabela 39 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 73.72 – *Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym jego zeszcieniem*

Wystąpienie błędu	(73.72) brak		(73.72) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	62	56,3	49	59,7	111	57,8
Błąd wystąpił	48	43,6	33	40,3	81	42,2
OGÓŁEM	110	57,2	82	100,0	192	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=0,22$ ; $df=1$ ; $p=0,637$ ; $fi=0,33$					

Dla procedury 73.71 – *Poród samoistny bez nacięcia krocza* nie stwierdzono związku pomiędzy występowania wyżej wymienionej procedury a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku

Tabela 40 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 73.71 – *Poród samoistny bez nacięcia krocza*

Wystąpienie błędu	(73.71) brak		(73.71) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	98	57,3	13	61,9	111	57,8
Błąd wystąpił	73	42,7	8	38,1	81	42,2
OGÓŁEM	171	89,0	21	100,0	192	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=0,16$ ; $df=1$ ; $p=0,687$ ; $fi=0,29$					

Dla procedury 69.0 - *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy* stwierdzono związek pomiędzy występowaniem wyżej wymienionego rozpoznania a niższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku. Jest to związek o mocnej sile ( $f_i$  niższe niż 0,3)

Tabela 41 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 69.02 - *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy*

Wystąpienie błędu	(69.0) brak		(69.0) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	118	59,30	28	80,00	146	62,39
Błąd wystąpił	81	40,70	7	20,00	88	37,61
OGÓŁEM	199	100,00	35	100,00	234	100,00
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=5,44$ ; $df=1$ ; $p=0,020$ ; $f_i=0,15$					

Dla procedury 54.1 - *Laparotomia* nie stwierdzono związku pomiędzy występowania wyżej wymienionej procedury a wyższym ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanym przypadku

Tabela 42 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 54.1 - *Laparotomia*

Wystąpienie błędu	(54.1) brak		(54.1) występuje		Razem	
	N	%	N	%	N	%
Błąd nie wystąpił	132	60,8	14	82,4	146	62,4
Błąd wystąpił	85	39,2	3	17,6	88	37,6
OGÓŁEM	217	100,0	17	100,0	234	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=3,11$ ; $df=1$ ; $p=0,078$ ; $f_i=0,11$					

4.18. Ocena zależności pomiędzy jednostką zlecającą wykonanie opinii a ryzykiem wystąpienia błędu medycznego w opiniowanej sprawie

W Tabelach 43 oraz 44 przedstawiono rozkład wszystkich opinii uwzględniając podział na poszczególne instytucje zlecające (z rozbiciem na poszczególne szczeble hierarchii danych jednostek). Następnie pogrupowano jednostki zlecające na trzy główne zbiory: jednostki policji, jednostki prokuratury oraz sądu, a następnie przeprowadzono analizę statystyczną przedstawioną w Tabeli 47 oraz Rycinie 27.

Tabela 43 Opinie, w których wykryto błąd podzielone w zależności od jednostki zlecającej z zachowaniem podziału na poszczególne szczeble hierarchiczne jednostek zlecających

Występowanie błędu	Instytucja zlecająca								
	SO	SR	KPP	PR	KMP	RP	PO	SA	Razem
Brak błędu	14	8	4	92	2	19	6	1	146
Błąd wystąpił	11	13	1	61	0	1	1	0	88
Ogół	25	21	5	153	2	20	7	1	234

SO – Sąd Okręgowy, SR – Sąd Rejonowy, KPP – Komenda Powiatowa Policji, PR – Prokuratura Rejonowa, KMP – Komenda Miejska Policji, RP – Prokuratura Regionalna, PO – Prokuratura Okręgowa, SA – Sąd Apelacyjny

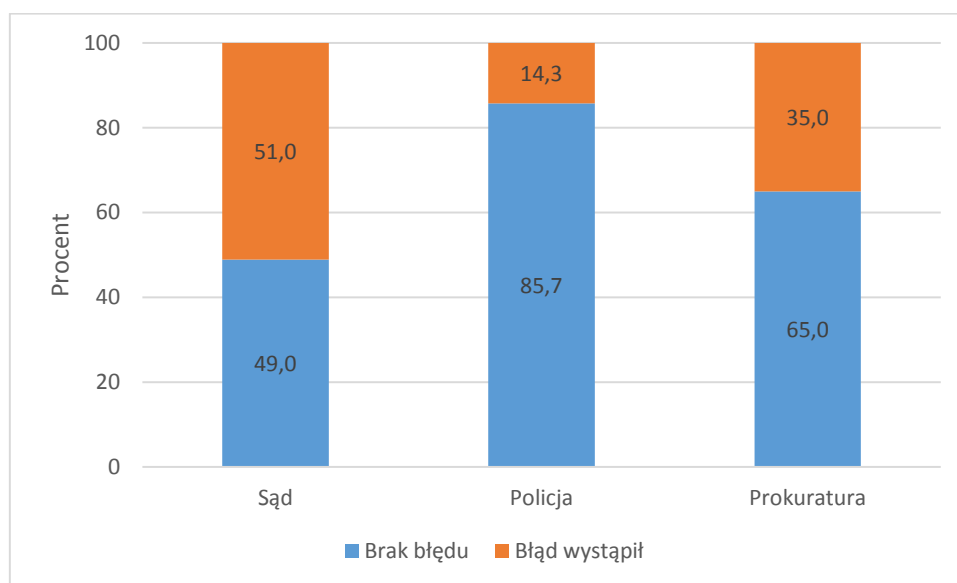
Tabela 44 Opinie, w których wykryto błąd podzielone w zależności od jednostki zlecającej z zachowaniem podziału na poszczególne szczeble hierarchiczne jednostek zlecających w ujęciu procentowym

Występowanie błędu	Instytucja zlecająca (%)								
	SO	SR	KPP	PR	KMP	RP	PO	SA	Razem
Brak błędu	56,0	38,1	80,0	60,1	100,0	95,0	85,7	100,0	62,4
Błąd wystąpił	44,0	61,9	20,0	39,9	0,0	5,0	14,3	0,0	37,6
Ogół	10,7	9,0	2,1	65,4	0,9	8,6	3,0	0,4	100,0

Nie wykazano związku pomiędzy jednostką zlecającą wykonanie opinii sądowo lekarskiej a wyższym ryzykiem wystąpienia w niej błędu medycznego ( Tab. 45.) W poniższej tabeli wykonano zgrupowanie danych statystycznych tj. podzielono wyniki na trzy zbiory w zależności od instytucji zlecających tj: na jednostki policji, prokuratury oraz sądów

Tabela 45 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w zależności od jednostki zlecającej po uprzednim zgrupowaniu danych

Wystąpienie błędu	Sąd		Policja		Prokuratura		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Brak błędu	23	48,9	6	85,7	117	65,0	146	62,4
Błąd wystąpił	24	51,0	1	14,30	63	35,0	88	37,6
OGÓŁEM	47	100,0	7	100,0	180	100,0	234	100,0
Wynik testu chi-kw.	$\chi^2=5,77$ ; $df=2$ ; $p=0,056$ ; $V=0,16$							



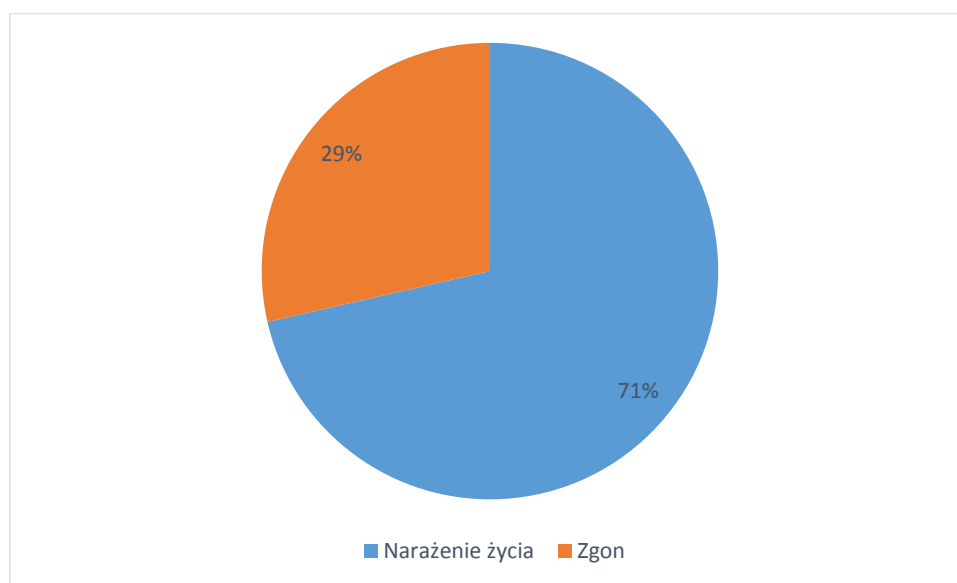
Rycina 27 Rozkład opinii w odniesieniu do jednostki zlecającej (po uprzednim ich zgrupowaniu)

4.19. Analiza opinii z zakresu ginekologii, w których wystąpił błąd oraz wystąpiło narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub wystąpił skutek w postaci zgonu.

Po wyodrębnieniu z badanego zbioru opinii, w których wystąpił błąd z zakresu ginekologii wykonano analizę skutków popełnionych błędów. (Tab. 46 oraz Ryc. 28.) W celu klasyfikacji opisywanych skutków opierano się na kodeksowej definicji narażenia pacjenta na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, wspierając się komentarzem profesora Zolla (szczegółowo opisane we wstępie niniejszej rozprawy) [42].

Tabela 46 Rozkład skutków błędów z zakresu ginekologii i położnictwa (N=7)

Efekt	Liczba	Procent
Narażenie życia	5	71,4
Zgon	2	28,6
RAZEM	7	100,00



Rycina 28 Rozkład skutków błędów z zakresu ginekologii i położnictwa (N=7)

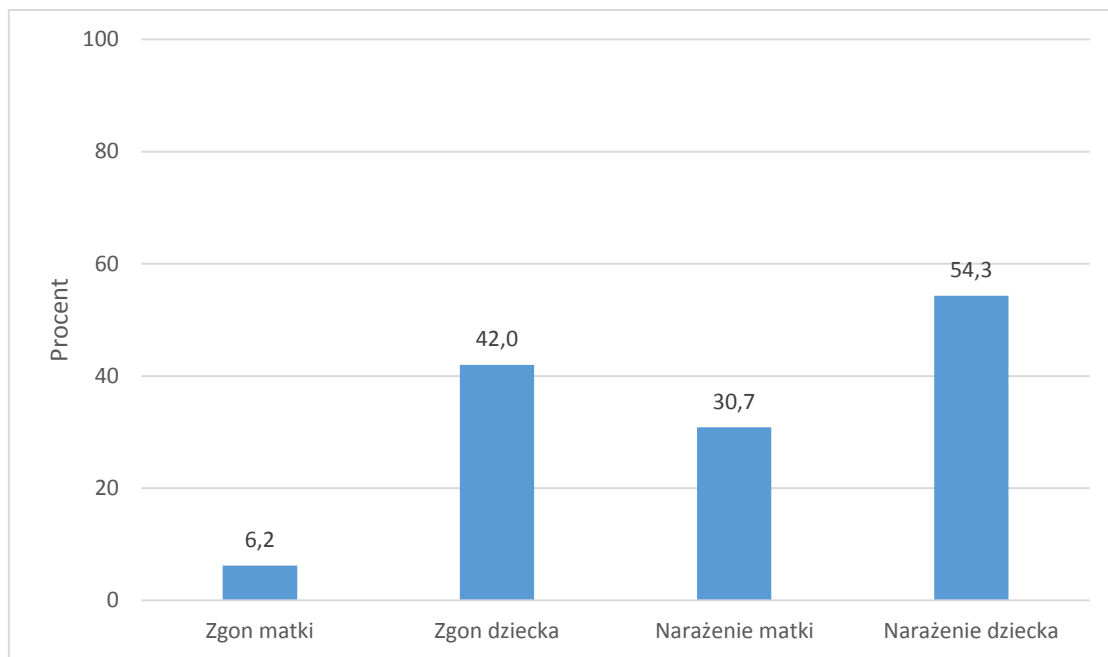
4.20. Analiza opinii z zakresu położnictwa, w których wystąpił błąd oraz wystąpiło narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia bądź ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub wystąpił skutek w postaci zgonu zarówno w odniesieniu do matki i płodu, który był zdolny do samodzielnego życia pozamacicznego w odniesieniu do opinii, w których nie wykryto błędu.

Wykonano analizę skutków popełnionych błędów oraz zestawiono je z opiniami, w których doszło do śmierci matki lub dziecka, a nie były one skutkami błędów (Tab. 47 Ryc.. 29). Wykonano krzyżowe kombinacje, w których skutek dla matki nie musiał być tożsamy ze skutkiem dla dziecka, które było zdolne do samodzielnej egzystencji poza organizmem matki.(Tab. 48 Ryc. 30). Należy zwrócić uwagę, iż w przeważającej większości zgon matki występował w sytuacjach, w których nie wykryto błędu medycznego (ponad 90% przypadków).

Tabela 47 Rozkład skutków błędów medycznych z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka, które było zdolne do życia pozamacicznego (N=81)

Efekt błędu		Liczba	%
Zgon matki	Nie wystąpił	76	93,8
	Wystąpił	5	6,2
Zgon dziecka	Nie wystąpił	47	58,0
	Wystąpił	34	42,0
Narażenie matki	Nie wystąpiło	56	69,1
	Wystąpiło	25	30,7
Narażenie dziecka	Nie wystąpiło	37	45,7
	Wystąpiło	44	54,3

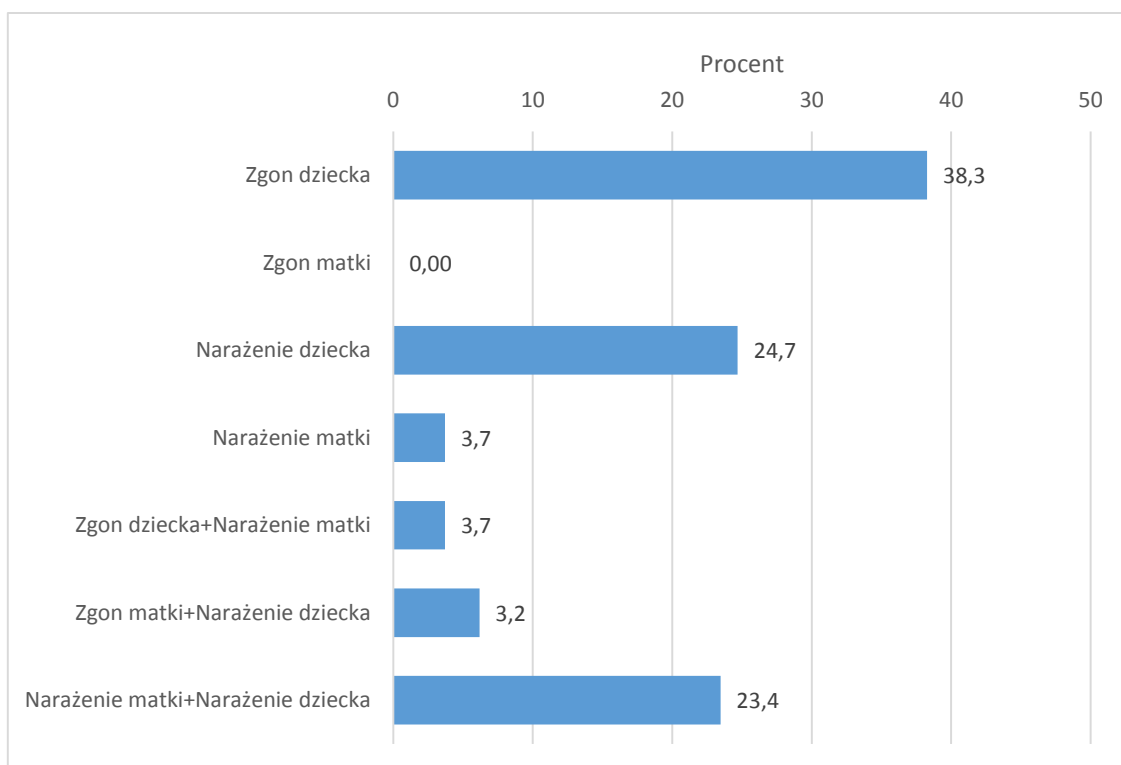




Rycina 29 Rozkład skutków błędów medycznych z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka, które było zdolne do życia pozamacicznego (N=81)

Tabela 48 Podział opinii, w których wystąpił błąd z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka

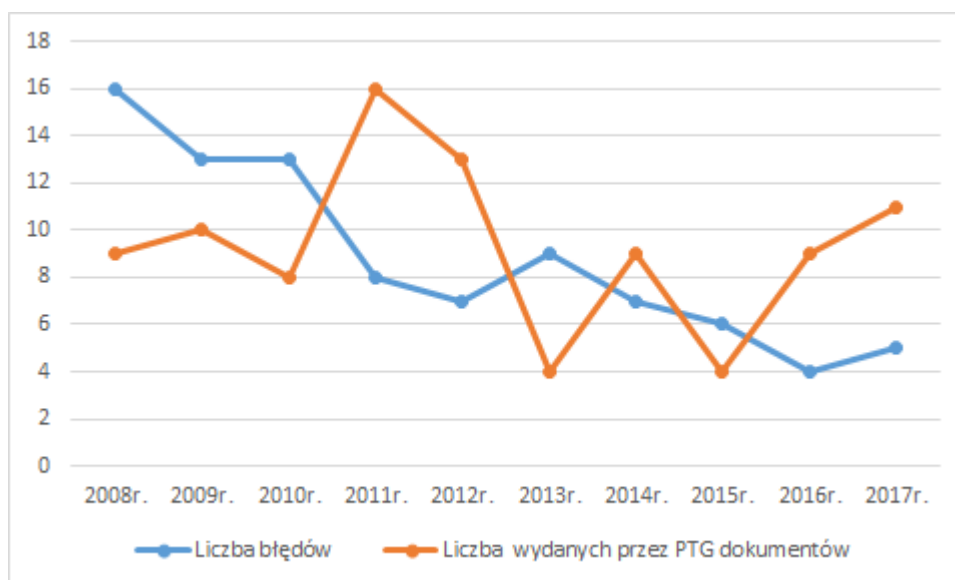
Efekt	Liczba	Procent
Zgon dziecka	31	38,3
Zgon matki	0	0,0
Zgon dziecka + Narażenie matki	3	3,7
Narażenie dziecka	20	24,7
Narażenie matki	3	3,7
Zgon matki + Narażenie dziecka	5	6,2
Narażenie matki + Narażenie dziecka	19	23,4
RAZEM	81	100



Rycina 30 Podział opinii, w których wystąpił błąd z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka

4.21. Analiza liczby opinii sądowo lekarskich w których biegli ujawnili błędy lekarskie w odniesieniu do obowiązujących rekomendacji, stanowisk ekspertów i opinii lekowych wydanych przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

W analizowanym dziesięcioleciu wydawane były corocznie kolejne dokumenty zawierające między innymi rekomendacje, stanowiska ekspertów oraz opinie dotyczące stosowania leków. Obserwujemy wraz z kolejnymi analizowanymi rocznikami stały spadek ilości wykrytych błędów ( z 16 w roku 2008 do 5 w roku 2017) przy jednoczesnym stałym przyroście ilości wydanych przez PTG dokumentów ( co roku wydawane było od 4 do 16 rekomendacji, stanowisk ekspertów i opinii lekowych). Opisywana zależność jest dobrze widoczna w Rycinie 31.



Rycina 31 Stosunek liczby wykrytych błędów medycznych do liczby wydanych w danym roku dokumentów przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

## 5. Dyskusja

Opieka położniczo - ginekologiczna jest jednym z podstawowych elementów opieki zdrowotnej w naszym kraju. W Polsce według danych Głównego Urzędu Statystycznego uzyskanych na podstawie przeprowadzonego w 2011 roku Narodowego Spisu Powszechnego żyje ponad 19,8 miliona kobiet [68], które mogą korzystać z porad lekarzy specjalistów w położnictwie i ginekologii. Jest to znacząca część społeczeństwa. Porady udzielane z zakresu ginekologii dotyczą całego przekroju ludności płci żeńskiej i obejmują zarówno opiekę nad kobietami przed wiekiem rozrodczym, w jego trakcie, jak również w okresie pomenopauzalnym. Z drugiej strony opieka z zakresu położnictwa dotyczy ograniczonej populacji kobiet będących w trakcie ciąży, porodu oraz porożu. Jest to znacząco mniejsza populacja niż ta objęta opieką z zakresu ginekologii.

Wyniki uzyskane w rozprawie wskazują na interesujący fakt, iż jedynie, co piąta opinia sądowno lekarska z zakresu położnictwa i ginekologii dotyczy zagadnień ginekologicznych, co stanowi średnio niespełna 18% wszystkich opinii. Natomiast w poszczególnych latach badanej dekady odsetek ten wynosił od 3% do 26% ogółu opinii z danego roku. Wyjątek stanowił rok 2013, w którym opinie z zakresu ginekologii stanowiły 43% wszystkich opinii z tego roku. Podobne wyniki uzyskała M. Kis-Wojciechowska w swojej rozprawie doktorskiej z 2012 roku: w swojej pracy przeanalizowała 460 opinii sądowno – lekarskich z zakresu położnictwa i ginekologii, które były opracowywane w okresie pomiędzy 1999 a 2008 rokiem. W badanej grupie jedynie 18% opracowań dotyczyło leczenia ginekologicznego [69]. Świadczy to o stabilnym udziale opinii z zakresu zagadnień ginekologicznych w odniesieniu do położniczych. Należy jednak zwrócić uwagę, iż po przeliczeniu danych procentowych na liczby bezwzględne ilość opinii ginekologicznych spadła w odniesieniu do okresu analizowanego przez Kis-Wojciechowską z 85 do 42 opinii w okresie analizowanym w niniejszej rozprawie. Porównano również przedstawione powyżej wyniki badań z danymi uzyskanymi przez P. Kordela i przedstawionymi w artykule wydanym w 2014 roku, który opierając się na archiwach Naczelnego Sądu Lekarskiego (dalej NSL) opisał grupę 84 spraw prowadzonych przez organy odpowiedzialności zawodowej lekarzy pochodzące z zakresu ginekologii i położnictwa. Analiza tych postępowań wykazała, że większość (59,5 %) pochodziła z zakresu położnictwa [70]. Należy sądzić, że znacząca różnica zagadnień ginekologicznych w zbiorze zaprezentowanym przez P. Kordela w mojej opinii wynika z małej liczności grupy oraz znacznie odbiegającej od niniejszej pracy metodologii badania polegającej na skupieniu się

jedynie na materiale pochodzącym z organów odpowiedzialności korporacyjnej z pominięciem zagadnień związanych z powszechnym wymiarem sprawiedliwości.

W niniejszej rozprawie uzyskano również zbliżone z wynikami innych autorów dane w zakresie instytucji, które zlecają wykonanie opinii sądowo lekarskich. Jako jednostki zlecające dominują prokuratury wszystkich szczebli (Rejonowe, Okręgowe oraz Regionalne (do 2016 roku nazywane Apelacyjnymi [71])). W badaniach Kis-Wojciechowskiej uzyskano podobne wyniki. Również w przywołanej wyżej rozprawie jako jednostki zlecające opracowania dominują prokuratury wszelkiego szczebla (51%), na drugim miejscu są sądy wszelkiego szczebla (36%), pozostałe opinie były zlecane przez policje (13%): [69]. Na uwagę zasługuje bardzo interesująca zmiana polegająca na skokowym wzroście liczby zleczanych opinii przez jednostki najwyższego szczebla prokuratorskiego, zaobserwowane w wynikach uzyskanych w niniejszej pracy: w całej badanej dekadzie Prokuratury Apelacyjne, a następnie Regionalne zleciły 20 opinii sądowo lekarskich, przy czym aż 17 w 2017 roku, po przeprowadzonej w 2016 roku reformie prokuratury. Zjawisko to nie występowało uprzednio w badaniach Kis-Wojciechowskiej, ponieważ w okresie analizowanym przez autorkę nie dochodziło do zmian modyfikujących ustrój prokuratury w Polsce. W mojej opinii jest to związane z powstaniem specjalnych wydziałów w Prokuraturach Regionalnych [71], które mają na celu zajmowanie się śledztwami dotyczącymi szeroko rozumianych błędów medycznych.

Kolejnym istotnym elementem badanym w tej rozprawie jest wpływ referencyjności jednostek powszechnej opieki zdrowotnej na ilość wykonywanych opinii sądowo lekarskich wobec szpitali z konkretnego szczebla drabiny opieki położniczo - ginekologicznej. W przedstawionych badaniach uzyskałem porównywalne wyniki do danych otrzymanych przez Kis-Wojciechowską, która jednak nie odnosiła się do stopnia referencyjności danej jednostki, a podzieliła szpitale (oraz opiekę przedszpitalną) względem właściciela lub jednostki odpowiedzialnej i finansującej szpital. W konsekwencji zastosowanej przez autorkę metody wyodrębniła ona: kliniki, szpitale wojewódzkie i resortowe, szpitale miejskie i powiatowe. Dodatkową rozbieżnością pomiędzy porównywanymi analizami jest wyróżnienie przez Kis-Wojciechowskiej dodatkowych dwóch kategorii podmiotów udzielających świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii tj. gabinetów lekarskich oraz szeroko rozumianego ratownictwa medycznego. Grupy takie nie zostały wyodrębnione w prezentowanej rozprawie z powodu braku opinii sądowo - lekarskich, które dotyczyłyby postępowania jedynie w gabinecie lekarskim lub jedynie w obrębie jednostek wymienianych w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym jako tak zwane jednostki systemu [72]. Kis-Wojciechowska w

swoich badaniach wykazała, iż pomimo powszechności wizyt lekarskich w położniczo – ginekologicznych gabinetach ambulatoryjnych dotyczy ich jedynie 6%. Jeszcze rzadziej w analizowanym okresie opiniowanie dotyczyło jednostek systemu ratownictwa medycznego (potocznie zwanym pogotowiem), wykonano jedynie dwie opinie dotyczące tego zakresu. Stanowiło to 0,37% wszystkich opinii. Najwięcej opiniowanych spraw dotyczyło szpitali powiatowych oraz miejskich. Stanowiły one 65% wszystkich opinii. Zdaniem autorki jest to spowodowane faktem, iż te szpitale dwigają na sobie główny ciężar opieki położniczo – ginekologicznej w Polsce [69]. Wyniki zaprezentowane powyżej pokrywają się z uzyskanymi w niniejszej rozprawie, podobnie jak u M. Kis-Wojciechowskiej największy udział procentowy w opiniach mają szpitale I stopnia referencyjności (w większości szpitale powiatowe oraz miejskie) w grupie wszystkich opinii stanowią one aż 58,97%. Stanowi to bardzo istotny udział w porównaniu do szpitali II stopnia (25,64 %) oraz III stopnia (15,38 %). Kwalifikacja pacjentek do szpitala o określonym stopniu referencyjności wymaga wyjaśnienia dla właściwej oceny uzyskanych wyników badań. Oddziały I stopnia opieki perinatalnej powinny zapewniać opiekę zdrowotną kobietom w ciąży o prawidłowym przebiegu i ich dzieciom (tj. ok. 85% ciężarnych i rodzących). Oddziały te odpowiedzialne są również za pierwszą pomoc w przypadku wystąpienia nieoczekiwanych powikłań podczas ciąży, porodu i pòłogu oraz okresu noworodkowego. Oddziały II stopnia opieki perinatalnej, poza zapewnianiem opieki kobietom w ciąży o prawidłowym przebiegu, są odpowiedzialne za opiekę nad pacjentkami w ciąży zagrożonej, np. porodem przedwczesnym po 32. tygodniu ciąży. Te jednostki powinny zapewniać intensywną opiekę nad noworodkiem i wcześniakiem. III stopień opieki perinatalnej jest określany jako centrum perinatalne. Ten poziom obejmuje zadania I i II poziomu opieki perinatalnej oraz dodatkowo opiekę nad kobietami w ciąży o wysokim zagrożeniu i ryzyku (ok. 3% populacji) [62].

Interesujące dane uzyskano analizując wycinek danych dotyczących wykształcenia zawodowego lekarzy prowadzących pacjentki, których dotyczyły wydawane opinie. Zdecydowana większość lekarzy posiadała II stopień specjalizacji (stanowili prawie 80% wszystkich medyków). Pozostałe 20% stanowili w prawie równym stosunku lekarze posiadający I stopień specjalizacji oraz lekarze w trakcie specjalizacji odbywanej tak zwanym „nowym trybem”, potocznie nazywanych „rezydentami”. Podobne analizy przeprowadził P. Kordel w swoim artykule [70], należy jednak dodać, iż zbadał on grupę, w której lekarze prowadzący pacjentów opiniowanych stanowili w 100% lekarze specjaliści (grupa badana wynosiła jedynie 84 przypadki, co stanowi 1/3 liczebności grupy niniejszej rozprawy). Należy

wyjaśnić, iż w Polsce od lat powojennych do 1999 roku system szkolenia podyplomowego lekarzy w szczegółowych specjalnościach medycyny miał charakter dwustopniowy. Polegał on na uzyskiwaniu w pierwszej kolejności I stopnia specjalizacji, który kończył się egzaminem państwowym i upoważniał do posługiwania się tytułem np. „lekarza ginekologa i położnika”. Na tym etapie lekarz mógł zakończyć szkolenie podyplomowe i pracować w zawodzie w ograniczonym zakresie. Przepisy odnośnie szczegółowych zasad specjalizowania było wielokrotnie zmieniane począwszy od 1951 roku [73], kiedy zasady specjalizowania się zostały stworzone. Kolejne zmiany następowały w latach: 1953 [74], 1958 [75], 1962 [76], 1973 [77] oraz 1983 [78]. Zmiany te miały w większości charakter jedynie powierzchowny i polegały w znacznym zakresie na dodawaniu nowych pojawiających się wraz z rozwojem medycyny specjalizacji takich jak np. onkologia, radioterapia. Ponadto doprecyzowywały ogólne przepisy dotyczące zasad specjalizacji oraz zakresu uprawnień i obowiązków lekarzy na poszczególnych szczeblach wyszkolenia podyplomowego. Dopiero w 1999 [79] zdecydowano się na przebudowanie całego systemu szkolenia lekarzy poprzez wprowadzenie jednostopniowego systemu specjalizacyjnego. Nowy system likwidował egzamin odbywający się w trakcie szkolenia i doprowadził do likwidacji tytułu lekarza w danej specjalności medycyny (np. lekarza w ginekologii i położnictwie) pozostawiając jedynie tytuł specjalisty w danej dziedzinie, który odpowiadał uprawnieniom lekarzowi po II stopniu specjalizacji w rozumieniu poprzedniego systemu szkolenia. Lekarze, którzy do 1999 roku uzyskali I stopień specjalizacji po wejściu w życie nowych przepisów zachowali swoje uprawnienia, nie były one jednak tożsame z uprawnieniami lekarzy w trakcie nowego trybu specjalizacji. Podobnie jak to miało miejsce uprzednio przepisy były w kolejnych latach doprecyzowywane, jednak do chwili obecnej ich założenie pozostało niezmienione.

W niniejszej rozprawie uzyskano również odpowiedź na istotne w opinii autora pytania odnośnie stanu opieki położniczo - ginekologicznej w analizowanym okresie (tj. pomiędzy 2008-2017 rokiem), wykazano istnienie kilku istotnych zależności. Bardzo ciekawym wykazaniem powiązaniem jest znalezienie wyższego ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku prowadzenia pacjentki przez lekarza posiadającego I stopień specjalizacji. W opinii autora jest to spowodowane niepełnym szkoleniem specjalizacyjnym, które ukończyli lekarze posiadający I stopień specjalizacji. Ponadto, o czym podano wcześniej, lekarze z tym stopniem specjalizacji mogą pracować samodzielnie posiadając wyższe uprawnienia niż rezydenci szkoleni według nowego systemu specjalizacji. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej

(aktualnych na koniec czerwca 2020 roku) w Polsce wykonuje zawód ponad 1500 lekarzy z I stopniem specjalizacji w położnictwie i ginekologii [80]

W niniejszej rozprawie oparto się na powszechnie obowiązujących kwalifikacjach ogólnomedycznych stworzonych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO - *World Health Organization*). W celu systematyzacji poszczególnych przypadków opisanych w rozprawie wykorzystano dwie kwalifikacje. Pierwszą klasyfikacją użytą celem zaszeregowania wiodących procedur medycznych stosowanych wobec pacjentek, których przypadki oceniano w opiniach sądowo-lekarskich była ICD – 9 z jej modyfikacją CM. Jest to baza danych stworzona przez National Center for Health Statistics (NHCS) w celu komunikacji pomiędzy płatnikiem oraz świadczeniodawcą (np. szpitalem, przychodnią lub gabinetem lekarskim). W Polsce została ona zastosowana przez NFZ (a wcześniej przez Kasy Chorych) po reformie systemu ochrony zdrowia, która miała miejsce w 1999 roku [81]. Drugą klasyfikacją wykorzystaną w pracy w celu uporządkowania danych oraz umożliwienia analizy statystycznej jest baza danych ICD – 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*), która została wprowadzona do ogólnoświatowej medycyny w 1990 roku przez WHO. Nadaje ona konkretnej chorobie jeden i niepowtarzalny kod. Jest to narzędzie, które umożliwia komunikację pomiędzy wszystkimi lekarzami na świecie nawet w sytuacji, kiedy dokumentacja wytworzona została w języku nieznanym lekarzowi prowadzącemu. Jak przedstawiono w wynikach zarówno niektóre rozpoznania jak i procedury były związane z większym prawdopodobieństwem lub ryzykiem wykazania błędu. W przypadku chorób są to następujące rozpoznania (wg katalogu ICD – 10, opisanego szczegółowo wcześniej w niniejszej rozprawie): P21 – *Ciężka zamartwica urodzeniowa*, O24.4 – *Cukrzyca powstała w ciąży*. W wymienionych jednostkach chorobowych wykazano wyższe ryzyko wystąpienia błędu medycznego w stosunku do pozostałych analizowanych w opiniach sądowo - lekarskich wydanych przez KiZMS przypadków. W opinii autora wskazany jest wzmożony nadzór szczególnie nad prawidłowym podejmowaniem decyzji o kolejnych działaniach medycznych takich jak: wdrożenie leczenia, zastosowanie wzmożonego nadzoru, zastosowaniem hospitalizacji czy przeprowadzeniem procedur operacyjnych. Pozwoliłoby to zmniejszyć ryzyko błędów decyzyjnych poprzez konsultacje z innym, przynajmniej tak samo wykwalifikowanym lekarzem jak lekarz prowadzący (a w idealnej sytuacji z lekarzem o wyższym stopniu kwalifikacji). W analizowanym zbiorze rozpoznań wykryto również jedno, w którym ryzyko popełnienia błędu jest istotnie statystycznie niższe, *jest to*: O60.1 –



*Przedwczesna czynność porodowa z porodem przedwczesnym.* Najprawdopodobniej jest to spowodowane szczegółowymi i jasnymi przepisami, które w sposób systemowy regulują zasady postępowania w przypadku porodów przedwczesnych. Pacjentki, u których wystąpią objawy kliniczne takiej patologii są kierowane w zależności od zaawansowania ciąży do wyspecjalizowanych oddziałów położniczo – ginekologicznych [82]. W przypadku procedur medycznych wykazano jedną, która niesie za sobą ryzyka opisane powyżej ( niższe ryzyko popełnienia błędu medycznego) jest to (wg katalogu ICD – 9 w modyfikacji CM, który został opisany szczegółowo wcześniej w niniejszej rozprawie) procedura 69.02 - *Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy.* Niższe ryzyko popełnienia błędu medycznego podczas wykonywania niniejszej procedury może być spowodowane powszechnością jej wykonywania. Wszyscy lekarze w trakcie i po specjalizacji wykonują ją powszechnie i często. Dodatkowym argumentem jest występowanie szybkich objawów powikłań które pozwalają powziąć lekarzowi wykonującemu procedurę podejrzenia ich wystąpienia oraz umożliwiają wdrożenie prawidłowego i szybkiego leczenia tychże powikłań.

Elementem, który wzbudził zainteresowanie autora była część danych dotycząca grupy opinii obejmujących zbiór opracowań, w których stwierdzono błąd medyczny. W ciągu dekady analizowanej w rozprawie błąd stwierdzono w 37.6 % wszystkich opinii (88 opinii). Większość wykrytych błędów dotyczyła części położniczej analizowanej specjalności, stanowiły one 92% wszystkich opinii, w których wykryto błąd. W porównaniu do pracy M. Kis-Wojciechowskiej, w której autorka opisała 106 przypadków błędów medycznych w analizowanej grupie opinii, jedynie niewielka ilość dotyczyła ginekologii. W przeciągu analizowanej przez Kis – Wojciechowską dekady było to jedynie 9 przypadków. Istotnym faktem wykazany przez autorkę były przypadki roczników, w których nie odnotowano żadnego błędu z zakresu ginekologii [69]. Podobne dane odnośnie opinii ginekologicznych wykazano w niniejszej rozprawie. Stanowią one jedynie niewielką część zbioru obejmującego opinie, w których stwierdzono błąd medyczny (około 10 %) i wykazano w niniejszej rozprawie. Po przeprowadzeniu szczegółowej analizy grupy opinii, w których wykryto błąd medyczny, udało się zauważyć bardzo interesujące dane. Mianowicie, pomimo opisywanego powyżej systematycznego wzrostu liczby wydawanych opinii w analizowanej dekadzie liczba opinii, w których stwierdzono błąd medyczny, pomimo początkowego wzrostu zaobserwowanego w pierwszych trzech analizowanych rocznikach, z 55% w 2008 roku do 68% w 2010 w kolejnych latach zaczęła systematycznie spadać, aby w 2017 roku osiągnąć poziom tylko 12%. Stanowi

to znaczną rozbieżność pomiędzy wynikami niniejszej rozprawy a uzyskanymi przez M. Kis-Wojciechowską, która to w analizowanym okresie wykazała, że liczba opinii w których wykryto błąd systematycznie rosła w początkowych trzech badanych latach, a potem utrzymywała się na stałym poziomie [69]. Istotnym do odnotowania faktem jest powtarzająca się w niniejszej rozprawie, jak i w badaniach M. Kis – Wojciechowskiej, sytuacja braku błędów z zakresu ginekologii w kilku badanych rocznikach. W moich badaniach nie wykazano błędów ginekologicznych w 2011, 2012 oraz od 2015 roku. Natomiast w pracy M. Kis – Wojciechowskiej błędy te nie występowały w okresie pomiędzy 1999 a 2001 rokiem oraz w 2006 i 2008 roku [69]. U podstaw opisywanego spadku, zarówno liczby wykrywanych w opiniach sądowno – lekarskich błędów jak również znacznego spadku udziału procentowego tych opinii, znajdują się zdaniem autora dwa istotne fakty. Pierwszym z nich jest znaczący wzrost liczby wydawanych opinii, obserwowany szczególnie w 2017 roku, spowodowany zmianami dokonanymi w prokuraturze [83], które zostały szczegółowo opisane we wcześniejszych rozdziałach i akapitach niniejszej rozprawy. Drugim z nich jest systematyczne tworzenie i aktualizowanie rekomendacji oraz stanowisk ekspertów przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (dawniej Polskie Towarzystwo Ginekologiczne dalej PTG). Rekomendacje przygotowywane przez PTG wydawane począwszy od 2006 roku systematycznie obejmują kolejne zagadnienia [84]. Rekomendacje wydawane przez PTG uaktualniane są co około 5 lat ze względu na postępującą wiedzę medyczną oraz ciągle zmieniające się wytyczne towarzystw europejskich i światowych. Należy mieć na uwadze, iż zespoły biegłych przygotowujące opinie sądowno lekarskie wielokrotnie opierają się na istniejących rekomendacjach oraz wytycznych grup ekspertów, ma to na celu przedstawienie obiektywnych argumentów organom zlecającym. Znaczenie siły argumentów opartych na wydanych rekomendacjach i stanowiskach ekspertów wyraźnie w swoim opracowaniu podkreślił P. Najbuk: *„Warto wskazać, że wieloma problemami medycznymi zajmują się jednocześnie setki ośrodków naukowo-badawczych na całym świecie, a prowadzone przez nie badania znacznie różnią się wartością naukową (wiarygodnością). Na wiarygodność uzyskanych wyników badań wpływa w szczególności metodologia badania (dobór i liczebność próby, randomizacja, sposób przeprowadzenia badania). (...) W doktrynie wskazuje się m.in., że za metody uznawane i dopuszczone do stosowania uznaje się zasady wiedzy reprezentowane przez miarodajne koła naukowe. Zasady te muszą odpowiadać przyjętym poglądom, które nie podlegają dyskusji oraz oparte są prawie na jednomyślności. Do owych „miarodajnych kół naukowych” należą zazwyczaj towarzystwa lekarskie, konsultanci wojewódzcy i krajowi w danej dziedzinie medycyny, grupy robocze i zespoły wydające*

rekomendacje oraz ich aktualizacje odpowiadające postępowi wiedzy w danej dziedzinie. Lekarz decydujący się na stosowanie wytycznych lub standardów sporządzonych przez dane gremium powinien zwracać uwagę na autorytet i dorobek naukowy instytucji i osób tworzących wytyczne, a także na dane źródłowe, które legły u podstaw opracowania wytycznych/standardów.” [85] Podobną opinię zawiera w swoim opracowaniu J. Zeidel stwierdzając, iż „Jakkolwiek lekarz ma obowiązek stale doskonalić swoją wiedzę i umiejętności, bezsprzeczny pozostaje fakt, że samodzielne zdobywanie i weryfikowanie aktualności wiedzy medycznej jest niezwykle trudne, a często prawie niemożliwe. (...). W związku z tym różne instytucje i zespoły ekspertów opracowują wytyczne postępowania, stanowiska, zalecenia lub standardy, opierając się na analizie dostępnych danych naukowych zgodnie z zasadami EBM (Evidence Based Medicine). Żadna z aktualnych regulacji prawnych nie nakazuje stosowania ściśle określonego terminu w omawianym zakresie” [86]. Kolejnym argumentem przemawiającym za znaczącą rolą wytycznych wydawanych przez uznane gremia naukowe jest wyrok Sądu Najwyższego z 1969 roku, który w uzasadnieniu do wyroku uznał, iż wytyczne, wskazówki, zalecenia czy też schematy nazywać można standardami postępowania medycznego i należy je uwzględniać przy postępowaniu lekarskim [87]. Wobec powyższych argumentów, w opinii autora, regularne wydawanie wytycznych postępowania oraz przedstawianie opinii ekspertów ma istotny wpływ na zmniejszenie procentowego udziału oraz liczby bezwzględnej opinii medyczno-sądowych, w których stwierdza się błąd medyczny. Jest to spadek istotny, ponieważ analizując to wspólnie z uzyskanymi wynikami liczbowymi tj. w 2008 roku wśród wydanych 29 opinii stwierdzono 16 błędów medycznych. Natomiast w 2017 roku w grupie 39 wydanych opinii wykryto 5 błędów.

Istotnymi wynikami uzyskanymi po wykonaniu analizy grupy opinii, w których wykryto błąd medyczny, był udział poszczególnych typów błędów w wyselekcjonowanej grupie. Wykazano, iż jedynie w 9% opinii stwierdzono współwystępowanie trzech różnych rodzajów błędów (decyzyjny, organizacyjny, wykonawczy), w 44% spraw występowały dwa z trzech typów błędów, natomiast w 46% występował tylko jeden typ błędów. W zbiorze opinii, w których wykazano jeden typ błędów (41 opinii), aż 30 z nich stanowiły błędy decyzyjne, które zdominowały tę grupę błędów. Jest to istotny wynik, ponieważ znacząco różni się od wyników uzyskanych przez M. Kis – Wojciechowską, w której rozprawie wykazano 106 przypadków popełnienia błędu medycznego. Największą grupę stanowiły błędy organizacyjne – 76 przypadków. Natomiast błędy decyzyjne ujawniono w 30 przypadkach [69]. W opinii autora tak istotna różnica pomiędzy wynikami prezentowanymi w porównywanych rozprawach

jest bardzo znacząca, można na podstawie tych wyników wyciągnąć wniosek, iż doszło do poprawy organizacji pracy w ramach opieki położniczo - ginekologicznej w Polsce.

Kolejnym istotnym wykazanym w rozprawie powiązaniem jest wyższe ryzyko ujawnienia błędu medycznego w przypadku wykonywania opinii uzupełniającej w porównaniu do opinii pierwotnych. W opinii autora jest to spowodowane kilkoma czynnikami, które wyróżniają opiniowanie uzupełniające. Wiąże się to z analizą przez prowadzących postępowania wydanych już opinii, w których bardzo często zespoły opiniujące zawierają wskazówki na temat brakujących ewentualnych danych w materiale dowodowym, wymagających uzupełnienia. Kolejnymi czynnikami, które umożliwiają wydanie opinii uzupełniających orzekających skutek w postaci błędu są precyzyjniej zadane pytania do biegłych. Z doświadczenia autora wynika, iż pytania w opiniach uzupełniających są lepiej przygotowane aniżeli w opiniach pierwotnych i umożliwiają precyzyjne odpowiedzi. Wyższe ryzyko wykrycia błędu medycznego w opiniach uzupełniających świadczy o prawidłowym i zadowalającym procesie analizy wydawanych opinii pierwotnych przez prowadzących postępowania i umiejętności wyciągania prawidłowych wniosków.

Słowem wyjaśnienia należy dodać, że ze względu na bardzo skromne opisanie powyższej tematyki w literaturze naukowej, autor niniejszej pracy opadł się w dyskusji o wyniki prac dwóch autorów: Margit Kis – Wojciechowskiej oraz Piotra Kordela, do których porównywał otrzymane wyniki badań. Jest to spowodowane bardzo małą liczebnością medyków sądowych w Polsce oraz niekompatybilnością polskiego systemu, w którym funkcjonuje medycyna sądowa, do innych europejskich systemów tego typu. Utrudnia to, niestety, możliwość bezpośredniego porównywania otrzymywanych przez polskich autorów wyników z rezultatami prac autorów zagranicznych.

## 6. Wnioski

1) Zaobserwowano istotną dysproporcję pomiędzy liczbą opinii z zakresu ginekologii względem położnictwa. Opinie położnicze stanowiły przedmiot prawie 80% wszystkich opinii sądowo-lekarskich wydawanych w analizowanym okresie oraz ponad 90% stwierdzonych błędów. Pozwala to stwierdzić, iż praktykując położnictwo lekarz jest nieporównywalnie bardziej narażony na ryzyko bycia posądzonym o popełnienie błędu i wykazania tego błędu w wyniku wydanej opinii niż lekarz zajmujący się jedynie ginekologią.

2) Pomimo znaczącego wzrostu liczby wydawanych opinii w okresie analizowanej dekady zaobserwowano, począwszy od 2010 roku, spadek stwierdzanych błędów medycznych. Ma to niewątpliwie powiązanie z rozpowszechnieniem wydawanych przez PTG wytycznych, stanowisk ekspertów oraz ze wzrostem jakości kształcenia dzięki nowemu trybowi szkolenia specjalizacyjnego.

3) Wykazany spadek odsetka udziału błędów organizacyjnych względem okresu poprzedzającego pozwala stwierdzić, iż poprawiła się struktura organizacyjna opieki ginekologiczno – położniczej w Polsce. Natomiast zaobserwowany podobny poziom liczby błędów decyzyjnych skłania do rozważenia zmian w systemie podejmowania decyzji w obrębie poszczególnych jednostek systemu opieki ginekologiczno – położniczej.

4) Zaobserwowano istotny fakt wyższego ryzyka popełnienia błędu medycznego przez lekarzy posiadających tylko pierwszy stopień specjalizacji. Należałoby zweryfikować zakres uprawnień tej grupy lekarzy celem wzmocnienia nadzoru osób w pełni wyspecjalizowanych nad wykonywanymi przez nich procedurami oraz samodzielnym prowadzeniem chorych.

5) Wyodrębniono grupę jednostek chorobowych oraz procedur medycznych, dla których ryzyko popełnienia błędu medycznego jest najwyższe. Należy w przypadku wskazanych procedur i chorób zalecić stosowanie dodatkowych konsultacji lekarskich podczas prowadzenia pacjentek oraz przed i ewentualnie w trakcie wykonywania takich procedur medycznych.

## 7. Bibliografia

1. **Kozak M., Szostak R.**, *Odpowiedzialność karna lekarzy za błędy w sztuce medycznej*, Studia Prawnoustrojowe 23, UWM 2014 r., s. 120;
2. **Górski A., (red.)**, *Leksykon prawa medycznego*, C.H. Beck, Warszawa 2012 r., s. 302;
3. **Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r., Kodeks Karny**, Dz.U. z 2019 r. poz. 1950;
4. **Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r., Kodeks Cywilny**, Dz.U. z 2019 r. poz. 1145;
5. **Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r., o izbach lekarskich**, Dz.U. z 2019 r. poz. 965;
6. **Białkowski M.**, *Poglądy doktryny prawa cywilnego i orzecznictwa na pojęcie błędu medycznego*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, s. 57;
7. **Stępień M.(tł.)**, *Kodeks Hammurabiego*, Wydawnictwo Alfa, Warszawa 2000
8. **Marek Z.**, *Błąd medyczny odpowiedzialność etyczno- deontologiczna i prawna lekarza*, Kraków, 2007, s. 13;
9. **Sośniak M.**,: *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989, s. 64-65;
10. **Bączyk-Rozwadowska K.**, *Błąd lekarski w świetle doktryny i orzecznictwa*, „Prawo i Medycyna”, nr 3/32, t. 10, 2008;
11. **Kulik T., B., Pacian A., Pacian J.**, *Błąd medyczny, a odpowiedzialność karna lekarza*, Acta Scientifica Academiae Ostroviensis, nr 31, s. 17;
12. **Dąbek A.**, *Rozważania nad przydatnością pojęcia błędu medycznego dla ustalenia odpowiedzialności karnej lekarza za negatywne skutki dla życia i zdrowia pacjenta powstałe w procesie leczenia na gruncie polskiej literatury i orzecznictwa*, Acta Universitatis Lodzianis, Folia Iuridica 77, 2016 r., s. 76;
13. **Sawicki J.**, *Błąd sztuki przy zabiegu leczniczym w prawie karnym, doktrynie i orzecznictwie*, Warszawa 1965, s. 68-73;;
14. **Filar M.**, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000 r., s. 109;
15. **Wolińska M.**, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce medycznej*, Prokuratura i Prawo 5, 2013 r., s. 22;
16. **Liszewska A.**, *Odpowiedzialność karna lekarza za błąd w sztuce lekarskiej*, Kantor Wydawniczy Zakamycze, Kraków 1998 r., s. 28;
17. **Tolloczko T.**, *Błąd lekarski. Spojrzenie karnisty*, Prawo i Medycyna 2000, nr 5, s. 49;
18. **Nestrowicz M.**, *Prawo medyczne*, Dom Organizatora TNOiK Wydawnictwo, Toruń 2001, wyd.5s. 145-146;
19. **Wyrok Sądu Najwyższego z 1.04.1955 r., IV CR 39/54;**

20. **Kędzióra R.**, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa, 2009 r., s. 194;
21. **Wieczorek M.**, *Odpowiedzialność cywilnoprawna względem pacjenta za błąd w sztuce medycznej*, (red. Podgórska M.) *Choroby XXI wieku – wyzwania w pracy fizjoterapeuty*, Wyższa Szkoła Zarządzania, Gdańska 2017, s. 292;
22. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 30.09.1960 r., II K 675/60;
23. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 8.09.1973 r., I KR 116/72;
24. **Zoll A.**, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988, s. 51–77;
25. **Rejman G.**, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1991, s. 178–188;
26. **Dyttus E.**, *Błąd w sztuce lekarskiej a prawo pacjenta do należytej opieki lekarskiej*, (w:) Haberko J., Kocyłowski R. D.,
27. **Pawelczyk D. (red.)**, *Lege artis: problemy prawa medycznego. Praca zbiorowa*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Prawa i Administracji, Poznań 2008, s. 144–147;
28. **Ustawa z dnia 5 grudnia 2009 r., o zawodzie lekarza i lekarza dentysty stanowi**, Dz. U. z 2019 r. poz. 537;
29. **Wyrok Sądu Okręgowego w Bydgoszczy** z 19.07.1999 r., I C 1150/98;
30. **Wyrok Sądu Apelacyjnego w Białymstoku** z 27.10.2004 r., I A Ca 575/04;
31. **Filar M.**, *Odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie udzielenia świadczenia zdrowotnego (nieudzielenie pomocy)*, *Prawo i Medycyna*”, 1999, t. 1, s. 71;
32. **Marek A.**, *Prawo karne*, Studia Prawnicze, C.H. Beck, s. 122;
33. **Wyrok Sądu Najwyższego** z dnia 8.09.1973 r., I KR 116/72;
34. **Grześkowiak A., Wiak K. (red.)**, *Kodeks karny. Komentarz.*, C.H. Beck, wyd. 6, Warszawa 2019 r., s.
35. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 25.2.2003 r., WA 4/03, wyr. SA we Wrocławiu z 16.7.2014 r., II AKa 191/14;
36. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 4.7.2013 r., III KK 33/13;
37. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 10.12.2002 r., V KK 33/02;
38. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 11.10.2016 r., III KK 123/16;
39. **Królikowski M., Zawłocki R.**, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz do artykułów 117–221*. Tom I. Wyd. 4, Warszawa 2017, s. ;
40. **Daniluk P.**, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, PiM 2005, Nr 2, s. 46;

41. **Złotek A.**, *Odpowiedzialność karna lekarza transplantologa*, CzPKiNP 2010, Nr 1, s. 5;
42. **Zoll A. (red.)**, *Kodeks karny*, t. 2, 2006, s. 379;
43. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 14.7.2011 r., III KK 77/11;
44. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 21.6.2017 r., II KK 74/17;
45. **Wyrok Sądu Apelacyjnego**. z 4.10.2007 r., II AKa 132/07;
46. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 21.8.2012 r., IV KK 42/12;
47. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 3.9.2013 r., WK 14/13
48. **Wyrok Sądu Apelacyjnego** w Łodzi z 19.3.2015 r., I ACa 1219/14;
49. **Wolnik P.**, *Nieświadomość reguł ostrożności jako błąd przy przestępstwach nieumyślnych*, CzPKiNP 2004 r., s. ;
50. **Borysewicz A.**, *Błąd medyczny i nieskuteczna zgoda na leczenie*, PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017 r., s. 9;
51. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 24.10.2013 r., IV CSK 64/13;
52. **Wyrok Sądu Apelacyjnego** w Białymstoku z 25.02.2019 r., I ACa 176/18;
53. **Ignatowicz J., Stefanek K.**, *Prawo rzeczowe*, Lexis Nexis, Warszawa 2006 r.;
54. **Czachórski W., Brzozowski A., Safjan M., Skowrońska-Bocian E.**, *Zobowiązania. Zarys wykładu*, Lexis Nexis, Warszawa 2007 r.;
55. **Machnikowski P.**, *Odpowiedzialność dłużnika*, [w:] E. Łętowska (red.), *System Prawa prywatnego, Prawo zobowiązań. Część ogólna*. T. 5. C. H. Beck, Warszawa 2006 r.;
56. **Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej**, Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1638;
57. **Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej**, Dz. U. 2016 nr 0 poz. 1829;
58. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 8.01.1965 r., II CR 2/65;
59. **Wyrok Sądu Najwyższego** z 17.05.2007 r., III CSK 429/06;
60. **Ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze**, Dz. U 2016 nr 0 poz.177
61. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej** Dz.U 1998 nr. 164 poz.1193
62. **Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004** Dz.U. 2004nr 210 poz. 2135 o świadczeniach (...)
63. **Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyków, magistrów farmacji oraz innych osób z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opieki społecznej** (Dz. Urz. MZiOS Nr 3, poz. 19, z późn. zm.).



64. **Dziennik Ustaw Nr 31**, poz. 302, z późn. zm
65. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**, ICD-10, Volume I, 2009
66. **World Health Organization, Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death**, Ninth Revision. Geneva: World Health Organization, version 5,36 2012
67. **Zoll A. (red.)**, *Kodeks karny*, t. 2, 2006, s. 379;
68. **Narodowy Spis Powszechny, Ludności i Mieszkań**. ZWS Warszawa 2013
69. **M.Kis-Wojciechowska**, Mistakes and failures in the field of obstetrics and gynaecology based on an analysis of acts of law enforcement bodies, UM Poznań 2009
70. **Kordel P.**, Professional misconduct in obstetrics and gynecology in light of the Supreme Medical Court between 2002–2012, *Ginekol Pol.* 2014, 85, 860-866
71. **Ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze**, Dz. U 2016 nr 0 poz.177
72. **Ustawa z dnia 8 września 2006 r o Państwowym Ratownictwie Medycznym**, Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410
73. **Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 1951 r. w sprawie zasad i trybu uznawania lekarzy za specjalistów w niektórych dziedzinach medycyny** (M.P. Nr A-105, poz. 1507)
74. **Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lipca 1953 r. w sprawie zasad i trybu uznawania lekarzy za specjalistów** (MP Nr A-70, poz. 852):
75. **Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 1958 r. w sprawie zasad i trybu uznawania lekarzy za specjalistów** (M.P. z 1958 r. Nr 45, poz. 263):
76. **Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 grudnia 1962 r. w sprawie zasad trybu uznawania lekarzy za specjalistów** (M.P. z 1963 r. Nr 2, poz. 4):
77. **Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 marca 1973 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów i farmaceutów** (Dz. Urz. Min. Zdr. i O.S. Nr 7, poz. 33):
78. **Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej** (Dz. Urz. Min. Zdr. i O.S. Nr 3, poz. 19):

79. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 25 marca 1999 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy stomatologów** (Dz. U. Nr 31, poz. 302):
80. **Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu** [https://nil.org.pl/uploaded\\_files/1593710061\\_zestawienie-nr-04.pdf](https://nil.org.pl/uploaded_files/1593710061_zestawienie-nr-04.pdf) (Dostęp z dnia 1.07.2020)
81. **Ustawa z dnia 9 listopada 1998 o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym**, Dz.U. 1998 Nr 144 poz. 929
82. **Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej** (Dz. U. poz. 1756)
83. **Ustawa z dnia 28 stycznia 2016 r. Prawo o prokuraturze**, Dz. U 2016 nr 0 poz.177
84. **Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników** <http://www.ptgin.pl/rekomendacje-0> (Dostęp z dnia 1.07.2020)
85. **P Najbuk**, *Znaczenie standardów postępowania dla odpowiedzialności prawnej lekarza*, <http://www.standardy.pl/newsy/id/94> (Dostęp z dnia 1.07.2020)
86. **Zajdel J.** Moc prawna standardów medycznych i wytycznych praktyki klinicznej. *Med Prakt* 2010;5:119-124
87. **Wyrok Sądu Najwyższego z 17.06.1969 r., II CR 165/69**

## 8. Spis tabel

Tabela 1 Podział ogólny wydanych opinii .....	43
Tabela 2 Liczba wydanych opinii w poszczególnych latach.....	44
Tabela 3 Opinie ginekologiczne i położnicze w poszczególnych latach.....	45
Tabela 4 Podział ogólny opinii na pierwotne i uzupełniające .....	47
Tabela 5 Opinie pierwotne i uzupełniające w poszczególnych latach .....	48
Tabela 6 Podział ogólny wydanych opinii według instytucji zlecających ich wydanie.....	49
Tabela 7 Instytucje zlecające opinie w poszczególnych latach.....	50
Tabela 8 Ogólny podział wydanych opinii w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala.....	51
Tabela 9 Podział opinii z uwzględnieniem dziedzin szczegółowych w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala .....	52
Tabela 10 Podział ogólny opinii względem województw .....	53
Tabela 11 Podział opinii w odniesieniu do roku wydania w oparciu o podział terytorialny kraju .....	55
Tabela 12 Udział procentowy województw w całości wydawanych opinii sądowo lekarskich z zakresu położnictwa i ginekologii.....	57
Tabela 13 Podział ogólny opinii w odniesieniu do prawnego charakteru opiniowanej sprawy.....	58
Tabela 14 Podział z uwzględnieniem rozkładu rocznego opinii wydawanych w sprawach karnych i cywilnych .....	59
Tabela 15 Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wykształcenia lekarza prowadzącego .....	60
Tabela 16 Podział opinii według kodów ICD 10 przed zgrupowaniem.....	61
Tabela 17 Podział opinii według kodów ICD 10 po zgrupowaniu.....	63
Tabela 18 Podział opinii według kodów ICD 9 przed zgrupowaniem.....	64
Tabela 19 Podział opinii według kodów ICD 9 po zgrupowaniu.....	65
Tabela 20 Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wystąpienia błędu.....	66
Tabela 21 Podział roczny opinii, w których stwierdzono wystąpienie błędu.....	67
Tabela 22 Podział roczny wydanych opinii porównany do podziału rocznego opinii, w których wystąpił błąd.....	68
Tabela 23 Stosunek wszystkich opinii położniczo – ginekologicznych do opinii, w których stwierdzono błąd w ujęciu rocznym.....	69
Tabela 24 Stosunek wszystkich opinii ginekologiczno – położniczych do opinii w których stwierdzono błąd w ujęciu rocznym .....	70
Tabela 25 Rozkład ilości wykrytych błędów ginekologicznych i położniczych w rozkładzie rocznym .....	71
Tabela 26 Podział opinii zawierających błąd w odniesieniu to typu błędów w nich występującym ....	72
Tabela 27 Rozkład opinii w zależności od liczby różnych typów błędów występujących w opiniowanym przypadku .....	72

Tabela 28 Rozkład opinii z występującym błędem w zależności od rodzaju błędu w nich występującego z uwzględnieniem błędów współistniejących.....	73
Tabela 29 Podział opinii w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala wraz z analizą statystyczną.....	75
Tabela 30 Podział opinii, w których ujawniono błąd w odniesieniu do dziedziny prawa na podstawie której był wydawany .....	76
Tabela 31 Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do wykształcenia lekarza prowadzącego.....	77
Tabela 32 Opinie, w których wystąpił błąd medyczny podzielone na opinie pierwotne i uzupełniające wraz z analizą statystyczną.....	78
Tabela 33 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania P95.0 – <i>Śmierć płodu z niewyjaśnionej przyczyny</i> .....	79
Tabela 34 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania P21 – Ciężka zamartwica urodzeniowa .....	79
Tabela 35 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania O60.1 – Przedwczesna czynność porodowa z porodem przedwczesnym.....	80
Tabela 36 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania O80.0 – <i>Poród samoistny pojedynczy siłami natury</i> .....	80
Tabela 37 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności rozpoznania O24.4 – Cukrzyca powstała w ciąży.....	81
Tabela 38 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 74.1 – Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy.....	82
Tabela 39 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 73.72 – Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym jego zeszcyciem.....	82
Tabela 40 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 73.71 – Poród samoistny bez nacięcia krocza.....	83
Tabela 41 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 69.02 - Rozszerzenie kanału szyjki i wyłżeczowanie ścian jamy macicy.....	84
Tabela 42 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w przypadku obecności procedury 54.1 - Laparotomia .....	84
Tabela 43 Opinie, w których wykryto błąd podzielone w zależności od jednostki zlecającej z zachowaniem podziału na poszczególne szczeble hierarchiczne jednostek zlecających .....	85
Tabela 44 Opinie, w których wykryto błąd podzielone w zależności od jednostki zlecającej z zachowaniem podziału na poszczególne szczeble hierarchiczne jednostek zlecających w ujęciu procentowym.....	85
Tabela 45 Analiza statystyczna ryzyka wystąpienia błędu medycznego w zależności od jednostki zlecającej po uprzednim zgrupowaniu danych.....	86

Tabela 46 Rozkład skutków błędów z zakresu ginekologii i położnictwa (N=7) .....	87
Tabela 47 Rozkład skutków błędów medycznych z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka, które było zdolne do życia pozamacicznego (N=81) .....	88
Tabela 48 Podział opinii, w których wystąpił błąd z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka .....	89

## 9. Spis rycin

Rycina 1	Ogólny podział wydanych opinii .....	43
Rycina 2	Liczba wydanych opinii w poszczególnych latach .....	44
Rycina 3	Opinie ginekologiczne i położnicze w poszczególnych latach .....	45
Rycina 4	Podział ogólny opinii na pierwotne i uzupełniające.....	47
Rycina 5	Opinie pierwotne i uzupełniające w poszczególnych latach .....	48
Rycina 6	Podział ogólny wydanych opinii według instytucji zlecających ich przeprowadzenie.....	50
Rycina 7	Ogólny podział wydanych opinii w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala .....	51
Rycina 8	Podział opinii z uwzględnieniem dziedzin szczegółowych w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala .....	52
Rycina 9	Podział ogólny opinii względem województw.....	54
Rycina 10	Liczba opinii z uwzględnieniem podziału terytorialnego kraju .....	56
Rycina 11	Podział ogólny opinii w odniesieniu do prawnego charakteru opiniowanej sprawy .....	58
Rycina 12	Podział z uwzględnieniem rozkładu rocznego opinii wydawanych w sprawach karnych i cywilnych .....	59
Rycina 13	Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wykształcenia lekarza prowadzącego.....	60
Rycina 14	Podział opinii według kodów ICD 10 po zgrupowaniu .....	63
Rycina 15	Podział opinii według kodów ICD 9 po zgrupowaniu .....	65
Rycina 16	Podział ogólny opinii z uwzględnieniem wystąpienia błędu .....	66
Rycina 17	Podział roczny opinii, w których stwierdzono wystąpienie błędu .....	67
Rycina 18	Podział roczny wydanych opinii porównany do podziału rocznego opinii, w których wystąpił błąd.....	68
Rycina 19	Stosunek wszystkich opinii położniczo - ginekologicznych do opinii, w których stwierdzono błąd w ujęciu rocznym.....	69
Rycina 20	Rozkład ilości wykrytych błędów ginekologicznych i położniczych w rozkładzie rocznym .....	71
Rycina 21	Rozkład opinii w zależności od liczby różnych typów błędów występujących w opiniowanym przypadku .....	73
Rycina 22	Rozkład opinii z występującym błędem w zależności od rodzaju błędu w nich występującego z uwzględnieniem błędów współistniejących.....	74
Rycina 23	Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do poziomu referencyjności szpitala .....	75
Rycina 24	Podział opinii, w których ujawniono błąd w odniesieniu do dziedziny prawa, na podstawie której był wydawany .....	76
Rycina 25	Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do wykształcenia lekarza prowadzącego.....	77

Rycina 26 Podział opinii, w których wystąpił błąd medyczny w odniesieniu do typu wykonanej opinii .....	78
Rycina 27 Rozkład opinii w odniesieniu do jednostki zlecającej (po uprzednim ich zgrupowaniu) ....	86
Rycina 28 Rozkład skutków błędów z zakresu ginekologii i położnictwa (N=7).....	87
Rycina 29 Rozkład skutków błędów medycznych z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka, które było zdolne do życia pozamacicznego (N=81) .....	89
Rycina 30 Podział opinii, w których wystąpił błąd z zakresu położnictwa z uwzględnieniem skutków dla matki oraz dziecka.....	90
Rycina 31 Stosunek liczby wykrytych błędów medycznych do liczby wydanych w danym roku dokumentów przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.....	91

## **10. Skróty wykorzystane w pracy**

**PTG-** Polskie Towarzystwo Ginekologiczne

**Tab.** – tabela

**Ryc.** – rycina

**KiZMS** – Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

**SO** – Sąd Okręgowy

**SR** – Sąd Rejonowy

**KPP** – Komenda Powiatowa Policji

**PR** – Prokuratura Rejonowa

**KMP** – Komenda Miejska Policji

**RP** – Prokuratura Regionalna

**PO** – Prokuratura Okręgowa

**PA** – Prokuratura Apelacyjna

**SA** – Sąd Apelacyjny

**WHO** - World Health Organization

**NHCS** - National Center for Health Statistics

**EBM-** Evidence Based Medicine



## 11. Aneks

### 11.1. Rozwinięcie słowne wykorzystanych w pracy skrótów ICD 10

P95.0 – Śmierć płodu z niewyjaśnionej przyczyny,

P21.0 - Ciężka zamartwica urodzeniowa,

O60.0- Przedwczesna czynność porodowa z porodem przedwczesnym,

O80.0- Poród samoistny pojedynczy siłami natury,

O24.4- Cukrzyca powstała w ciąży,

O03.1- Poronienie samoistne niezupełne, powikłane długotrwałym lub nadmiernym krwawieniem,

P14.0 - Porażenie Erba spowodowane urazem porodowym,

C56.9 -Nowotwór złośliwy jajnika nieokreślony,

C53.0 - Nowotwór złośliwy szyjki macicy,

O00.2 - Ciąża jajnikowa

D25.0 - Mięśniak gładko komórkowy macicy

O66.0 - Poród patologiczny wywołany przez niewspółmierność barkową

D65.1 - Nabyta antyfibrynogenemia

N83.2 - Inne i nieokreślone torbiele jajnikowe

O71.4 - Wysokie rozerwanie pochwy w trakcie porodu

O80.0 - poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym

S37.1 - uraz moczowodu

Q52.3 - zarośnięcie błony dziewiczej

N95.0 - krwawienie po menopauzalne

N70.9 - zapalenie jajowodów i zapalenie jajników nieokreślone

N81.1 - uchyłek pęcherza moczowego

N93.1 - krwawienie po stosunku płciowym i krwawienie kontaktowe

C50.0 - nowotwór złośliwy brodawki i otoczki brodawki sutkowej

R68.0 - hipotermia niezależna od niskiej temperatury otoczenia

O03.9 - poronienie samoistne bez powikłań

N93.9 - zaburzenia okresu przekwitania

P20.9 - niedotlenienie wewnątrzmaciczne nieokreślone

O45.8 - inne przedwczesne oddzielenie łożyska

Q26.7 - inne wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych

Q23.4 - zespół niedorozwoju lewej części serca

N72.0 - zapalenie szyjki macicy

O60.0 - spontaniczny początek czynności porodowej przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży

### 11.2. Rozwinięcie słowne wykorzystanych w pracy skrótów ICD 9

- 74.1-Cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy,
- 73.72 – Poród samoistny z nacięciem krocza i następowym jego zeszcieniem,
- 73.71 – Poród samoistny bez nacięcia krocza,
- 69.02 - Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy,
- 54.1 – Laparotomia,
- 66.4 - Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu,
- 68.42- Poszerzone wycięcie macicy,
- 68.4 - Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną
- 89.26 - Badanie ginekologiczne nie ciężarnej
- 99.44 - Szczepienie przeciw wścieklicznie
- 56.8 - Zabieg naprawczy moczowodu
- 65.25 - Inne laparoskopowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika
- 68.41 - Proste wycięcie macicy
- 99.60 - Nieokreślona resuscytacja krążeniowo - oddechowa
- 54.2 - Zabieg diagnostyczny w obrębie jamy brzusznej
- 65.29 - Inne miejscowe wycięcie lub zniszczenie zmiany jajnika
- 69.01 - Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie jamy macicy w celu ukończenia ciąży
- 69.223 - Sfałdowanie więzadeł macicznych
- 71.22 - Nacięcie torbieli gruczołu Bartholina
- 72.71 - Operacja przetoki sromu lub krocza
- 72.8 - Inna operacja sromu
- 73.41 - Farmakologiczne wzniesienie porodu

73.9 - Obrót zewnętrzny

85.11 - Przekórna igłowa biopsja piersi

87.37 - Inna mammografia